

Publicación Científica No. 541



**GENERO,
MUJER
Y SALUD**
en las Américas

Foto de la cubierta: *Mar Pacífico*, 1943; óleo de la pintora cubana Amelia Peláez (1897-1968). Colección del Museo de Arte de las Américas, Organización de los Estados Americanos, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Se reproduce con permiso.

A través de la historia, la participación de la mujer en los movimientos vanguardistas relacionados con el desarrollo de la humanidad, el arte y la cultura en América Latina y el Caribe tiene una rica trayectoria que se plasma en un sinnúmero de obras reconocidas mundialmente, como la que adorna nuestra cubierta.

GENERO, MUJER Y SALUD

EN LAS AMERICAS

Editora

Elsa Gómez Gómez

Comité Editorial

Rebecca de los Ríos

Renate Plaut

Cristina Torres

João Yunes



Publicación Científica No. 541

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1993

Se publica también en inglés (1993) con el título:
Gender, Women, and Health in the Americas
ISBN 92 75 11541 9

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Gómez Gómez, Elsa
Género, mujer y salud en las Américas / editado por
Elsa Gómez Gómez. — Washington, D.C. : OPS, © 1993
xx + 304 p. — (Publicación Científica ; 541)

ISBN 92 75 31541 8

I. Título	II. (Serie)
1. SALUD DE LAS MUJERES	2. ATENCION DE LA SALUD
3. IDENTIDAD SEXUAL	4. AMERICA

LC HV1444

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1993

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Prólogo	
<i>Carlyle Guerra de Macedo</i>	vii
Introducción	
<i>Elsa Gómez Gómez</i>	ix

I. MUJER, SALUD Y DESARROLLO: ELEMENTOS CONCEPTUALES

Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción	
<i>Rebecca de los Ríos</i>	3
Enfoque de género en los sistemas de atención de salud: el caso del Caribe	
<i>Peggy Antrobus</i>	19

II. LA CONSIDERACION DE GENERO EN EL ANALISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

A. Desde la infancia hacia la vejez

Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez	
<i>Elsa Gómez Gómez</i>	27
Adolescencia: equivocaciones y esperanzas	
<i>María Helena Henriques-Mueller y João Yunes</i>	46
Mortalidad materna: una tragedia ignorada	
<i>Germán Mora y João Yunes</i>	68
Notas para la discusión sobre la atención y la promoción de la salud de la mujer adulta en las Américas	
<i>Helena E. Restrepo</i>	87
La mujer y la enfermedad crónica en América Latina	
<i>Myriam B. Debert-Ribeiro</i>	89
Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe	
<i>Helena E. Restrepo</i>	98
La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades	
<i>Lee Sennott-Miller</i>	114

B. A través de edades, clases y fronteras

Salud y sexualidad desde una perspectiva de género <i>Stella Cerruti Basso</i>	124
Mujer y nutrición en las Américas. Problemas y perspectivas <i>Miguel Gueri, Adeline W. Patterson y Teresa González-Cossio</i>	130
La salud mental de la mujer de las Américas <i>Freda L. Paltiel</i>	143
Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer <i>Enrique Madrigal</i>	163
El tabaquismo en la mujer de las Américas <i>Sylvia C. Robles</i>	178
Enfermedades infecciosas en la mujer: enfermedades tropicales e infecciones de los órganos de la reproducción <i>Gabriel A. Schmunis</i>	187
La mujer y la epidemia de SIDA: una crisis inminente para las Américas <i>Ann Marie Kimball, Roxane Salvatierra González y Fernando Zacarías</i>	195
Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer <i>Soledad Larrain y Teresa Rodríguez</i>	202

III. LA TECNOLOGIA MEDICA Y LA ATENCION DE LA SALUD DE LA MUJER

El uso de la tecnología en la atención de salud de la mujer. Revisión de la literatura <i>Gloria A. Coe y Ruth S. Hanft</i>	213
Higiene e infección femeninas: síndrome de choque tóxico en la mujer <i>Gabriel A. Schmunis</i>	227
Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Una perspectiva de género <i>Diana Serrano LaVertu y Ana María Linares Parada</i>	232

IV. LA MUJER Y EL DERECHO A LA SALUD

Análisis del efecto de la legislación de salud del Canadá en el bienestar de la mujer <i>Tara Toby Eines</i>	245
Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina <i>Mónica Bolis</i>	258
El derecho internacional y la salud de la mujer <i>Rebecca J. Cook</i>	266

V. EL PAPEL DE LA MUJER EN EL DESARROLLO DE LA SALUD

La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina? <i>María Helena Machado</i>	277
La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico <i>Melba Sánchez-Ayéndez</i>	286
Movimiento de salud de las mujeres. Una visión de la década <i>Ana María Portugal y María Isabel Matamala</i>	292

PROLOGO

En mayo de 1992, como reflejo de preocupaciones expresadas por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, el tema “Mujer, salud y desarrollo” fue seleccionado para las Discusiones Técnicas que precedieron la 45ª Asamblea Mundial de la Salud. Con base en la información presentada durante las Discusiones Técnicas, la Asamblea reconoció que las mujeres —a través de edades, fronteras geográficas y estadios de desarrollo— soportan una carga desproporcionadamente mayor de problemas de salud prevenibles que la que aflige a los hombres. Tal desventaja fue atribuida a la desigualdad más amplia que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica, la cual se refleja en el menor acceso que ellas tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud. La Asamblea reconoció asimismo que, aunque hubo un mejoramiento en algunos parámetros relativos a la salud y el avance de las mujeres, este mejoramiento ha sido, en gran parte, el producto de la acción organizada de las mismas mujeres.

Con esta nueva publicación sobre el tema de la mujer y la salud, la Organización Panamericana de la Salud espera contribuir a dar visibilidad a las inequidades de género en el ámbito de la salud y, con ello, estimular el avance del conocimiento sobre las influencias recíprocas entre las condiciones de salud de una población, los factores ligados a las construcciones sociales de género y los distintos estilos de desarrollo.

Este esfuerzo, además de responder al llamado de la Asamblea Mundial de la Salud para subsanar la falta de información especificada por sexo y la insuficiencia de investigaciones sobre las enfermedades que afectan a las mujeres, se enmarca dentro de las Orientaciones Estratégicas de la Organización Panamericana de la Salud, que han dado prioridad a la necesidad de alentar el cambio en las relaciones desiguales entre los sexos como parte integral del desarrollo humano y de la salud de la población en su conjunto. Es importante subrayar que tal cambio se refiere no solo a la eliminación de las desigualdades entre mujeres y hombres en el plano de la salud sino, también, a la búsqueda de una equidad social que incluya la equidad de género en la instrumentación del proceso de desarrollo de la sociedad en general, y de la salud en particular.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

INTRODUCCION

Esta selección de trabajos sobre la mujer y la salud retoma el examen de dos conocidas paradojas respecto a las diferencias por sexo en materia de salud: la primera se refiere al hecho de que las mujeres, pese a gozar de una mayor esperanza de vida que los hombres, muestran mayores índices de morbilidad; la segunda, al contraste que se observa entre el predominio numérico de las mujeres en el sector salud y su exigua representación en los niveles altos de decisión, prestigio y remuneración.

De tal examen deriva, en primer lugar, que el foco de análisis de esta publicación no lo constituya la situación de “la mujer” *per se* sino, más bien, la posición que ocupa la mujer frente al hombre en contextos de salud específicos y en núcleos sociales particulares. El énfasis analítico central se pone, entonces, en la detección y el examen de aquellas asimetrías entre los sexos que, en determinados aspectos de la situación y la provisión de salud, representan desventaja o discriminación en contra de la mujer.

Este tipo de examen se traduce, en segundo lugar, en la doble perspectiva desde la cual se discute en este libro la relación entre la mujer y la salud: por un lado, la mujer como objeto de atención sanitaria y, por el otro, la mujer como sujeto activo del desarrollo de la salud. Para tratar la primera perspectiva, la selección de contribuciones se orientó hacia el tratamiento de problemas relacionados con las distintas fases del ciclo vital —desde la infancia hasta la vejez— y con la extensa gama de roles que las mujeres desempeñan en la sociedad. Con estos objetivos amplios se intentó contrarrestar el sesgo generalizado de restringir la salud de la mujer al ámbito reproductivo-materno. Dentro de la segunda perspectiva, la mujer como actora en el proceso, la búsqueda de material se dirigió a destacar aspectos que ilustraran la contribución central de las mujeres a la producción de la salud, tanto en los niveles informales de la familia y la comunidad como en los formales del sector salud, y en el ámbito de la actividad social organizada.

La presente selección de temas no es, desde luego, exhaustiva, y ni siquiera pretende abarcar aquellos de más alta prioridad en el vasto campo de la mujer y la salud. Pero valga subrayar que, aunque no todos los temas considerados prioritarios dentro de esta problemática se pudieron incluir en la presente publicación, todos los que sí se incorporaron se consideran de alta relevancia.

Los autores que generosamente brindaron su colaboración a esta empresa provienen de distintas disciplinas médicas y sociales, y son especialistas destacados en las áreas de salud tratadas en los artículos correspondientes. Cabe resaltar que, con amplitud de mente, una proporción importante de estos autores se embarcó por primera vez, a través de este “experimento”, en el escrutinio de las diferencias por sexo en su área respectiva de especialidad.

Con el fin de situar al lector dentro de los referentes conceptuales que sirvieron de marco orientador a los trabajos que aparecen en esta publicación, a continuación se expone, de manera muy sucinta, el contenido de las categorías que actuaron como ejes temáticos del análisis. Tales ejes fueron fundamentalmente tres: género, salud y equidad. Vale aclarar que, aunque hubo un acuerdo general en cuanto a principios básicos, no todos los autores compartieron los detalles de esta orientación, razón por la cual la pluralidad de este libro se manifiesta no solo en el ámbito multidisciplinario sino también, en cierta medida, en el de los supuestos teóricos.

EL ENFOQUE DE GENERO APLICADO A LA SALUD

Hasta hace aproximadamente unos 10 años, los términos sexo y género se utilizaban de manera prácticamente intercambiable dentro de las ciencias sociales. En la literatura reciente, sin embargo, el término sexo se reserva preferentemente para hacer referencia a las características biológicamente determinadas, relativamente invariables, del hombre y la mujer, mientras que el de género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas.

Género podría entenderse, entonces, como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres.¹ Esta construcción tiene las siguientes características: es histórica y, como tal, se nutre de elementos que por ser mutables en el tiempo y en el espacio son también susceptibles de modificación mediante intervenciones; es ubicua en el sentido que permea la micro y macrosfera de la sociedad a través del mercado de trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación, la religión, el aparato político, la recreación, la familia, las relaciones interpersonales, la salud y la misma personalidad; y es jerárquica porque la diferenciación que establece entre hombres y mujeres, lejos de ser neutra, implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre.

El producto —y los medios— de esta construcción social se manifiestan en el acceso asimétrico —e institucionalmente estructurado— a los recursos, el cual genera privilegio y dominación en el hombre y subordinación en la mujer.²

El enfoque de género no excluye pero sí desborda el ámbito de lo fisiológico para centrarse en la trama de influencias recíprocas que median entre los factores biológicos ligados al sexo, las definiciones y valoraciones que la cultura asigna diferencialmente a hombres y mujeres, y los patrones que rigen las relaciones inter e intra-sexos. A través de tal óptica emerge y se visualiza, dentro de un determinado sistema, el patrón de necesidades, roles, riesgos, responsabilidades y acceso a recursos, según sexo.

Dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de los individuos y el papel que estos desempeñan en el desarrollo de la salud: la socialización y el control institucional.³ La sociedad, a través de la internalización de las expectativas que rigen los paradigmas de masculinidad y feminidad, encauza de manera diferente la motivación de hombres y mujeres con respecto a la selección entre alternativas de conducta que tienen implicaciones variables para la

¹Beneria, L. y Roldán, M. *The Crossroads of Class and Gender*. Chicago y Londres, The University of Chicago Press, 1987, pp. 11-12.

²*Ibid.*

³Epstein, C.F. *Deceptive Distinctions: Sex, Gender and the Social Order*. New Haven, Londres, Nueva York, Yale University Press & Russell Sage Foundation, 1988.

propia salud y la de los demás. Por otro lado, y reforzando los mecanismos individuales de motivación, las instituciones vigilan el cumplimiento de tales expectativas mediante la sanción positiva o negativa del acatamiento o desviación de los estereotipos de masculinidad y feminidad; del facilitamiento u obstrucción — según el sexo del aspirante— del acceso a determinadas actividades o posiciones que implican diferentes grados de recursos, y, finalmente, de la retribución diferencial por sexo a las personas que realizan la misma actividad.

Una consideración de importancia básica en este contexto es la relativa a la cautela que debe ejercerse para no tratar las categorías derivadas de la experiencia de género como normativamente homogéneas, descuidando el amplio rango de variación que se registra dentro de las mismas. Esta heterogeneidad interna —marcada por factores tales como clase social, grupo étnico, nivel educativo, coyuntura histórica— apunta hacia la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad dentro de la óptica de género, o, en su defecto, de acotar el análisis de las inequidades entre los sexos con referencia a contextos sociales específicos.

Género y estado de salud

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, desigualdad esta entendida en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir. Como bien señala Harriet Engel Gross,⁴ para poder entender la vida de las mujeres se hace necesario abandonar no solo la reverencia a la biología sino, también, el desconocimiento del cuerpo.

La utilización de este enfoque como herramienta analítica, lejos de conducir a reduccionismos de la realidad, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad, al develar componentes que, aunque íntimamente entrelazados con los ya muy reconocidos de clase, etnia, región de residencia y circunstancias históricas, indican un accionar y un poder explicativo propios.⁵

No es la intención de este libro situar la categoría género dentro de una jerarquía de variables de acuerdo con su importancia en la explicación del proceso salud-enfermedad. El propósito que ha guiado este esfuerzo ha sido, simplemente, el de llamar la atención sobre un aspecto de la realidad frecuentemente ignorado, para realzar la necesidad de considerar los componentes de género —y su interacción con otras variables— tanto en el levantamiento de perfiles epidemiológicos de la población como en la planificación del quehacer diario del sector salud.

La literatura relativa a las influencias de las construcciones de género sobre el estado de la salud y su atención, ha coincidido en señalar diferenciales empíricos entre hombres y mujeres en relación con las siguientes dimensiones analíticas: a) necesidades especiales de atención, aun en ciertos casos de condiciones que afectan a ambos sexos; b) riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas; c) percepciones de enfermedad; d) conductas de búsqueda de atención; e) grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud, tanto a nivel intrafamiliar como público (por ejemplo, alimentos, información, tra-

⁴Cross, H.E. *et al.* Considering a biosocial perspective, on parenting. *Signs* 4, 1979, citado por Clarke, A.E. *Women's Health: Life-Cycle Issues*. En: Apple, R.D. (ed.). *Women, Health, and Medicine in America*. Nueva York y Londres, Garland Publishing, Inc., 1990.

⁵de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E. La mujer en la salud y el desarrollo: un enfoque alternativo. En: Arango, Y. (ed.). *Mujer, salud y autocuidado. Memorias*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1992.

bajo remunerado, atención médica, seguridad social); y, complementando este último, f) a nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud, y a la investigación sobre problemas de salud que afectan diferente o exclusivamente a uno de los sexos.

A continuación se enumeran algunos ejemplos que ilustran, de manera explícita, el efecto diferenciador de los factores de género sobre la salud de los individuos.⁶ La mayor parte de estos ejemplos se tratan detalladamente en los artículos incluidos en esta publicación, como se especifica entre paréntesis después de cada caso.

- La sobremortalidad masculina por accidentes y violencias, visible a partir del primer año de edad y asociada estrechamente con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas tales como agresividad, intrepidez, osadía y, también, ingestión excesiva de alcohol (Henriques-Mueller y Yunes; Gómez Gómez).
- La mayor prevalencia de desnutrición entre las niñas que entre los niños, documentada en un número importante de países de la Región, y atribuida a una distribución de los recursos alimentarios familiares escasos que favorece al varón en detrimento de la mujer (Gómez Gómez; Gueri, Patterson y González-Cossio).
- La prevalencia de depresión, dos y tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres, menos relacionada con factores hormonales que con estilos de personalidad y con experiencias ligadas a tipos de socialización y a oportunidades diferenciales por género (Paltiel).
- La notable mayor prevalencia entre las mujeres, particularmente durante la juventud, de desórdenes alimentarios asociados con ideales culturales de peso e imagen corporal, y con el papel central que desempeña la belleza física en la valoración social de la mujer (Henriques-Mueller y Yunes).
- El hecho de que las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio figuren en casi todos los países de la Región entre las cinco primeras causas de mortalidad durante la edad reproductiva, pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y pese, también, al carácter eminentemente prevenible de estas defunciones (Mora y Yunes).
- La sobremortalidad femenina por cáncer durante la edad adulta, asociada menos con una mayor letalidad de los cánceres propios de la mujer que con la accesibilidad limitada a la tecnología médica de detección temprana y de tratamiento en sus etapas iniciales (Restrepo).
- El hecho de que en América Latina en más de un 80% de los casos la responsabilidad de la regulación de la fecundidad recaiga enteramente sobre la mujer y, junto con tal responsabilidad, los efectos laterales nocivos de la tecnología anticonceptiva (Coe y Hanft).
- Reforzando la tendencia anterior, la reducida asignación de recursos para investigación sobre anticoncepción, en particular para la tecnología anticonceptiva dirigida al hombre.
- La proporción de 1 en 300 de esterilizaciones masculinas/femeninas que se observa en algunos países de la Región, a pesar de que la vasectomía es una intervención más sencilla, más económica y menos invasora que la esterilización femenina.
- El abuso de la tecnología médico-quirúrgica específicamente dirigida a la mujer, por ejemplo la cesárea y la histerectomía (Coe y Hanft).
- El desgaste mayor de energía, con respecto al hombre, que tiene la mujer asalariada en virtud de su responsabilidad de cumplir con una doble jornada de trabajo: la laboral y la doméstica.

⁶de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E., *op. cit.* Para obtener una visión cuantitativa de la existencia de la mayor parte de las siguientes situaciones en la Región, consultar Gómez Gómez, E. *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990. Para referencias más específicas, remitirse a los artículos respectivos en el presente volumen.

- La definición legal de “trabajo” como requisito de acceso a prestaciones de salud y de seguridad social, que, aunque en apariencia genéricamente neutra, en la práctica excluye un mayor número de mujeres que de hombres del disfrute de tal beneficio, porque no considera como trabajo la labor doméstica no remunerada en el hogar ni las ocupaciones del sector informal, que aglutinan una proporción comparativamente mayor de la fuerza laboral femenina que de la masculina.
- La desprotección (general y de salud) durante la vejez, que afecta a la mujer en mayor grado que al hombre, generada por las menores tasas de empleo femenino en el sector formal de la economía, la discontinuidad de la participación laboral que se asocia con la maternidad, y la menor remuneración laboral percibida por la mujer en comparación con el hombre (Sennott-Miller).
- La tolerancia, e incluso la legitimación, no solo consuetudinaria sino legal, de la violencia contra la mujer, particularmente la ejercida por el cónyuge (Paltiel; Larrain y Rodríguez; Bolis).
- Paralelamente, el retardo del sector salud en reconocer la violencia contra la mujer como un problema de salud pública pese a que, por ejemplo, en los Estados Unidos de América más mujeres sufren lesiones serias por causa de las agresiones de sus compañeros que por la suma de accidentes automovilísticos, violaciones por desconocidos y asaltos de distintos tipos (Cook).
- La baja prioridad asignada a la investigación de enfermedades y tratamientos que afectan exclusiva o preferentemente a la mujer.⁷
- La conducta discriminatoria de la investigación médica y farmacéutica mediante la cual, obedeciendo a criterios de facilidad o de paternalismo, se ha excluido a las mujeres de los estudios clínicos sobre enfermedades que afectan a ambos sexos; consecuentemente, las terapias derivadas de dichos estudios se basan en información de dudosa e, incluso, riesgosa aplicabilidad para la población femenina.⁸

Género y participación en el desarrollo de la salud

Las construcciones sociales de género ejercen una influencia indiscutible sobre la división del trabajo en la producción de salud, tanto en el sistema formal de atención como en las redes informales del cuidado de la salud en la familia y la comunidad.

Como ya se señaló, el proceso de socialización condiciona diferentemente las motivaciones de las mujeres y los hombres hacia la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones, consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género.

Mientras a los niños se les considera en general dominantes e inclinados a la exploración, a las niñas se les da una educación más limitante, que asocia la feminidad a la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad.⁹

La propensión mayoritaria de las mujeres a seleccionar ocupaciones en los campos de servicio a los demás encuentra una evidente expresión en la composición por sexo de la asistencia sanitaria. Sin embargo, mas allá de las diferencias numéricas, hay que llamar la

⁷Institutos Nacionales de Salud (EUA). *Report of the National Institute of Health: Opportunities for Research on Women's Health. September 4-6, 1991*. Hunt Valley, Maryland, 1992. Publicación NIH N° 92-3457A —Kirschein, R.L. Research on Women's Health. *Am J Public Health* 81 (3), 1991— Canadá. Federal/Provincial/ Territorial Working Group on Women's Health. *Working Together for Women's Health: A Framework for the Development of Policies and Programs*. 1990.

⁸Ver: Institutos Nacionales de Salud (EUA), *op. cit.* —Kirschein, R.L., *op. cit.*— Roser, S.V. Revisión clinical research: Gender and the ethics of experimental design. *Hypathia* (2), 1990.

⁹Pizurki, H., Mejía, A., Butter, I. y Ewart, L. *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988, p. 84.

atención sobre la presencia de otras diferencias en el sector salud que no pueden dejar de asociarse con distinciones y jerarquías de género. Estas diferencias se refieren a una división por sexo, no solo en términos de ocupación, profesión y especialización sino, también, dentro de estas categorías, en los niveles de autonomía, decisión y remuneración. En efecto, las mujeres constituyen aproximadamente el 80% de todos los trabajadores de salud en la Región, y representan solo una minoría en términos de poder y capacidad de decisión dentro del sistema de salud; estadísticamente, las mujeres se encuentran concentradas en los tramos de más baja remuneración¹⁰ (véase el artículo de Machado en esta publicación).

Tales diferencias son consecuencia, desde luego, no solo de la influencia de las motivaciones individuales sino, también, y de manera importante, de la acción de mecanismos de control institucional que facilitan u obstaculizan, según el sexo, el acceso a posiciones y recursos.

De profundo impacto histórico para el desarrollo de la salud ha sido, y continúa siendo, el papel decisivo que las mujeres cumplen en la gestión de la salud dentro de núcleos informales familiares y comunitarios. Las mujeres contribuyen con la casi totalidad de los servicios de atención informales y no remunerados, y ejercen una influencia decisiva sobre las conductas de salud de los demás. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido a las mujeres como las principales proveedoras de atención primaria:¹¹ son las mujeres las que recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, cuidan a los enfermos, los niños, los ancianos y los incapacitados; son las madres las que generalmente llevan a los hijos a vacunar y al centro de salud, y las que enseñan en la familia normas de higiene y limpieza. Por ejemplo, en el Canadá se ha estimado que el 90% del cuidado de la salud se refiere a este cuidado informal, y que las tres cuartas partes de todas las enfermedades se atienden fuera del sistema formal de atención.¹²

Muchas intervenciones de salud dependen esencialmente de la participación de las mujeres, y son ellas las que soportan la carga de tecnologías pobremente diseñadas que, aunque cuestan poco dinero, resultan muy costosas en función del tiempo que requieren (véase el artículo de Antrobus en esta publicación).

No obstante el papel central que indiscutiblemente han desempeñado las mujeres a través de la historia del desarrollo de la salud,¹³ su contribución a la calidad de vida y a la vida misma permanece sin valorar, invisible, porque se considera una expresión intrínseca de la "función natural" de su sexo.

Podría afirmarse, sin temor a exagerar, que en gran parte, como resultado de desigualdades preexistentes, el sistema de salud se asienta en el trabajo, el tiempo y los roles de género de la mujer.

CONCEPTUACION DE LA SALUD

De acuerdo con la definición de la OMS, "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Aunque desde una perspectiva operacional, la medición de un concepto tan absoluto como "completo bienestar" enfrenta al investigador a no pocos problemas metodológicos,¹⁴ es importante subrayar que la amplitud de esta definición rescata el contenido positivo que se pierde en las definiciones tradicionales de salud como ausencia de enfermedad,

¹⁰Pizurki *et al.*, *op cit.*

¹¹Naciones Unidas. *Women: Challenge to the Year 2000*. Nueva York, 1991.

¹²Canadá. Federal/Provincial/Territorial Working Group on Women's Health, *op. cit.*

¹³Ehrenreich, B. y English, D. *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. Nueva York, Anchor Books, 1978.

¹⁴Berry, M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health* 65 (10), 1975.

y dirige la atención no solo a los aspectos médicos de la atención de salud sino, también, “a la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona”.¹⁵ Este énfasis en la dimensión de “justicia”, con particular referencia al acceso y al control que ejercen diferentemente los sexos sobre los recursos de salud, se preserva, en gran medida, en esta publicación. No es posible decir algo similar en cuanto a la utilización de indicadores positivos de salud que ampliarían el repertorio de los tradicionales indicadores negativos de morbilidad y mortalidad. Lejos de ese ideal, y en virtud del mayor grado de disponibilidad, representatividad y confiabilidad de la información sobre mortalidad, esta variable constituyó el indicador de salud (o de no salud) utilizado con más frecuencia. No por ello los autores perdieron de vista que la mortalidad, por constituir solo un reflejo del deterioro extremo de la salud, no puede dar cuenta de las profundas variaciones que se registran en la salud y en la calidad de la vida del grupo sobreviviente.

La consideración anterior tiene una importancia fundamental para el examen de las condiciones de salud de una población con un enfoque de género, en razón de que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón; esta mayor morbilidad se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo.¹⁶ La desventaja de las mujeres, en términos de condiciones generales de salud, se mantiene aun después de eliminar del análisis los problemas reproductivos.¹⁷

La conjunción (para las mujeres) de un mayor número de afecciones no mortales, y uno menor de afecciones mortales significa un total más grande de años de vida, y también más años de enfermedad y de disfunción. En contraste, las vidas de los hombres están más libres de enfermedad, incomodidad y discapacidad; pero cuando la mala salud ataca, lo hace, más frecuentemente, a través de enfermedades crónicas mortales que abrevian la vida masculina. ¿Cuál sexo paga el precio más alto? No hay una sola respuesta. La afectación de la calidad de vida de las mujeres y la afectación de la longevidad de los hombres son, ambos, altos precios.¹⁸

La selección de las condiciones, los problemas o las enfermedades consideradas especialmente relevantes para la mujer,¹⁹ y que en esta publicación constituyen la materia prima del bloque temático sobre condiciones de salud, estuvo guiada por uno o más de los siguientes criterios:

- a) que fueran *exclusivos* de las mujeres;
- b) que fueran *más prevalentes* entre las mujeres que entre los hombres;
- c) que tuvieran *consecuencias más graves* para las mujeres que para los hombres;
- d) que implicaran *factores de riesgo diferentes* para las mujeres;
- e) que requirieran *estrategias especiales de intervención* para las mujeres.

¹⁵Cook, R. *Human Rights in Relation to Women's Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993, p. 1.

¹⁶Ver: Institutos Nacionales de Salud (EUA), *op. cit.* —Organización Panamericana de la Salud. *La salud de la mujer en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 488, 1985, p. 90— Verbrugge, L.M. “Pathways of Health and Death”. En: Apple, R. (ed.). *Women, Health and Medicine in America*. Nueva York y Londres, Garland Publishing, 1990.

¹⁷Institutos Nacionales de Salud (EUA), *op. cit.*, p. 9.

¹⁸Verbrugge, L.M., *op. cit.*, p. 62.

¹⁹Estos criterios fueron elaborados originalmente por el Grupo de Trabajo en Asuntos de Salud de la Mujer del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de los Estados Unidos. Véase, United States Department of Health and Human Services. *Women's Health: Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues.*, vol. II. Washington, D.C., DHHS, 1985.

Estos criterios son aplicables a la población femenina en conjunto, o a grupos específicos de mujeres dentro de esa población que, por razón de su pertenencia a determinados estamentos sociales, se encontrarían afectados de manera particular.

GENERO, DISCRIMINACION Y EQUIDAD

El concepto de equidad que se encuentra en la base del planteamiento de la meta de salud para todos se fundamenta en la noción de necesidad. Esto implica que el acceso a recursos y servicios de salud atiende no a criterios “neutros” de cuotas igualitarias sino a consideraciones de diferenciación que respondan a las necesidades especiales de los distintos grupos.²⁰

En 1933, en su trabajo clásico sobre los fundamentos de la buena atención médica,²¹ Lee anotaba que las personas de menores ingresos, en razón de las circunstancias hostiles de su medio físico y social, tendían a experimentar más enfermedad que las de ingresos altos, necesitando, por lo tanto, no solo de un mayor número de servicios médicos sino, además, de otros servicios especiales de carácter no médico que apoyasen los primeros. En la discusión sobre políticas de salud se incluye cada vez más la necesidad de caracterizar subgrupos de población importantes con el fin de orientar decisiones en materia de intervención e investigación. Dentro de este contexto de diferenciación de subgrupos, el género se destaca como un criterio de desigualdad socioeconómica internacionalmente reconocido.²² Es claro, además, que en materia de salud, las mujeres y los hombres difieren significativamente entre sí, no solo en términos de necesidades y riesgos particulares sino, también, en función del acceso que unas y otros muestran sobre medios críticos para la protección de su salud.²³ Es a partir del reconocimiento de estas diferencias —derivadas tanto de la biología como de la posición social— que emerge el concepto de intervenciones especiales, guiadas por el principio de eliminación o reducción de la discriminación en contra de la mujer.

La discriminación por género (o por sexo) es directa cuando para la asignación de beneficios o posiciones se utiliza abiertamente una especificación de género que desfavorece a uno de los sexos, y es encubierta cuando esa asignación se hace sobre la base de criterios que, aunque formalmente neutrales respecto a género, en la práctica desfavorecen desproporcionadamente a uno de los sexos. En uno u otro caso el desfavorecimiento responde a una desvalorización del grupo genérico colocado en desventaja.²⁴

De acuerdo con esta definición, las recomendaciones sobre intervenciones especiales dirigidas a la mujer no constituyen “discriminación inversa”, como algunos alegan. Tales iniciativas no son discriminatorias por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque la diferenciación no implica necesariamente discriminación. La discriminación tiene lugar cuando, para la asignación de posiciones o distribución de recursos, se adoptan criterios diferenciadores que no son relevantes para el asunto en cuestión; pero también cuando para la asignación de recursos se dejan de tomar en cuenta diferencias que efectivamente son relevantes.²⁵

²⁰de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E., *op. cit.*, p. 117.

²¹Lee, R.I. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago, University of Chicago Press, 1933. Publications of the Committee on the Costs on Medical Care N° 22.

²²Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Human Development Report 1991*. Nueva York-Oxford, The Oxford University Press, 1991.

²³Institutos Nacionales de Salud (EUA), *op. cit.* —Ver, adicionalmente, Gómez Gómez, E. *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

²⁴Campbell, T. Sex Discrimination: Mistaking the Relevance of Gender. En: McLean, S.A.M. y Burrows, N. *The Legal Relevance of Gender*. Londres, Macmillan Press, 1988, p. 22.

²⁵McLean, S.A.M. The Legal Relevance of Gender: Some Aspects of Sex-Based Discriminations. En: McLean, S.A.M. y Burrows, N. (ed.), *The Legal Relevance of Gender*. Londres, MacMillan Press, 1988.

Así, por ejemplo, resulta tan discriminatorio usar el potencial de maternidad de las mujeres como justificación para negarles acceso a posiciones laborales, como no reconocer, dentro del ámbito laboral, las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y lactantes.

Este razonamiento implica que la igualdad formal entre los sexos, por sí misma, resulta insuficiente para corregir la balanza en favor de la no discriminación. Para lograr una situación equitativa entre hombres y mujeres se hace necesario, por tanto, considerar las diferencias de sexo-género cuando estas son relevantes.²⁶

La segunda razón por la cual estas intervenciones especiales no constituyen discriminación se refiere a la última parte de la definición, y es la de que tales acciones no entrañan desvalorización de ningún grupo. En el discurso político moderno, discriminar es desfavorecer a una persona o personas utilizando criterios irrelevantes para el asunto en cuestión que, al mismo tiempo, desvalorizan injustificadamente al tipo de persona implicada.²⁷ La noción de discriminación encierra, pues, una dimensión grupal: para que exista discriminación es necesario no solo que se utilicen criterios irrelevantes para el desfavorecimiento de una persona sino, además, que esos criterios —abierta o sutilmente— se atribuyan a la persona sobre la base de su pertenencia a cierto grupo. De esta manera, también el grupo es desvalorizado e insultado.

En consecuencia, la base conceptual sobre la que descansa la noción de programas especiales dirigidos a la mujer no es otra que el principio de equidad. La meta orientadora de este tipo de iniciativas es la de contribuir —desde el sistema de salud— a la reducción de inequidades entre los sexos, a través de estrategias de corrección de una discriminación largamente tolerada, y de aceleración de un proceso de valorización de todos los miembros de la sociedad.

El grueso de los trabajos incluidos en esta publicación se concentra en el área temática relativa a la salud de las mujeres. Circunstancias fuera de nuestro control impidieron un mayor desarrollo del segundo aspecto de la relación mujer y salud, es decir, el papel de las mujeres en la producción de la salud, tema que tiene una importancia creciente en la planificación del desarrollo en general, y de la salud en particular.

La primera parte del libro incluye dos artículos que proporcionan elementos conceptuales de carácter crucial para la interpretación y replanteamiento de la conexión entre la mujer, la salud y el desarrollo. Rebecca de los Ríos y Peggy Antrobus analizan críticamente, con distinto énfasis, el contexto histórico y los factores sociales, económicos y políticos que han moldeado el tratamiento conceptual y operativo de la relación entre género y salud: de los Ríos se concentra en el examen de la influencia de los modelos y concepciones de desarrollo sobre las políticas internacionales del sector salud con respecto a la mujer; y Antrobus se detiene en la consideración del impacto que esos modelos de desarrollo han ejercido sobre la salud de las mujeres y sobre su papel en la producción de salud, ciertamente con referencia al Caribe inglés, pero utilizando categorías conceptuales que desbordan lo geográfico particular.

La segunda parte del libro aborda la discusión de problemas de salud que afectan en forma exclusiva, desproporcionada o diferente, a las mujeres, destacando los factores de género que se asocian con la incidencia y con la respuesta que tales problemas reciben. En contraposición con la tendencia histórica a reducir la salud de la mujer a parámetros maternoinfantiles, esta sección incluye problemas que se asocian con distintas etapas del ciclo vital de la mujer, y con dimensiones de su accionar que van más allá de su contribución a la reproducción de la especie. Elsa Gómez Gómez analiza patrones de distribu-

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Campbell, T., *op. cit.*, p. 16.

ción de alimentos y de cuidados de la salud durante la niñez que reflejan una desvalorización social de lo femenino y se traducen en una desigualdad de oportunidades de sobrevivir durante los primeros cuatro años de vida. María Helena Henriques-Mueller y João Yunes identifican los factores de riesgo de morir y enfermar que enfrentan diferentemente hombres y mujeres durante la adolescencia, así como la “ceguera de género” evidente en la respuesta institucional dada a esos problemas. Germán Mora y João Yunes ponen de manifiesto que, dada la evitabilidad de las defunciones ligadas al proceso de reproducción de la especie, las altas tasas de mortalidad materna en la Región constituyen una expresión innegable de la desventaja que experimentan amplios sectores femeninos en el ejercicio de derechos fundamentales. Helena E. Restrepo destaca el bajo interés que ha atraído tradicionalmente la salud de la mujer en edad posreproductiva y la urgencia de aumentar la sensibilidad del sector salud y de la sociedad para responder a las necesidades específicas de este grupo de población. Su trabajo sobre cáncer ginecológico ilustra la desproporción entre la magnitud del problema y la baja prioridad que este ha recibido en las políticas de atención, así como los estereotipos de género evidentes en el diseño de algunos programas para su prevención. Myriam B. Debert-Ribeiro discute los elementos sociales presentes en la etiología y el tratamiento de algunos problemas que afectan desproporcionadamente a las mujeres de edad mediana: diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, incontinencia urinaria y artritis reumatoide. Lee Sennott-Miller muestra cómo las dificultades enfrentadas por las mujeres de edad avanzada en el ámbito de la salud provienen no solo de procesos fisiológicos ligados al envejecimiento sino, también, de factores sociales relacionados con la desventaja social que experimenta la mujer con respecto al hombre en una edad más temprana.

Pasando al terreno de las condiciones de salud que no se adscriben con exclusividad a etapas particulares del ciclo de vida de la mujer, Stella Cerruti Basso describe los mecanismos mediante los cuales la identidad sexual impacta la salud de la mujer, con referencia específica al cuidado y al mantenimiento de la propia salud, y subraya la necesidad de incorporar parámetros adecuados de educación de la sexualidad dentro del contexto de promoción de la salud. Miguel Gueri, Adeline W. Patterson y Teresa González-Cossio cuestionan, a partir del análisis de la naturaleza y la causalidad de los problemas nutricionales que afectan a ambos sexos de manera diferencial a lo largo de la vida, la adecuación de las intervenciones nutricionales con respecto a las necesidades especiales de la población femenina. Freda Paltiel analiza la situación de salud y de enfermedad mental de las mujeres, destacando algunos de los preconceptos y de los condicionantes de género que se asocian con estos estados en las distintas etapas de sus vidas. Enrique Madrigal examina la prevalencia en la Región de algunos aspectos de consumo y adicción al alcohol y a las drogas por parte de las mujeres, y distingue en tales conductas los componentes de vulnerabilidad fisiológica, los estilos de ingesta regidos por estereotipos de género, y las consecuencias particulares para la mujer. Sylvia C. Robles presenta un panorama de las tendencias del tabaquismo en la Región, destacando las diferenciales y los determinantes del fenómeno que se asocian con las construcciones sociales de masculinidad y feminidad. Gabriel A. Schmunis examina las similitudes y diferenciales por sexo en cuanto a prevalencia, detección, factores de riesgo, consecuencias y utilización de servicios, en la prevención de ciertas enfermedades transmisibles: la tripanosomiasis americana, la malaria y algunas infecciones del tracto genital. Ann Marie Kimball, Roxane Salvatierra González y Fernando Zacarías discuten los factores que parecen contribuir al reciente incremento del SIDA entre las mujeres y las respuestas sociales que urgen para contener esta epidemia. Soledad Larrain y Teresa Rodríguez distinguen las formas que adquiere la violencia contra la mujer, analizan sus determinantes y discuten algunos de los mecanismos utilizados actualmente para enfrentar el fenómeno.

La tercera parte del libro incluye tres artículos relativos al impacto de la tecnología médica sobre el bienestar de las mujeres. Gloria A. Coe y Ruth S. Hanft revisan, con criterios de eficacia, eficiencia, inocuidad y patrones de utilización, la tecnología de frecuente aplicación en el contexto de la salud reproductiva de las mujeres. Gabriel A. Schmunis incurSIONA en una tecnología que revolucionó la cotidianidad de las mujeres al facilitar la movilidad de las mismas fuera de la esfera doméstica, pero que ha encarnado, en su versión más moderna —el tampón sanitario—, una seria amenaza para la salud. Diana Serrano LaVertu y Ana María Linares Parada analizan los principales problemas que una tecnología de punta, como es la relacionada con las técnicas de fecundación asistida, representa para la mujer. Las autoras destacan cómo algunos aspectos de esta tecnología, más que expandir las opciones de algunas mujeres, redundan en su explotación y en la pérdida del control sobre su proceso de reproducción.

La cuarta parte de esta publicación reúne tres trabajos sobre la relación entre la salud de las mujeres y la ley. Tara Toby Eines hace un estudio crítico y abarcador del impacto que ejerce la legislación sobre salud, y su aplicación práctica, sobre el bienestar de las mujeres en el Canadá. Las implicaciones de este análisis no se restringen ni al Canadá ni a los países desarrollados; por el contrario, las similitudes que se advierten entre la situación canadiense y la existente en países en desarrollo ciertamente alimentan hipótesis sobre la universalidad de ciertos problemas de las mujeres. Mónica Bolis hace una radiografía de la legislación latinoamericana, destacando las construcciones de género que subyacen en el tratamiento del problema de la violencia en contra de la mujer y que, en ocasiones, crean condiciones favorables para el ejercicio de esta violencia. La autora hace referencia, también, a las disposiciones que constituirían instrumentos efectivos para la prevención de este problema. Rebecca J. Cook examina la evolución de la legislación internacional sobre derechos humanos relevantes para la salud, identifica los componentes de discriminación que se manifiestan en la relativa falta de atención de los problemas de salud femenina en todos los países, y destaca los elementos de esa legislación que se dirigen al logro de ideales de equidad en salud entre hombres y mujeres.

La quinta y última parte del libro está dedicada al amplio tema del papel de la mujer en el desarrollo de la salud, e incluye tres trabajos que ilustran dicho papel en el sistema formal de atención, en la familia y en la actividad social organizada. María Helena Machado analiza el perfil sociodemográfico de la participación femenina en la fuerza de trabajo del sector salud en el Brasil y establece, con información adicional, paralelismos para toda la Región de las Américas. La autora muestra cómo, pese a la composición mayoritaria y crecientemente femenina de la fuerza de trabajo del sector, las mujeres tienen una cuota mínima de representación en los niveles altos de decisión y remuneración. Melba Sánchez-Ayéndez documenta, a través del caso de Puerto Rico, la problemática enfrentada por las mujeres de la “generación sandwich”, quienes confrontan las múltiples responsabilidades de atender a la generación que las antecede y a la que las sucede. El que sean las hijas quienes lleven a cabo la mayor parte —cuando no la totalidad— de la asistencia a los padres ancianos, constituye una muestra más de cómo las mujeres, aun a costa de su propia salud, sin remuneración, y en virtud de su papel de género, son las que cumplen la obligación del Estado y de la familia de velar por sus miembros de edad avanzada. Para terminar, Ana María Portugal y María Isabel Matamala presentan una reseña histórica del desarrollo del Movimiento de Salud de las Mujeres en América Latina y el Caribe durante la década de los ochenta, y del impacto que su dinámica de movilización, presión y propuesta ha ejercido sobre las políticas públicas de los países.

Uno de los objetivos de este libro fue estimular nueva investigación sobre factores que moldean la salud de las mujeres y la participación de las mismas en el desarrollo de la salud. Los trabajos que aparecen en esta publicación constituyen una muestra valiosa de la

utilidad del concepto de género como herramienta analítica para avanzar tanto en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad de una población, como en la tarea de hacer visible el papel protagónico que desempeña la mujer en el proceso de construcción de una sociedad sana. Aunque desde el ángulo informativo, ciertas áreas de vital importancia no pudieron incluirse, o apenas se trataron tangencialmente, confiamos en que el material presentado sirva para estimular la relectura de los datos conocidos, inspirar el planteamiento de nuevas investigaciones y, ojalá, empujar la reorientación del trabajo hacia el logro de una sociedad más equitativa.

Elsa Gómez Gómez
Consultora,
Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS

I. MUJER, SALUD Y DESARROLLO: ELEMENTOS CONCEPTUALES

GENERO, SALUD Y DESARROLLO: UN ENFOQUE EN CONSTRUCCION

Rebecca de los Ríos¹

Nunca imaginé que lo natural de mi diferencia biológica pudiese atentar contra mi autonomía y contra mi propia vida.²

En el presente trabajo se describen los supuestos básicos que permearon durante las dos últimas décadas las tesis del desarrollismo en relación con la mujer —conocidas en este contexto como integracionismo— y la influencia que esta orientación tuvo sobre los enfoques acerca de la salud de la mujer. A partir del análisis de las implicaciones teóricas y prácticas que revistiera para el avance de la mujer el enfoque integracionista de “mujeres en el desarrollo”(MED), se ponderan logros y limitaciones, y se esbozan las bases de un paradigma alternativo para la investigación y la intervención en salud. En la base de este paradigma se plantea la noción de equidad, imbricando en el logro de dicha meta las concepciones de desarrollo humano —tomado en un sentido amplio que desborda lo económico— y la de género, como construcción social diferenciadora de hombres y mujeres.

EL DESARROLLISMO, LA VISION DE LA MUJER Y SU VINCULACION CON LOS ENFOQUES DE LA SALUD

Mujeres en el desarrollo: el integracionismo

Los países de América Latina y el Caribe transitaron durante las últimas dos décadas por una lógica de desarrollo enfocada en dirección del crecimiento de la producción de bienes y servicios y hacia la inserción de sus economías

dentro de las relaciones económicas internacionales. Con una gestión gubernamental caracterizada por el centralismo y con una expansión sin precedentes, los Estados condujeron políticas de desarrollo dirigidas a distribuir los beneficios de este proceso. Puesto el acento sobre los factores de la producción y la circulación de bienes y servicios, el desarrollo fue el marco de referencia en el cual se inscribieron los llamados componentes sectoriales de tipo social tales como la salud, la educación, la vivienda y los servicios públicos, entre otros. Dentro de este esquema las mencionadas políticas sectoriales de tipo social se subordinaron a los objetivos del crecimiento económico.

Esta lógica de planificación, caracterizada por la concepción global del desarrollismo, ha tenido altos y bajos. La crisis de los ochenta y las respuestas frente a ella podrían considerarse los máximos exponentes de esta orientación que, pensada desde fuera, carecía de una visión de los sujetos en tanto actores sociales con aspiraciones concretas como seres humanos.

La dinámica del desarrollo expresada mediante índices de crecimiento económico y de los conocidos indicadores sobre mortalidad infantil, analfabetismo, escolaridad, empleo e ingresos, delinearon el perfil que puso de manifiesto la creciente “exclusión” o “marginalización” de ciertos grupos de población con respecto a los supuestos beneficios del crecimiento económico. Tales grupos se miraron dentro de esta lógica, como portadores de los atributos limitantes de su integración en el desarrollo: baja escolaridad, baja calificación ocupacional, baja productividad del trabajo, alto número de hijos, desnutrición, enfermedades, etc.

En este contexto aparecieron las mujeres como “grupo socialmente excluido de los beneficios del desarrollo” y

¹ Coordinadora, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., Estados Unidos de América.

² Pasaje del testimonio inédito de una mujer latinoamericana durante la narración de sus experiencias de vida.

dicha exclusión se entendió, básicamente, como su no participación o exclusión del mundo del trabajo remunerado y de las esferas de lo público. Tal fue el criterio utilizado con más frecuencia para explicar las condiciones de desigualdad y de desventaja de las mujeres frente a los hombres.

Cabría preguntarse, entonces, cómo fueron pensadas y analizadas las mujeres en su relación con el desarrollo; cuáles fueron las propuestas que impregnaron el discurso y el accionar de las políticas públicas; cuál fue la lógica en la cual se inscribieron las propuestas en torno a la mujer en la Región, principalmente a partir del Año Internacional de la Mujer (1975), y cómo se articuló este enfoque de "mujeres en el desarrollo" con las formas de pensar y de actuar en el campo de la salud de la mujer.

Mediante un considerable esfuerzo de cuantificación e investigación, y enfrentando serias dificultades y sesgos en la información estadística, en la última década se lograron poner de relieve las desigualdades entre hombres y mujeres. La definición de la condición y de la posición de las mujeres tuvo como patrón de referencia el conjunto de actividades que realizaban los hombres en la esfera pública, y en esta esfera se esculcaron todos los lugares donde las mujeres habían sido excluidas, marginadas y subrepresentadas.³ Se puso en evidencia, entonces, que las mujeres tenían menores tasas de participación laboral, aportaban más a las tasas de analfabetismo, estaban ausentes o menos representadas en la actividad política, eran pocas en el arte, en la ciencia, en la tecnología, etc.

El Plan Mundial de Acción para dar cumplimiento a los objetivos del Año Internacional de la Mujer (1975) tuvo como interés fundamental disminuir la desigualdad entre los sexos; la búsqueda de tal propósito se planteó a partir de un enfoque de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres que no cuestionaba los modelos de desarrollo ni las formas imperantes de inserción y participación económica y social de los individuos. Los esfuerzos se encaminaron, por tanto, hacia lograr que las mujeres participaran con justicia en los beneficios del desarrollo, pero sin profundizar en qué tipo de desarrollo y, menos aún, en las causas de la discriminación y la desigualdad. Se fijó, así, un programa para la acción futura de los gobiernos y los organismos de desarrollo durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), con la meta común de "integrar a las mujeres a los procesos de desarrollo".⁴

En este contexto se emitió la Carta Magna de los Derechos de la Mujer a través de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra

la Mujer, la cual trazó las bases jurídicas que deberían adoptar los países del mundo en su compromiso con la igualdad y la incorporación de las mujeres al desarrollo.

En el plano regional, en 1977 los Estados Miembros, en la undécima reunión extraordinaria del Comité Plenario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), aprobaron el Plan de Acción Regional sobre la Integración de la Mujer al Desarrollo Económico y Social de América Latina.⁵ En dicho Plan se consignaron las tesis vigentes en torno al subdesarrollo y a la discriminación contra la mujer, y se planteó que

si bien la eliminación del subdesarrollo es un requisito indispensable para la plena emancipación de la mujer, no elimina la discriminación que esta sufre, producto del arraigo y permanencia de prejuicios seculares, y de su bajo nivel educacional, técnico y cultural que limita grandemente el acceso e incorporación al trabajo.⁶

Aunque en este plan se destacó fundamentalmente la función reproductiva de las mujeres y su papel en el cuidado y la socialización de los hijos, se manifestó, también, un creciente reconocimiento de su función productiva y de su importante contribución a la producción de bienes y servicios. Las mujeres fueron vistas no solo desde la perspectiva de los derechos y la igualdad de oportunidades sino, también, como un importante factor de producción y consumo para garantizar las metas globales del desarrollo. En consecuencia, el requerimiento de remoción de los obstáculos que podrían impedir que la mujer se volcara a la esfera de lo público y, particularmente, al trabajo remunerado, constituyó una propuesta coherente con los objetivos globales y las necesidades que imponía la lógica del desarrollismo.

Este tipo de formulaciones, conocidas en la literatura como los programas de la igualdad, identificaron el origen de la subordinación de las mujeres no solo en el ámbito de la familia sino también en las relaciones entre hombres y mujeres en el mercado. Estos programas dieron, por tanto, un énfasis considerable a la independencia económica como principio de igualdad, la cual se hizo aplicable y extensiva a todas las mujeres de todas las clases sociales.⁷

A finales de la década de los setenta, cuando aparecieron los signos más agudos de los efectos de la crisis económica en un número importante de países de la Región, resultó impostergable, desde el punto de vista político, la necesidad de organizar respuestas en torno al creciente fenómeno de la pobreza y al acelerado deterioro de las condiciones de vida de importantes grupos de población. La situación de desventaja de las mujeres con respecto a los

³ Londoño, A. Apuntes acerca de las relaciones sobre mujer, salud y desarrollo. Washington, D.C., Programa Mujer, Salud y Desarrollo, diciembre de 1992. Documento mimeografiado.

⁴ Moser, C.O. Planificación de género en el Tercer Mundo. En: CIPAF, *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Santo Domingo, Ediciones Populares Feministas CIPAF, 1992.

⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). Documento E/CEPALC/1042/Rev. 1. Santiago de Chile, noviembre de 1977.

⁶ CEPALC, *op. cit.*, pág. 5.

⁷ Moser, C.O., *op. cit.*, pág. 92.

hombres dejó de ser vista como un problema de todas las mujeres, y se abrió campo, en cambio, la preocupación por las estrategias de sobrevivencia o de satisfacción de las necesidades básicas de los sectores más empobrecidos, preocupación que se venía gestando dentro del mismo esquema desarrollista desde mediados de los setenta.

Primó, entonces, el interés por intervenir sobre las mujeres pobres quienes, a la postre, resultaban ser las más pobres entre los pobres. El planteamiento básico que inspiró las propuestas anti-pobreza dirigidas a mujeres fue el de que las condiciones desfavorables que exhibían las mujeres estaban ligadas más a la situación general de pobreza que a las relaciones de subordinación femenina. Ello impulsó un cambio de énfasis en los programas y se produjo un viraje desde el interés por eliminar barreras discriminatorias en contra de las mujeres, hacia una preocupación por disminuir la desigualdad de ingresos entre los sexos. Centrándose en la función productiva de las mujeres, dicho enfoque promovió la búsqueda de opciones de empleo remunerado para las mujeres de bajos ingresos y estimuló el desarrollo de iniciativas de proyectos productivos a pequeña escala.

Si bien hubo un cambio de énfasis, la lógica fue en el fondo la misma lógica del integracionismo, es decir, la de tratar de vincular a las mujeres al empleo remunerado, pero ahora más como estrategia de sobrevivencia para las mujeres pobres que como estrategia de igualdad de oportunidades con respecto al hombre.

El momento en que la crisis de la deuda alcanzó su máxima expresión coincidió con el fin del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985). Bajo el lema de Igualdad, Desarrollo y Paz, había cobrado relevancia el tema "mujer" concebido en términos de la situación de discriminación en contra de esta y, por ende, de sus condiciones de desventaja social, económica y política, con respecto al hombre. Al no resultar totalmente satisfactorios los avances logrados durante la década, nuevamente se dio fuerza política a la integración de la mujer al desarrollo a través de las Estrategias de Nairobi aprobadas en la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (Nairobi, 1985).⁸

El análisis de los debates de la Conferencia Mundial de Nairobi y de las Estrategias aprobadas para el futuro, permite poner de relieve las concepciones dominantes de la época y los problemas que se pretendían atacar: la *igualdad* para las mujeres del Primer Mundo, el *desarrollo* para las del Tercer Mundo, y la *paz* para las mujeres en territorios ocupados y en conflicto bélico. Es así como el énfasis de las estrategias impulsadas en América Latina y el Caribe se concentró en el tema del desarrollo.

No obstante dicho énfasis, los desequilibrios macroeconómicos se fueron tornando insostenibles y la mayoría de los países de la Región se vieron forzados a aplicar programas de ajuste estructural y de estabilización económica. Cabe nuevamente preguntarse cómo fueron analizadas las mujeres por quienes conducían las políticas de ajuste; qué función se pensó que ellas pudieran cumplir en el marco de los programas de estabilización económica, y cómo se orientaron las intervenciones con respecto a la mujer.

Las políticas de ajuste y de estabilización económica constituyeron un conjunto de medidas que, en procura de controlar la demanda y frenar la expansión de la oferta, buscaron una reasignación de recursos orientada a restaurar el equilibrio en las balanzas de pagos, aumentar las exportaciones y reducir la caída en los índices de crecimiento económico. Dicha lógica llevaba implícitos varios supuestos, entre ellos, la necesidad de incrementar la eficiencia, es decir, la de producir lo mismo o más, a menor costo o menor gasto.

Con el enfoque del integracionismo, pero ahora con criterios de eficiencia, se abrieron paso propuestas que le otorgaban a la mujer un importante papel en la gestión social y comunal con trabajo de tipo voluntario. No cabe duda de que muchas formas de organización de las mujeres cumplieron un papel fundamental como estrategias de sobrevivencia; no es menos cierto, sin embargo, que la integración de la mujer en proyectos comunales, utilizando su mano de obra impaga, fue una estrategia que permitió incrementar la eficiencia bajando al mínimo los gastos de la inversión social.

Este tipo de enfoque de las intervenciones sobre la mujer, conocido como el enfoque de la eficiencia, se sustentó en la elasticidad del trabajo reproductivo de la mujer y en su papel de gestora comunal, como uno de los mecanismos que permitirían compensar los efectos de las medidas de ajuste y estabilización económica a nivel microsocioal.

En esta apretada síntesis se revisa someramente las variantes por las cuales ha transitado el enfoque de "mujeres en el desarrollo" de acuerdo con el énfasis puesto en las políticas de desarrollo y las estrategias para el avance de la mujer. Esta revisión sugiere que el enfoque de "mujeres en el desarrollo" y sus variantes lograron permear el quehacer de las políticas públicas y los programas orientados hacia la mujer en todos los campos durante la década. Como sería lógico pensar, las propuestas desde el campo de la salud recibieron también la influencia de estas tesis integracionistas.

La visión desde la salud: la integración de la mujer en la salud y el desarrollo

Las tesis desarrollistas y, particularmente, las del integracionismo, se hicieron sentir en el discurso sobre salud: la mujer en la salud y el desarrollo fue el término utilizado para acompañar, desde el sector salud, las iniciativas impulsadas durante el Decenio de las Naciones Unidas para

⁸ Naciones Unidas. *Estrategias para el avance de la mujer. Nairobi, 1985*. Nueva York, 1985.

la Mujer (1976-1985). Cabe aquí resaltar la influencia que tuvieron sobre la visión de la salud de la mujer, y su contribución al desarrollo, los postulados de la atención primaria y la participación comunitaria para la consecución de las metas de salud para todos en el año 2000 aprobadas en Alma Ata en 1977.

¿Qué supuestos manejó el enfoque de mujer, salud y desarrollo y cómo se reflejaron estos en la formulación de políticas y estrategias de salud dirigidas hacia la mujer?

Desde la perspectiva del integracionismo, la salud de las mujeres se planteó como una contribución al desarrollo en un doble sentido: por una parte, como medio para garantizar la reproducción biológica y la sobrevivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación maternos y, por la otra, como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. En ambos casos las mujeres son vistas como un "insumo" para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial; escasa o ninguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo, de la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud.⁹

La consideración de la salud de la mujer como insumo para el desarrollo estaría privilegiando, en el primer caso, las funciones reproductivas de la mujer y, en el segundo, las funciones productivas en el sector salud y las que realiza como agente social y comunitario.¹⁰ Este doble sentido de la contribución de la salud de la mujer al desarrollo es el que se vierte en la dicotomía implícita en el papel de la mujer como "usuaria" y como "proveedora" de servicios de salud,¹¹ que permea la literatura de la época.

A manera ilustrativa se enumeran a continuación los supuestos básicos del integracionismo imbricados en el enfoque de mujer, salud y desarrollo. En cuanto al aporte de la salud de las mujeres como insumo para la salud de la población:

- Mejorando la salud y nutrición de la mujer (madre) se mejora la salud de los hijos y del grupo familiar (reproducción biológica).
- Mejorando la salud y nutrición de la mujer (trabajadora) se incrementa su productividad en el trabajo (función productiva).
- Disminuyendo el número de hijos de las mujeres (madres), además de reducir los riesgos reproductivos, se fa-

cilita la integración de la mujer al trabajo remunerado (función reproductiva biológica y productiva).

La hipótesis del integracionismo que subyacía en estos postulados era la de que, mejorando la salud de la mujer (madre) y reduciendo el número de sus hijos, se facilitaría la integración de las mujeres al desarrollo; de esta manera, la salud haría su contribución a los objetivos de la igualdad y también a los objetivos de mitigación de la pobreza.

Desde la perspectiva de la contribución de la mujer al desarrollo de programas y servicios de salud, los supuestos básicos del integracionismo serían:

- Elevando el nivel educativo de la mujer sobre aspectos de salud, nutrición y saneamiento básico se mejora el nivel de salud de sus hijos y de la comunidad (función reproductiva como cuidadora).
- Modificando hábitos y prácticas de salud de la mujer se beneficia la salud de todo el conjunto social (función reproductiva como socializadora).
- Facilitando la participación de la comunidad y, particularmente, de las mujeres en la toma de decisiones, se logran resultados más eficaces y eficientes en los programas de salud en general (función como gestora comunal).
- Mejorando la posición de la mujer trabajadora del sector y su ascenso y promoción a puestos directivos se contribuye a la igualdad.

Bajo estos supuestos la hipótesis del integracionismo era la de que la integración de la mujer al desarrollo de programas y servicios de salud, su participación en el proceso de toma de decisiones y su nivel de conocimientos sobre salud, brindarían un aporte al desarrollo de la salud de la población en su conjunto. Este enfoque, inspirado en la concepción de la salud como parte de la formación del capital humano, visualiza la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la sociedad.

¿Qué estrategias sobre mujer, salud y desarrollo derivaron de los supuestos anteriores en el marco de las tesis del integracionismo? ¿Cómo se fueron ajustando y priorizando las estrategias según las políticas de desarrollo en la Región?

La declaración del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer tuvo un impacto, a nivel resolutivo, sobre los acuerdos y mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1975), los Ministros de Salud de las Américas abordaron el tema de la mujer en la salud y el desarrollo planteando cuatro aspectos:¹²

⁹ Cooper, W. et al. *The Impact of Development Policies on Health: A Review of the Literature*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.

¹⁰ Por funciones reproductivas se entienden tanto las funciones biológicas de la reproducción, como las funciones adscritas socialmente en relación con la maternidad, crianza, socialización de los hijos, cuidados alimentarios y de salud de los miembros del hogar y familiares, etc. Por funciones productivas se entienden aquellas asociadas con el trabajo, remunerado o no, que genera valor de cambio. Por funciones de gestión social, se entienden todas aquellas que se vinculan con el trabajo voluntario en función del desarrollo comunitario o social.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. *La mujer, la salud y el desarrollo. Informe del Director General*. Ginebra, 1985. Publicaciones en offset N° 90.

¹² Organización Panamericana de la Salud. *Informe final: XXIII Reunión, Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión, Comité Regional de la OMS. Resolución X*. Washington, DC, 1976. Documento Oficial 139, págs. 13-15.

1) La promoción y la protección de la salud de la mujer, asociadas con el incremento de las oportunidades de empleo y educación, con el fin de asegurar su bienestar y el de su familia.

2) La inclusión y la participación de la mujer en las fases de planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de los programas de salud en todos los niveles.

3) La utilización y oportunidades de promoción y superación de la mujer trabajadora del sector salud y los mecanismos administrativos para asegurar su integración en puestos directivos.

4) La creación y el mejoramiento de servicios para el cuidado de los niños de las mujeres trabajadoras.

Coincidiendo con la evaluación de la mitad del decenio realizada en 1980 en la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas para la Mujer celebrada en Copenhague, donde se destacan los escasos avances logrados en los primeros cinco años, los Ministros de Salud de las Américas volvieron a considerar el tema de la mujer en la salud y el desarrollo retomando los planteamientos iniciales, renovando los compromisos contraídos y añadiendo los siguientes:¹³

1) Desarrollar e implementar políticas nacionales para la atención de la salud y el bienestar de la mujer trabajadora, especialmente para aquellas mujeres empleadas en el sector informal de la economía.

2) Promover el desarrollo de tecnologías apropiadas para aliviar la carga de las actividades domésticas en lo que respecta al acarreo de agua y la producción y preparación de alimentos.

Como puede observarse, las resoluciones no solo reconocieron la importancia de la salud de la mujer para la reproducción y el mantenimiento de sus hijos, sino que también visualizaron, bajo los enfoques de la igualdad, la contribución de la salud para eliminar las barreras que obstaculizarían su integración al desarrollo, entendiendo por este último su integración al trabajo remunerado.

En 1986, un año después de la finalización del Decenio y con la aprobación de las Estrategias de Nairobi sobre igualdad, desarrollo y paz, los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobaron las Estrategias Regionales para el Futuro sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.¹⁴ En esa ocasión señalaron los aspectos relativos a la protección y

prevención de daños a la salud de la mujer y a los servicios, mencionando específicamente:

1) La reducción de las tasas inaceptables de mortalidad materna y la reducción de la mortalidad por cáncer en la mujer.

2) La reducción de los riesgos asociados con el trabajo (salud ocupacional) y la salud mental.

3) La garantía de la accesibilidad a los servicios a las mujeres y que los mismos se orienten a satisfacer sus necesidades.

Las Estrategias de Nairobi parecieran haber apoyado decisiones que, en términos de políticas públicas y de salud, reconocieron la situación de discriminación y desigualdad de la mujer como causal de sus problemas de salud. Sin embargo, la realidad de los hechos pareciera indicar que tal reconocimiento fue solo parcial, y que los resultados obedecieron más a la lógica impuesta por los modelos de desarrollo que a los propios objetivos del avance e igualdad de la mujer en la Región.

La salud de la mujer y el desarrollo: del dicho al hecho

El papel de la salud como criterio de equidad entre los sexos fue un tema poco tratado durante el integracionismo. De tal manera, la presión por la igualdad entre hombres y mujeres se confinó, mayormente, a los objetivos de búsqueda de igualdad de oportunidades entre los sexos en relación con los trabajos y cargos del sector salud.

En el marco de las estrategias para combatir la pobreza y las necesidades básicas, las políticas de salud comenzaron a dar prioridad a las mujeres (madres) como un grupo de riesgo o grupo vulnerable, las cuales, junto con los niños, los discapacitados y los ancianos, fueron consideradas grupos socialmente "débiles", casi desprovistos de capacidad para decidir y aportar conscientemente a cualquier proyecto de desarrollo en materia de salud.¹⁵

Este enfoque, que retomó criterios asociados con las estrategias del bienestar social, ha tenido como expresión concreta aquellas políticas y programas de salud y nutrición de corte asistencialista dirigidos a mujeres pobres, tales como la ayuda alimentaria y el bono maternoinfantil, entre otros. De manera implícita se manejaron tres supuestos: que las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo; que la maternidad es la función más importante de las mu-

¹³ Organización Panamericana de la Salud. *Informe final: XXVII Reunión, Consejo Directivo de la OPS; XXXII Reunión, Comité Regional de la OMS*. Resolución XVII. Washington, DC, 1981. Documento Oficial 174, págs. 23-25.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. *Informes finales: 96ª y 97ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXII Conferencia Sanitaria Panamericana; XXXVIII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC, 1986. Documento Oficial 211, págs. 57-60.

¹⁵ Sería más apropiado decir que las mujeres están en una posición más vulnerable con respecto al hombre, por la condición de subordinación y de desventaja que las mismas exhiben socialmente. En consecuencia, la vulnerabilidad de la mujer requiere ser redefinida en términos de desventajas y como producto de relaciones inequitativas entre los sexos. Estas relaciones deben constituir un criterio de análisis y evaluación de cualquier intervención diseñada para los denominados grupos vulnerables (pobres, refugiados, niños, adolescentes, ancianos, etc.).

eres, y que la crianza y socialización de los hijos, así como el cuidado de los miembros de la familia, es su participación más efectiva en todos los aspectos del desarrollo.¹⁶

Pero, como ya se señaló en este trabajo, en su inicio al desarrollismo también le interesaba el incremento de las tasas de participación económica (de hombres y mujeres), de la misma manera que al integracionismo le interesaba la igualdad. En tal contexto y, desde el área de la salud, se visualizaron los programas de planificación familiar como una estrategia no solo para reducir los riesgos reproductivos, sino para eliminar las barreras relativas a los embarazos numerosos y muy seguidos, con el fin de facilitar que la mujer pudiera insertarse en el mercado de trabajo remunerado en condiciones más favorables.

Sin embargo, en la década de los setenta, la planificación familiar confrontó serios obstáculos para integrarse a las políticas públicas y de salud que mantenían un enfoque de desarrollo de la mujer donde tal planificación se veía como medio para ampliar opciones entre las mujeres en edad de procrear (madres o no) a través del control consciente e informado de su fecundidad. En consecuencia, frente a los énfasis que algunos programas de control de la natalidad pusieron en la consecución de metas demográficas de reducción del ritmo de crecimiento de la población, la contribución del sector salud —particularmente a través de la planificación familiar— a los objetivos de la igualdad y el desarrollo de la mujer, quedaron relativamente postergados en la mayoría de los países de la Región. Tal postergación tuvo lugar pese a que en este período se documentaron los aumentos más significativos en la prevalencia y el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres.

Los programas de planificación familiar impulsados por los gobiernos mostraron, salvo algunas excepciones, un mayor desarrollo en el marco de los programas maternoinfantiles. Dentro de este marco, la finalidad fundamental de la planificación familiar fue la reducción de los riesgos reproductivos en las mujeres madres o potencialmente madres, en función de la disminución al mínimo de los riesgos asociados con la mortalidad perinatal e infantil.

Si recordamos que la salud como componente del desarrollo ha sido medida por indicadores de mortalidad —particularmente, los relacionados con la esperanza de vida y la mortalidad infantil— la salud de la madre embarazada y lactante fue considerada como un elemento central en los esfuerzos de desarrollo y lucha contra la pobreza, en especial, para alcanzar metas de reducción de la mortalidad infantil.

El interés por la alfabetización, el nivel de instrucción y la salud de la madre tuvo más un carácter instrumental o

de vehículo para garantizar la sobrevivencia de los hijos que un contenido de preocupación explícita por la salud de la mujer propiamente tal. Una prueba de ello lo constituye el tratamiento marginal que tuvo el tema de la mortalidad materna y sus causas durante la década de los setenta, el cual en la mayoría de los países de la Región se extiende hasta principios o mediados de los ochenta.¹⁷

Asimismo, y como ha sido ampliamente documentado, es posible argumentar que las mujeres, principalmente las madres, han estado sobrerrepresentadas como grupo objetivo de las diferentes intervenciones en materia de salud y nutrición en los países de la Región. Es básico resaltar, no obstante, la importante diferencia que existe entre ver a las mujeres como “grupo objetivo” de la intervención, y considerarlas como “grupo beneficiario” de la misma. La mayor parte de las intervenciones en nutrición en los países en desarrollo ha incluido servicios e información a las mujeres madres; no obstante, dichos servicios se han orientado primariamente a reducir la desnutrición en la niñez. Aun en los casos donde se consideran a las mujeres como beneficiarias de las intervenciones, estas intervenciones usualmente se han limitado a brindar servicios a las embarazadas y lactantes.¹⁸

Frente a la agudización de las condiciones de pobreza y la retracción cada vez mayor de los recursos destinados al sector, las políticas de salud, a principios de los ochenta, se vieron en la necesidad de focalizar aún más sus acciones y establecer criterios de asignación de recursos hacia los grupos más “vulnerables”, los más pobres entre los pobres: las mujeres y los niños.

El binomio madre-hijo continuó siendo un asunto de prioridad para las políticas y los servicios de salud y, en este contexto, el “enfoque de riesgo” constituyó un aporte instrumental para el establecimiento de prioridades de atención a la mujer y, nuevamente, a la mujer en edad de procrear, madre o potencialmente madre. Sin embargo, es preciso señalar que, mediante la introducción de dicho enfoque, los programas maternoinfantiles dieron un giro importante en términos de focalizar sus acciones sobre la salud de la mujer (madre) y concentrar una mayor atención en la prevención de la morbilidad y los riesgos de mortalidad materna.

En síntesis, a pesar de que en términos resolutivos y declarativos se establecieron compromisos regionales para promover y proteger la salud de la mujer no solo como madre sino también como trabajadora, el enfoque de las políticas, la orientación de los programas y el contenido de los servicios de salud parecieran no haber dado todavía

¹⁶ Moser, C.O. Gender planning in the Third World: Meeting practical and strategic gender needs. *World Dev* 17 (11): 1989.

¹⁷ En la Región de las Américas los Ministros de Salud analizaron en 1990 el tema de la mortalidad materna como un problema de salud pública que demandaba atención por parte de los Gobiernos. Se aprobó el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna, el cual fue objeto de una resolución específica de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

¹⁸ Leslie, J. Women's nutrition: the key to improving family health in developing countries? *Health Policy Plan*, 6(1):1-19, 1991.

el giro deseado para el cumplimiento de tales objetivos. Las políticas y estrategias del enfoque de mujer en el desarrollo para promover la igualdad y la participación de la mujer en el desarrollo quedaron, en algunos casos, subordinadas a las estrategias para combatir la pobreza y a las medidas de ajuste estructural y, en otros, simplemente marginadas o ignoradas en las políticas públicas globales y sectoriales.

Esta orientación, como se ha descrito, también se expresó en las intervenciones en el campo de la salud, las cuales reconocieron la contribución de la mujer como un insumo fundamental para ampliar la cobertura y disminuir los costos de los programas de salud en el marco de las estrategias de atención primaria y participación comunitaria. Hay que destacar, sin embargo, la hegemonía que adquiere en este período el enfoque de la salud de la mujer concentrado en su función reproductiva para garantizar la salud de su descendencia tanto biológica como social. Esta reducción funcional que sobrevalora la maternidad como responsabilidad central de la mujer ha sido reiteradamente transmitida por el sector y los servicios de salud sin que realmente haya influido sobre las desventajas que experimenta la madre por el hecho social de ser mujer.

¿Cuáles fueron los aciertos y las limitaciones del enfoque de mujer en el desarrollo? ¿A qué hallazgos y replanteamientos dio lugar? ¿Cómo se perfila el enfoque de la salud de la mujer en términos de equidad de género y desarrollo? En la próxima sección, si bien no se pretende agotar las respuestas a tales interrogantes, se intenta dilucidar opciones y formas de abordar el tema de la salud de la mujer desde una nueva perspectiva.

REFLEXIONES ACERCA DE LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE ENFOQUE SOBRE EL DESARROLLO Y LA MUJER

Realidades que sugieren la necesidad de un cambio en los paradigmas

La experiencia acumulada, derivada de la investigación y la praxis, llevó al cuestionamiento de los supuestos del integracionismo y estimuló la apertura de nuevas líneas de investigación y de generación de conocimientos que han permitido enriquecer la comprensión del problema y reconceptualizar los enfoques y formas de intervención sobre el tema de la mujer.

Fenómenos ocurridos durante la última década en la Región, agravados unos y explicados otros por la crisis, pusieron de relieve los aciertos y desaciertos de las políticas y modelos de desarrollo y las limitaciones del integracio-

nismo del enfoque de mujer en el desarrollo para superar la condición de discriminación y de subordinación de las mujeres.

Las Estrategias de Nairobi en relación con el desarrollo, que constituyeron el eje de la acción para los países del Tercer Mundo, concentraron su atención en tres componentes: educación, trabajo y salud. A modo de ejemplo se mencionan algunos comportamientos que sugirieron el agotamiento del modelo de análisis considerado en el enfoque de mujer en el desarrollo.

El aumento de la escolaridad femenina trajo como consecuencia una importante reducción de la desventaja de las niñas y mujeres jóvenes en los niveles primarios. Se sostiene, sin embargo, que dicho equiparamiento obedeció más a estrategias globales de desarrollo que a políticas específicas para la mujer.¹⁹ En los países se observa que, aunque la desventaja de las mujeres tiende a disminuir en el nivel primario, no se aprecia una tendencia similar en el nivel secundario, pese a que en algunos casos la matrícula femenina aparezca mayor que la masculina.

El fenómeno de la disparidad con ventaja para las mujeres ha sugerido, por una parte, una mayor confianza de las niñas en el sistema escolar como medio de superación personal y social y, por otra, una desafección educativa por parte de los niños y jóvenes varones —especialmente en los sectores urbanos pobres— quienes, a pesar de disponer de cupos escolares, deciden entrar en el mercado de trabajo.²⁰ Este fenómeno ha dado lugar a la puesta en práctica de programas educacionales tendientes a fortalecer la educación técnica vocacional para retener a los varones en el sistema educativo; tal tipo de acciones podría redundar, en el futuro próximo, en el aumento de diferenciales por sexo en el ingreso al mercado laboral, si es que no se hacen esfuerzos especiales para reorientar, también, las preferencias educacionales de las niñas.

Como producto de la expansión de la educación superior en los setenta, la cual tuvo un claro sesgo en dirección de las capas medias y altas, la paridad entre los sexos comenzó a insinuarse en este grupo a partir de 1990. Sin embargo, la matrícula femenina, especialmente la vocacional y superior, sigue relacionada con las capacidades reconocidas como más apropiadas culturalmente para las mujeres, capacidades que coinciden con aquellas carreras que gozan de menor prestigio social y remuneración.²¹

La transmisión de valores sexistas a través del sistema educativo sigue siendo un problema que, con escasas ex-

¹⁹ Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPALC). Las mujeres de América Latina y el Caribe: entre los cambios y la crisis. Santiago de Chile, 1988. Documento mimeografiado.

²⁰ Casassus, J. Género y educación en América Latina y el Caribe. Trabajo presentado en el Taller sobre Género y Desarrollo, organizado por la Oficina Regional de UNICEF para América Latina. Bogotá, enero de 1993.

²¹ PREALC/UNESCO. Proporción de mujeres en cuatro orientaciones seleccionadas de la educación superior, 1975-1985. *Boletín del Proyecto Principal de Educación* No. 24. Oficina Regional de Educación de la UNESCO. PREALC, Santiago de Chile, 1992.

cepciones, no ha cambiado significativamente en la Región. En 1980, estudios en varios países constataron que los textos escolares seguían siendo preparados sobre la base de estereotipos que desfavorecían o desvalorizaban a la mujer. En la mayoría de tales textos todavía se mantenían tales tratamientos e iconografía; en ellos, la presencia de las mujeres no solo era menor que la de los hombres sino que, también, aparecía más frecuentemente asociada con funciones ligadas al hogar o a las proyecciones externas de este. Se afirma que la persistencia de estos sesgos sexistas refuerza modelos estereotipados en un mundo donde la diferencia sexual se reproduce como desigualdad y tiende a convertirse en valor.²²

Durante las tres últimas décadas, la participación de la mujer latinoamericana en la actividad económica superó con creces los niveles esperados de acuerdo con las tendencias históricas observadas, y llegó a constituir más de la tercera parte del total de los productores de bienes y servicios. Se estimó que para inicio de la década de los noventa la Región tendría 55 millones de mujeres en el mercado de trabajo, de los cuales un flujo de 22 millones se incorporaría entre 1980 y el año 2000.²³

Como en el caso de la educación, existe consenso sobre el hecho de que el aumento acelerado de la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo no fue necesariamente el resultado de políticas explícitas, o de promoción de la igualdad de oportunidades laborales para la mujer. Entre los factores explicativos se destacan la urbanización y la mayor migración de mujeres a la ciudad, el cambio tecnológico, la oferta indiscriminada de educación, la necesidad de aumentar los ingresos en el hogar y el descenso de la fecundidad.²⁴

Pese a las causas exógenas de este fenómeno, las formas de la inserción de la fuerza de trabajo femenina exhibieron características distintivas con respecto a los hombres, las cuales variaron de acuerdo con las estructuras económicas y los niveles de desarrollo de los países de la Región. En general, las mujeres se insertaron en el sector terciario, y cuando lo hicieron en el sector moderno se ocuparon en los servicios estatales de salud y educación, y en los sectores financiero y de comercio, ocupando, por lo general, los trabajos de menor jerarquía, prestigio y remuneración.²⁵ Es asimismo conocido el fenómeno de la expansión del trabajo femenino en el llamado sector informal de la economía, el cual aglutina una serie de actividades en comercio, producción y servicios, en muy pequeña escala, con carácter inestable y en condiciones desfavorables de protección y seguridad social.

El aumento de mujeres en actividades generadoras de ingresos, particularmente en la década de los ochenta, fue también una consecuencia de los procesos de crisis y reestructuración de los mercados de trabajo latinoamericanos. Por un lado, las mujeres adolescentes y adultas jóvenes se lanzaron a la oferta de mano de obra por una fuerte necesidad de sobrevivencia tanto individual como de los grupos domésticos. Por otro, la necesidad empresarial de disminuir los costos de producción llevó al reclutamiento de una fuerza de trabajo relativamente educada, disciplinada, con habilidad manual fina, capaz de soportar trabajos repetitivos y jornadas laborales prolongadas; para ello las mujeres representaban ventajas comparativas con respecto a los hombres. También, en el sector servicios, la educación tanto formal como la recibida en el ámbito doméstico permitió a las mujeres ofrecer aquellas capacidades requeridas en el mercado laboral en procesos de crisis.²⁶

Como lo han señalado diferentes estudios,^{27, 28} la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado no las eximió de sus responsabilidades en el hogar, es decir, de las tareas domésticas, de la socialización y cuidado de los hijos y de la atención de los familiares enfermos y ancianos. Durante el período de crisis las mujeres compensaron con su trabajo la reducción drástica de los ingresos y las propias posibilidades de resolver las actividades del hogar por la vía del mercado. No cabe duda de que, aunque la división del trabajo por sexo en la esfera pública experimentó cambios importantes, en el interior del hogar y la familia las relaciones genéricas parecieran haberse mantenido inalteradas.

En América Latina la fecundidad bajó del nivel promedio de 6 hijos por mujer, registrado en el período 1950-1955, a 3,6 en el quinquenio 1985-1990. Los promedios correspondientes para el Caribe fueron de 5 y 2,9, y para América del Norte, de 3,5 y 1,8, respectivamente.²⁹ Las tasas globales de fecundidad exhibieron diferenciales según país y estrato socioeconómico, pero puede decirse que, con diferentes ritmos, el descenso fue generalizado.

Aunque facilitada por los factores económicos, la incorporación creciente de las mujeres adultas jóvenes al mercado de trabajo bien puede explicarse como el resultado de un incremento sustantivo en la prevalencia del uso de tecnologías anticonceptivas seguras. En un número im-

²² De Barbieri, T. Mujeres y relaciones de género en América Latina. Una propuesta para la discusión. CEPALC. Santiago de Chile, 1993. Documento mimeografiado.

²³ Jelin, E. y Feijoó, M.C. Las mujeres del sector popular: recesión económica y democratización política en la Argentina. En: UNICEF. *El ajuste invisible*. Bogotá, Editorial Gente Nueva, 1989.

²⁴ Oliveira, O. Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes. En: *Mujer y crisis. Respuestas ante la recesión*. Caracas, Editorial Nueva Sociedad, 1990.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud. Salud de la mujer. En: *Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1990*. Washington, DC, 1990. Publicación Científica 524, vol. I, págs. 119-145.

²² Casassus, J. *op. cit.*, pág. 6.

²³ López, C. y Pollack, M. Mujer y desarrollo: una nueva era. Trabajo presentado en: Seminario Internacional sobre la Mujer en el Desarrollo, CEPALC-ILPES. Santiago de Chile, mayo de 1989.

²⁴ Berger, M. y Buvinic, M. Citado por López y Pollack, *op. cit.*, págs. 3-5.

²⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). Mujer, trabajo y crisis. Santiago de Chile, 1988. Documento mimeografiado.

portante de países de la Región, tales coberturas de uso oscilan entre 70 y 59% entre mujeres en unión y en edad de procrear.³⁰

En la sección anterior se hizo referencia a los objetivos de las políticas y programas de planificación familiar durante las dos últimas décadas. Estos respondieron, en algunos casos, a metas demográficas de decrecimiento poblacional y, en otros, a propósitos de reducción del riesgo de mortalidad perinatal y materna. En el período en cuestión la importancia concedida a la anticoncepción como medio para disociar la procreación de las relaciones sexuales, ampliando la libertad del ser humano y, particularmente, el control de la mujer sobre su cuerpo, fue un aspecto que pareciera haber recibido un tratamiento marginal y de escasa relevancia.

Lo anterior se confirma mediante la constatación, por una parte, de la frecuencia de uso de ciertos métodos y, por la otra, del comportamiento de la prevalencia según sexo. Resulta alarmante observar que en América Latina y el Caribe, en 1983, el 36 % de las mujeres en unión y en edad de procrear que regulaban la fecundidad había optado por la esterilización; esta constituía el método anticonceptivo de adopción más frecuente en la región, en contraste con los países industrializados, donde la esterilización era practicada por el 10 % de las mujeres.³¹ La dimensión y el incremento progresivo de esta prevalencia ponen de manifiesto la necesidad de investigar a fondo la causalidad asociada con el abuso de la tecnología sobre el cuerpo femenino³² y con las circunstancias que inducen a la mujer a tomar tan drástica decisión para evitar los hijos.

En contraste, la esterilización masculina y el uso del condón muestran una prevalencia mucho más alta en los países industrializados que en América Latina y el Caribe. Mientras que en los primeros la esterilización masculina es practicada por el 4 % de los hombres —y llega al 13 y 10 % en el Canadá y los Estados Unidos de América, respectivamente— en los segundos, según los datos más recientes, esta opción representa consistentemente un porcentaje inferior a uno, con la excepción de Puerto Rico, que señala un 4 %. En el caso del condón, mientras en los países industrializados, principalmente en Europa, el 13 % de las mujeres en unión notifica su uso, en América Latina y el Caribe solo lo hace el 2 %.³³

No obstante las diferencias entre países en cuanto al patrón de utilización de anticonceptivos, se puede observar una constante que, a la vez, expresa la mayor desigualdad: esta es la que se aprecia entre hombres y mujeres en materia de asunción de responsabilidades y riesgos aso-

ciados con la regulación de la fecundidad. Los datos indican que aproximadamente en más del 80 % de los casos, la responsabilidad y los riesgos de la práctica anticonceptiva recaen fundamentalmente sobre la mujer.³⁴

Después de documentar los datos sobre fecundidad y prevalencia de anticonceptivos, resulta apenas obvio hacer mención de la mortalidad materna. Pese a la tendencia al descenso que ha exhibido la mortalidad materna en América Latina y el Caribe durante las últimas dos décadas, todavía existen grandes disparidades entre los países y, en todos, las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio figuran entre las cinco primeras causas de muerte de las mujeres de 15 a 44 años de edad. El análisis de las causas demuestra, además, que el aborto y las complicaciones asociadas —sepsis y hemorragias— figuraron como primera causa de muerte en ocho países de la Región durante la primera mitad de la década de los ochenta.³⁵

Es indudable que los niveles de mortalidad han experimentado un descenso general, y que han aumentado la esperanza de vida al nacer y la ventaja en años de vida de la mujer con respecto al hombre. Sin embargo, el hecho de vivir más tiempo no significa necesariamente que la mujer viva mejor ni que goce de mejores condiciones de vida y de salud con respecto al hombre. Las diferenciales de mortalidad y morbilidad por sexo se derivan de condiciones no solo biológicas sino, también, del medio social donde, entre otros factores, actúa la valoración que la sociedad adscribe al ser hombre y al ser mujer, valoración que aparece ligada con las relaciones genéricas de subordinación.

Tal es el caso de la violencia contra las mujeres y las niñas, y sus efectos sobre la salud y el desarrollo de la mujer. Aunque este fenómeno empieza a documentarse y a conocerse, en la mayoría de los países sigue siendo legitimado como parte de la costumbre, e incluso por la ley que lo considera un delito de la intimidad y, en consecuencia, no punible. Las dimensiones y la gravedad del problema tienden a ser subestimadas por los especialistas de la salud pública, bajo el argumento de que las defunciones por causas violentas (homicidios y suicidios) afectan en mayor proporción a los adultos jóvenes varones. Tal afirmación reduce este problema de salud a la contabilización de defunciones, desconociendo el significado de los daños a los sobrevivientes, daños que también podrían mirarse en términos de muerte lenta. Cabe señalar, adicionalmente, que en la Región existen países, como Colombia, donde los homicidios son la primera causa de muerte entre las mujeres en edad de procrear, y no por homicidio en las calles, sino por acciones perpetradas en su contra por hombres (cónyuges), en sus propios hogares.³⁶

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

³² Vargas, M. Uso y abuso de las tecnologías médicas sobre la mujer. Organización Panamericana de la Salud, Programas Políticas de Salud/Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC, octubre de 1989. Documento mimeografiado.

³³ Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990.* Washington, DC, 1990.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Londoño, A. y Arango, Y. (eds.). *Política de salud para las mujeres, mujeres para la salud.* Bogotá, Ministerio de Salud. 1992.

Finalmente, en materia de salud no pueden dejar de mencionarse hallazgos que sugieren hipótesis similares de causalidad social en cuanto a discriminación y desvalorización del ser mujer. Tal sería el caso de la incidencia diferencial por sexo de la desnutrición en la niñez, con clara desventaja para la niña.³⁷ Este problema no ha recibido todavía suficiente atención por parte de los investigadores y especialistas en salud pública y nutrición. Se afirma, de acuerdo con las estadísticas oficiales más recientes, que en casi el 50 % de los países de la Región, la mortalidad por desnutrición afecta desproporcionadamente más a las niñas en el grupo de 1 a 4 años.³⁸

Las evidencias anteriores de desigualdad en las esferas de la educación, el trabajo y la salud significaron, además de un aprendizaje en la comprensión del problema, la necesidad de arribar a nuevos supuestos que orienten la construcción de un enfoque alternativo para la interpretación y la intervención social, económica y política, con respecto al área de la mujer en el desarrollo.

Interpretaciones y aprendizajes de la experiencia

Aunque indudablemente durante la década se produjeron avances importantes y se logró disminuir la desigualdad entre los sexos en diversos ámbitos de la sociedad, es evidente que aún persisten condiciones de clara inequidad entre hombres y mujeres. Tales condiciones de inequidad no han podido ser explicadas ni, mucho menos, eliminadas por el modelo integracionista que inspiró las tesis del desarrollo de la mujer. A continuación se enuncia un conjunto de hipótesis sobre el origen de las limitaciones del enfoque de mujer en el desarrollo y de los problemas aún no resueltos.

- A pesar de que las mujeres salieron al mundo de lo público reduciendo y, en algunos casos, superando las desventajas que tenían con respecto a los hombres, se mantuvo la ruptura entre los espacios de lo público y lo privado; este último espacio permaneció desvalorizado social y económicamente pese a su carácter de componente fundamental de la reproducción de la vida y la sociedad. Las mujeres continuaron fijadas al espacio de lo doméstico y, por extensión, desvalorizadas y colocadas en una posición de subordinación.

- El modelo integracionista procuró eliminar las barreras que impedían que la mujer se integrase al mundo del trabajo remunerado, concebido el proceso de integración como un medio de participación de la mujer en un desa-

rollo ya en marcha. No se cuestionó ni el modelo de desarrollo ni la división sexual del trabajo y las relaciones de poder-subordinación resultantes.

- El enfoque de “mujeres en el desarrollo” privilegió la teoría de las funciones frente a la teoría de las relaciones de poder, como marco explicativo de la condición de desventaja y la situación de discriminación que experimenta la mujer. En consecuencia, la mujer y sus funciones fueron vistas como problemas y se desconocieron las relaciones de poder y sus formas de ejercicio, como un elemento explicativo de las inequidades entre los sexos y sus oportunidades de desarrollo. El objetivo de las intervenciones del enfoque de “mujeres en el desarrollo” fueron las mujeres como grupo aislado, y se prestó escasa o nula atención al cambio o al desbalance de poder en las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

- Las tesis integracionistas sobre la mujer consideraron marginalmente las construcciones sociales y percepciones valorativas de lo femenino y lo masculino, elementos que se encuentran en la base de la cultura de las relaciones sociales que han privilegiado lo masculino en desmedro de lo femenino. Estas relaciones de inequidad valorativa continúan reproduciéndose y perpetuándose a través de la socialización en la familia y en otras instituciones, tales como la escuela y la iglesia, así como en la atención sanitaria, el orden jurídico, las políticas públicas, la gestión del Estado, etc. Salvo las intervenciones orientadas a eliminar la discriminación de jure, la Región documenta escasas investigaciones e intervenciones en la esfera de las creencias y costumbres estereotipadas y sexistas.

- La participación fue abordada por el integracionismo en términos del acceso de la mujer a los procesos de toma de decisiones, según los mecanismos y estructuras existentes. No se cuestionó el carácter jerárquico y escasamente democrático de las estructuras de poder ni las formas y los contenidos de la participación de las mujeres. En consecuencia, aunque se propugnó que las mujeres participaran en la toma de decisiones, esta articulación se promovió en los espacios donde ellas participaban en función del desarrollo de otros y, muchas veces, en desmedro del propio tiempo para ellas mismas.

La participación femenina en diversos proyectos de desarrollo social y comunal facilitó la organización y toma de conciencia de las mujeres. No obstante, como no se cuestionó el carácter de las estructuras y contenidos de la participación, el integracionismo limitó la capacidad de la mujer como sujeto de derechos en la construcción de su ciudadanía, en las formas de ejercicio de la democracia, en el uso de la palabra para expresarse públicamente, y en el desarrollo de su liderazgo y autodeterminación con el fin de revertir la relación de subordinación imperante.

Las consideraciones anteriores, producto de un intenso y rico proceso de estudio e investigación en la Región, han ido abriendo una nueva perspectiva teórica para el análisis

³⁷ Para mayor detalle al respecto, consultar el trabajo de Elsa Gómez Gómez y el de Miguel Gueri *et al.*, en esta misma publicación.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud. Salud de la mujer. En: *Las condiciones de salud de las Américas. Edición 1990*. Washington, DC, 1990, Publicación Científica 529, vol. I, págs. 119-145. Véase también, Gómez Gómez, E. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1990. Para mayor detalle sobre este tema, véase el trabajo de Elsa Gómez Gómez, en la página 27.

sis y formulación de propuestas sobre la mujer y su vinculación con los procesos de desarrollo. Esta perspectiva, conocida como "género en el desarrollo" (GED), se presenta como una opción teórica y metodológicamente distinta que revoluciona las formas de pensar y actuar sobre la mujer en el desarrollo y sobre las relaciones construidas socialmente a través de la historia.

LA VISION DE GENERO EN EL DESARROLLO Y SUS CONTRIBUCIONES AL CAMPO DE LA SALUD

La incursión de las categorías de género y desarrollo en los marcos conceptuales sobre el entendimiento de la salud en general, y de la mujer en particular, es de muy reciente data. La investigación apenas muestra sus primeras evidencias empíricas y comienza a arrojar hipótesis sugerentes desde esta perspectiva. Es un enfoque en construcción y, como tal, apenas dibuja sus primeros trazos y empieza a articular un pensamiento orientador para favorecer un cambio en la acción de las políticas y los programas de salud dirigidos no solo a la mujer sino también a la población en su conjunto.

Género y desarrollo

La década de los ochenta fue calificada como la "década perdida" en términos económicos; sin embargo, posiciones más optimistas prefieren calificarla como la década del "aprendizaje doloroso". Es así como, en los inicios de la década de los noventa, comienza a gestarse un pensamiento renovador sobre el desarrollo que incorpora nuevas categorías de análisis: desarrollo humano, desarrollo sustentable, equidad, diferencia y diversidad, poder, modernidad, democracia y cambio civilizatorio, género en el desarrollo. Se está tratando con ello de elaborar un discurso conceptual que oriente una práctica del desarrollo pensado en función de la gente. Tales intentos se debaten, sin embargo, en el terreno de una ofensiva de ideas neoliberales que abogan por la lógica del mercado como el instrumento distribuidor de los beneficios.

Superar las limitaciones que demostró el enfoque de "mujeres en el desarrollo" y sus variantes implica construir un referente teórico del desarrollo que, centrado en lo humano,³⁹ constituya un aporte para conducir estrategias

concretas para el logro de los objetivos de la equidad entre los sexos. Es en ese sentido que se debate hoy en día la construcción del marco teórico de "género en el desarrollo" que facilite la comprensión de una dimensión importante de las relaciones sociales, es decir, las relaciones entre hombres y mujeres en los procesos de desarrollo.

Las proposiciones sobre género y desarrollo invitan a repensar el proceso y las prioridades para el cambio. El centro analítico de este marco se refiere no simplemente a la mujer y al cambio de su condición, sino a la necesidad de incidir en las relaciones de poder-subordinación ejercido por los hombres sobre las mujeres y, por extensión, en el dominio de lo masculino en desmedro de lo femenino que caracteriza las culturas y formaciones sociales de la Región.

Surge así una categoría de análisis, el género, que incorporada al cuerpo otorga conceptos que explican la multideterminación de los procesos sociales y de desarrollo y permite enriquecer no solo el análisis de la mujer con respecto al hombre, sino la elaboración de estrategias para un desarrollo centrado en lo humano, con relaciones de equidad.

Género se entiende, entonces, como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.

Esta construcción social, que tiene un carácter de relación social, posee una historicidad propia y, por tanto, es cambiante y mutable por la intervención consciente del ser humano. Tal construcción, además, permea las esferas micro y macrosociales a través de las instituciones, las relaciones interpersonales y las mismas autoimágenes individuales. Encierra siempre una jerarquización, de manera tal que aquellos rasgos y actividades asociados con el hombre gozan normalmente de mayor valorización y reconocimiento. El resultado y el proceso de esta construcción son el acceso y el control desigual e institucionalmente estructurado de los sexos a los recursos y beneficios sociales y familiares, asimetría que genera privilegio en el hombre y subordinación en la mujer.⁴⁰

Un punto central dentro de la óptica de género es la noción de la "división sexual del trabajo", es decir, la segregación de funciones sociales sobre la base de la pertenencia a uno u otro sexo. Esta división no se limita a la separación de las funciones en las esferas pública y privada, sino que también tiene lugar en el interior de estas esferas, y se asocia, en ambos casos, con relaciones de poder.⁴¹

³⁹ Se asume la concepción elaborada por Max-Neeff, M. *et al.*, sobre desarrollo a escala humana, entendido como un proceso de ampliación de opciones infinitas y cambiantes a través del tiempo vinculadas al ser, tener, hacer y estar de las personas (satisfactores y bienes económicos); estos satisfactores y bienes se organizan y seleccionan para dar respuesta a las necesidades humanas fundamentales que son socialmente universales, finitas e invariables a través del tiempo (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, creatividad, participación, ocio, identidad y libertad). Véase Max-Neeff, M. *et al.* Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro, Número Especial de *Development Dialogue*, Santiago de Chile, CEPUR, 1986.

⁴⁰ Benería, L. y Roldán, M. *The Crossroads of Class and Gender*. Chicago y Londres, The University of Chicago Press, 1987, págs. 11, 12.

⁴¹ de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E. *Mujer, salud y desarrollo: un enfoque alternativo*. En: Arango, Y. (ed.). *Mujer, salud y autocuidado: memorias*. Washington, DC., Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Desde la perspectiva del desarrollo a escala humana, la construcción social de género determina el contenido y la selección de un conjunto de satisfactores y bienes económicos⁴² que, relacionados con el ser, el tener, el hacer y el estar de las mujeres y los hombres, tienden a satisfacer de manera diferente las necesidades axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Dadas las diferencias biológicas de sexo y edad, la cantidad y calidad de los satisfactores pueden, en algunos casos, ser diferentes para hombres y mujeres; sin embargo, por la posición de subordinación de las mujeres, el acceso y el control de estas sobre los satisfactores encierran no solo diferencias sino, también, desventaja en términos de las posibilidades de realizar plenamente las necesidades humanas fundamentales.

El enfoque de género en la perspectiva del desarrollo humano implica, por consiguiente, la necesidad de tener en cuenta las diferencias biológicas y la manera como las mismas pueden condicionar culturalmente una asimetría en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales. Esta postura teórica sobre el desarrollo humano y las relaciones genéricas vendría a contribuir a superar la visión dicotómica sugerida por la conocida diferenciación entre necesidades prácticas y necesidades estratégicas de género,^{43,44} al concentrar la atención en el desarrollo de las opciones que facilitan la realización armónica de las necesidades humanas fundamentales de hombres y mujeres. Dicha realización estaría dando origen a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden social no jerarquizado genéricamente, donde se puedan conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las personas como sujetos del desarrollo, y como seres sexuados y diferenciados.

A diferencia del enfoque integracionista, el enfoque de “género en el desarrollo” procura incidir en las causas que estructuran la subordinación y que dan origen a un acceso, control y ejercicio inequitativo de los satisfactores de

⁴² Los satisfactores tienen diferentes atributos dependiendo de su capacidad de destruir, inhibir o estimular la satisfacción de una o varias necesidades humanas. Por ejemplo, la lactancia materna es, para el niño, un satisfactor sinérgico que al responder a la necesidad de la subsistencia estimula la satisfacción de la protección y el afecto. Los satisfactores dan origen a los bienes económicos o artefactos, que varían según la cultura y los recursos. Estos bienes pueden afectar, a su vez, la eficiencia de un satisfactor, alterando el umbral de actualización de la necesidad, ya sea en sentido positivo o negativo. Por ejemplo, el satisfactor salud da origen a bienes económicos y artefactos (servicios, medicamentos, tecnología), y la función de estos es ciertamente el potenciar, en sentido positivo o negativo, el ser saludable.

⁴³ Por necesidades prácticas de género se entienden aquellas ligadas con las funciones sociales adscritas a las mujeres por la división sexual del trabajo y que tienen que ver con su supervivencia y condiciones de vida (acceso a la tierra, al agua, a los servicios, a la tecnología, al trabajo, etc.). Por necesidades estratégicas se entienden aquellas derivadas de la posición de subordinación de las mujeres y que se orientan a revertir tal posición (eliminación de formas institucionales de discriminación, control y libre decisión sobre la maternidad, etc.).

⁴⁴ Young, K. Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres. En: CIPAF. *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Santo Domingo, Ediciones Populares CIPAF, 1991. Véase también Moser, C., en CIPAF, *op. cit.*, quien utiliza la distinción para discutir sobre planificación de género en el Tercer Mundo.

las necesidades humanas fundamentales. Demanda, por tanto, intervenciones en diversos ámbitos y no solo en las mujeres como grupo social aislado; en tal sentido requiere actuar en las esferas macro y microsociales, en la cultura, en el ordenamiento jerárquico y valorativo, en las actitudes y prácticas, en las capacidades movilizadoras y organizativas, en fin, en la eliminación de obstáculos que impidan los procesos de autonomía y autodeterminación en las mujeres para la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Desde esta concepción adquiere sentido el protagonismo de las personas, dado que las necesidades humanas forman parte de la propia individualidad en tanto sujeto, pero también de la conciencia colectiva en tanto sociedad. No se desconoce que las opciones, el acceso y el control sobre los satisfactores de las necesidades humanas forman parte también de una continua interrelación articulada con múltiples circunstancias, tales como los diversos momentos de la vida y consecuentes cambios ocasionados por la edad, el medio social donde se convive según la clase social, las relaciones interpersonales de carácter afectivo, laboral y social, los espacios donde se socializa a nivel privado y público, y las opciones personales de índole religiosa, ideológica y de organización familiar.⁴⁵

La categoría género como construcción social no sustituye ni jerarquiza a otras categorías del análisis social y el desarrollo. Por el contrario, constituye un aporte para enriquecer no solo las propuestas con respecto a la mujer, sino las alternativas de pensar y poner en práctica las estrategias de desarrollo.

En el Cuadro 1 se presentan en forma esquemática las características diferenciales entre los enfoques de “mujeres en el desarrollo” y de “género en el desarrollo”, y los tipos de estrategias que derivan de cada enfoque.

La construcción social de género y la salud

El impacto de la construcción de género sobre la salud de la población puede explicarse utilizando dos mecanismos fundamentales: a nivel individual, a través del efecto del proceso de socialización, cuando reproduce la internalización individual y colectiva de paradigmas culturales de feminidad y masculinidad que, cuando son sexistas, promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferencial para la integridad física y mental de hombres y mujeres. A nivel social, los condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo —practicada por las distintas instituciones económicas, religiosas, familiares, sanitarias, educativas, jurídicas, etc.— y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de presti-

⁴⁵ Arango, Y. Autocuidado: una toma de decisión de la mujer frente a su salud. En: Arango, Y. (ed.). *Mujer, salud y autocuidado: memorias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Cuadro 1. Diferencias entre los enfoques de “mujeres en el desarrollo” (MED) y “género en el desarrollo” (GED).

Características	Mujeres en el desarrollo	Género en el desarrollo
Enfoque	Concibe a las mujeres como el problema. El marco explicativo se fundamenta en la teoría de las funciones sin profundizar en el cambio y constitución de las mismas.	Concibe el ordenamiento social como problema. El marco explicativo se fundamenta en la teoría del poder y de las relaciones sociales.
Objetivo	Las mujeres como categoría aislada.	Las relaciones sociales intergeneracionales y la división sexual del trabajo.
El problema	La exclusión de las mujeres (la mitad de los recursos productivos) del proceso de desarrollo en marcha.	Desbalance y relaciones de poder-subordinación que colocan a la mujer en posición de desventaja.
La meta	Igualar la situación y oportunidades de las mujeres a las de los hombres; obtener un desarrollo económico más eficiente.	Balance de poder en términos creativos; equidad entre los sexos. Desarrollo humano con sustentabilidad. Democracia y participación; hombres y mujeres como sujeto de derechos.
La solución	Integrar a la mujer al proceso de desarrollo en marcha; incorporarla al trabajo remunerado en la esfera pública.	Facilitar en la mujer los procesos de autonomía y autodeterminación; revertir las relaciones de subordinación determinadas por la división sexual del trabajo.
Estrategias	Aumentar la productividad y los ingresos de la mujer. Proyectos para mujeres; el componente mujer en los proyectos; proyectos integrados. Utilización del tiempo de la mujer en actividades voluntarias; participación y gestión comunitaria.	Ampliar las opciones y oportunidades y el acceso y control sobre recursos y beneficios. Participación autónoma de las mujeres en decisiones que les competen a ellas. Sensibilización y toma de conciencia públicas; abogacía por sus derechos.

Basado en un esquema presentado en: Canadian Council for International Cooperation, MATCH International Centre y Association québécoise des organismes de coopération internationale. *Two Halves Make a Whole: Balancing Gender Relations in Development*. Ottawa, 1991, pág. 76.

gio y remuneración. La valoración diferencial de actividades se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción, protección y mantenimiento de la salud individual.⁴⁶

La construcción de género incide, asimismo, en la cantidad y calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud. En virtud de la división sexual del trabajo, por ejemplo, en los modelos de atención primaria en salud y, en particular, en los aspectos relacionados con la participación social, a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la “producción” de la salud. La mujer es la responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidar a los niños, los enfermos y los ancianos, mantener la higiene del hogar, etc. Sin embargo, la falta de visibilidad y valoración social y económica del trabajo de la mujer en el hogar conduce a una falsa evaluación de su tiempo disponible⁴⁷ y crea expectativas des-

medidas con respecto a sus posibilidades de participación en el desarrollo de la salud comunitaria. Desde este ángulo, la participación comunitaria en salud, más que propiciar formas equitativas de responsabilidad social frente a la salud colectiva, resulta en un mecanismo que reproduce y perpetúa la asignación social de funciones de acuerdo con el sexo de los individuos.⁴⁸

Las diferencias genéricas, la salud y el desarrollo a escala humana

En el conjunto de las necesidades humanas fundamentales, la salud constituye un importante satisfactor relacionado con las formas del ser, el tener, el hacer y el estar. Es, asimismo, un satisfactor sinérgico que no solo contribuye a satisfacer las necesidades humanas fundamentales de la subsistencia y la protección como tradicionalmente se conciben, sino que, además, tiene la capacidad de potenciar la satisfacción de otras necesidades humanas fundamentales como la creación, la identidad y la libertad.

Tal como se ha señalado, la selección de los satisfactores y el acceso y el control sobre los bienes económicos que de

⁴⁶ de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E., *op. cit.*, pág. 111.

⁴⁷ Barroso, C. La participación de la comunidad y la educación: la debatida participación comunitaria. Trabajo presentado en: I Seminario sobre la Participación de la Mujer en Programas de Salud de la Comunidad. Santiago de Cuba, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Federación de Mujeres Cubanas, febrero de 1988.

⁴⁸ de los Ríos, R. y Gómez Gómez, E., *op. cit.*, pág. 116.

ellos derivan, están mediados por condiciones históricas concretas en términos culturales, económicos, políticos y sociales. Se sostiene, por tanto, que la construcción social de género y las relaciones genéricas de poder-subordinación ejercidas a través de la división sexual del trabajo y las formas de socialización, colocan a las mujeres en una posición de desventaja, no solo para seleccionar los satisfactores sino también para acceder y ejercer control sobre los bienes y artefactos que potencian la eficiencia del satisfactor salud.

Bajo la perspectiva de género, la noción de salud como satisfactor de las necesidades humanas fundamentales, es decir, como parte del desarrollo a escala humana, exige un replanteamiento de los supuestos integracionistas sobre salud de la mujer, que la visualizan únicamente como insumo para el desarrollo del capital humano. En consecuencia, al incorporar el enfoque de género, las políticas y programas de salud tendrían que partir de otros supuestos y, por ende, tanto la concepción del problema mismo, como el foco de atención, la solución y las estrategias, serían, también, diferentes.

El enfoque de género en la salud y el desarrollo procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder-subordinación y que colocan a las mujeres en una posición asimétrica de desventaja, con el fin de acceder y controlar los recursos de la atención de salud para su propio beneficio.

Bajo esta óptica se requerirá identificar como problemas de salud vinculados al género, aquellos asociados con la división sexual del trabajo y con las formas de socialización diferencial que, por razón de valoraciones sociales, privilegian a un sexo en desmedro del otro. Se hará necesario, en consecuencia, determinar las actitudes y prácticas de salud sexistas y discriminatorias que convierten el satisfactor salud en un elemento inhibitorio—incluso, con capacidad destructiva— para satisfacer las necesidades humanas fundamentales.

Esta orientación debe superar la noción del cuerpo femenino como máquina reproductora así como el énfasis en la causalidad orgánica y biologicista de las explicaciones de sus problemas. Exige, asimismo, la ruptura con la medicalización de las funciones naturales de la mujer y con el reduccionismo que psiquiatriza los fenómenos de orden social y cultural relacionados con la salud.

El enfoque de género en salud demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar—espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres, y una parte de la vida de los hombres— como un espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

Este enfoque conlleva, asimismo, intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de las mujeres para decidir

sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su vida.⁴⁹ Todo esto, fundamentado en la necesidad de que la práctica en salud reconozca el saber de la mujer, su hacer y su papel como ser social y ciudadana.

Con tal visión, la salud como satisfactor posibilitará convertir lo privado y lo íntimo en espacios fundamentales para ejercer un papel transformador en la búsqueda de principios y valores que dimensionen lo humano más allá de la pertenencia a un sexo, a un grupo social o a una etnia. El derecho al respeto mutuo en la socialización de hombres y mujeres constituye, desde la salud, un principio que conduce a abordar las diferencias no desde el plano de la desigualdad o la discriminación, sino desde el de las especificidades de cada uno de los sexos.⁵⁰

A partir de los aspectos conceptuales desarrollados, en el Cuadro 2 se presenta un esquema que ilustra las diferencias entre los enfoques de “mujer, salud y desarrollo” y de “género, salud y desarrollo”.

A MODO DE SINTESIS: DESAFIOS Y PERSPECTIVAS

El tránsito del enfoque integracionista “mujeres en el desarrollo” al enfoque del desbalance de poder entre hombres y mujeres, “género en el desarrollo”, no implica necesariamente desechar todos los supuestos y las tesis que sustentaron la plataforma de acción sobre la igualdad, el desarrollo y la paz. El proceso de “aprendizaje doloroso” de la década de los ochenta permite retomar esos principios y darles un nuevo contenido; ello podría conducir a un cambio de las bases programáticas para el futuro, donde la equidad de género, el desarrollo sustentable y la consolidación de los procesos democráticos en la Región sean elementos cruciales y constitutivos de una nueva ética del desarrollo.

Se trata de que las mujeres como sujetos protagónicos tengan voz y poder para decir y decidir sobre el desarrollo que quieren. El objetivo de revertir las relaciones de poder-subordinación exige el reconocimiento del otro como legítimo otro en la construcción de cualquier proyecto político de desarrollo; es fundamental, por tanto, impulsar mecanismos y formas de ejercicio de democracia y participación que permitan dar cabida y expresión a las diferencias, respetando la diversidad genérica, cultural y étnica de la Región. Es esencial, asimismo, abrir los espacios de negociación y concertación de intereses donde se

⁴⁹ Estas intervenciones son las que se conocen en la literatura actual como el proceso de facultar a las mujeres, entendido como proceso colectivo que implica respeto a la diferencia, reflexión crítica sobre los problemas, capacidad de realizar proposiciones, y participación en grupo; a través de este proceso, las personas (mujeres) que tienen una participación equitativa ganan mayor acceso y control sobre recursos, e incrementan sus capacidades y el nivel de eficacia de sus acciones en el ejercicio de sus derechos como ciudadanas.

⁵⁰ Arango, Y., *op. cit.*, pág. 86.

Cuadro 2. Diferencias entre los enfoques de “mujer, salud y desarrollo” y “género, salud y desarrollo”.

Características	Mujer, salud y desarrollo	Género, salud y desarrollo
Enfoque	Concibe los riesgos y daños a la salud de la mujer como el problema. Enfoque centrado en la enfermedad. Se apoya en las funciones de la mujer como socializadora y a cargo del cuidado de la salud de los hijos, la familia y la comunidad en su conjunto.	La salud como satisfactor de las necesidades humanas fundamentales; concibe las relaciones de poder-subordinación y la división sexual del trabajo como una causa de la asimetría entre los sexos en el ejercicio de derechos en salud.
Objetivo	Los programas y servicios de salud dirigidos a las mujeres como grupo aislado. Especial énfasis en la salud materna y en las funciones reproductivas tanto biológicas como sociales (cuidadora, socializadora, etc.).	El análisis de las diferencias; asimetría en el acceso y uso de recursos y beneficios de la atención de salud. La mujer en su relación con el sistema de salud y consigo misma, para demandar servicios y ampliar sus opciones de promoción, protección y mantenimiento de su salud.
El problema	Insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud para las mujeres; conocimientos de salud de las mujeres insuficientes para cumplir con eficacia sus funciones como cuidadora de la salud de los hijos, la familia y la comunidad.	Programas y servicios de salud que reproducen relaciones de poder-subordinación y estereotipos sexistas, y que desconocen las diferencias socialmente construidas y la posición de desventaja de las mujeres para ejercer poder sobre su salud.
La meta	Mejorar la salud de la mujer como inversión en capital humano. Garantizar la salud de su descendencia. Facilitar su inserción en el trabajo. Aumentar la eficiencia en el desempeño de sus funciones productivas y reproductivas tanto biológicas como sociales.	Reducir asimetrías y desbalance de poder en el acceso y uso de los recursos y beneficios de la atención de salud. Desarrollar opciones y la autonomía de la mujer para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.
La solución	Integrar a la mujer a los programas de salud en marcha. Elevar sus niveles de conocimientos y prácticas de salud como cuidadora y socializadora.	Desarrollo de la mujer como sujeto de derechos en salud; apropiación, por parte de la mujer, del conocimiento e información sobre su salud. Valorización social y económica de la función reproductiva.
Estrategias	Extender la cobertura de servicios de salud dirigidos a la mujer y mejorar la calidad; educación para la salud y participación social de la mujer en función de la salud de los hijos, la familia y la comunidad.	Facultar a las mujeres para la promoción, protección y autocuidado de su salud. Mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. Programas y servicios de salud con enfoque de género.

construyan las bases del ejercicio de los derechos ciudadanos, civiles y humanos por parte de hombres y mujeres.

Si bien el panorama de pobreza y deterioro de las economías ensombrecen la perspectiva del desarrollo a corto plazo, no es menos cierto que la principal amenaza es la vigencia en ascenso de las tesis que colocan a la lógica de la producción y el mercado en el centro de los debates del desarrollo para la próxima década. Sin embargo, los diversos y nuevos actores sociales, entre ellos las mujeres, han movilizadofuerzas sociales y políticas que abrieron paso a nuevas formas de ejercicio del poder y de relación entre el Estado y la sociedad civil.

Es la necesidad inaplazable de dar respuesta a las demandas sociales postergadas y a la deuda social y ecológica que soportaron los países y que compensaron en gran medida las mujeres a través de múltiples arreglos familiares, laborales y comunales. Programas y proyectos dirigidos a extender la cobertura y la calidad de servicios de atención a la población, y particularmente a la mujer, son indispensables y necesarios para combatir las situaciones de extrema pobreza. Dichos proyectos, además de garantizar la sobrevivencia y las formas alternativas de desarrollo, pueden y deben incorporar entre sus objetivos el acercamiento a la equidad desde una perspectiva relacional entre los sexos.

El tránsito del enfoque integracionista de mujer, salud y desarrollo al enfoque de género, salud y desarrollo, tampoco implica descartar los principios orientadores en el campo de la salud de la mujer. El camino recorrido ha tenido la virtud de mostrar que se lograron avances para la mujer en términos de acceso y control sobre los medios para regular su fecundidad, prevenir ciertos daños y apropiarse de conocimientos para el control de riesgos a su salud. Sin embargo, la experiencia también mostró que el desarrollo científico-tecnológico en salud no ha contribuido, como se esperaba, a superar la subordinación de la mujer y a potenciar su capacidad y sus medios resolutivos para ejercer el control sobre su vida y sobre su cuerpo.

Los programas y proyectos de desarrollo en salud dirigidos a satisfacer las necesidades fundamentales de la sobrevivencia y la protección de las mujeres requerirán la inclusión de objetivos y contenidos que fortalezcan política y organizativamente a estas mujeres, para que tomen parte en las decisiones que afectan su vida desde una posición de igualdad con respecto al hombre. No obstante, y para construir desde la salud relaciones de equidad, resulta imperiosa la necesidad de tratar las relaciones intergeneracionales y, por supuesto, abordar el

tema del varón. Surge la demanda cada vez más fuerte, por parte de las propias mujeres, de una respuesta organizada y sistemática del sector salud hacia el establecimiento de programas que tengan en cuenta no solo las diferencias puramente biológicas, sino también las diferencias genéricas de hombres y mujeres, y la forma como unos y otras se relacionan entre sí y con el sistema de salud.

Introducir la consideración de género en el quehacer de la salud nos enfrenta a nuevos y grandes desafíos. Por un lado, el trabajo creativo y sistemático encaminado a orientar el tan necesario y urgente proceso de investigación y generación de conocimientos y, por el otro, el trabajo movilizador que facilite el cuestionamiento y la construcción de nuevos paradigmas para intervenir en el análisis y en la práctica de la salud pública del próximo siglo.

ENFOQUE DE GENERO EN LOS SISTEMAS DE ATENCION DE SALUD: EL CASO DEL CARIBE¹

Peggy Antrobus²

El presente documento se concentrará en el contexto y los factores económicos, sociales, culturales y políticos que afectan la salud de la mujer y su función en el sector de salud. Después de examinar el contexto y de tratar de conceptualizar de nuevo el tema de la mujer, la salud y el desarrollo, se explorará otro enfoque de la atención de salud en el Caribe, arraigado en la realidad cultural, social, económica y política de las economías, los gobiernos y las mujeres del Caribe de hoy.

EL CONTEXTO DE LOS ASUNTOS RELATIVOS A LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

Los asuntos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo no se pueden abordar hoy en día de la misma forma que hace 25, 15 o aun 10 años porque su contexto ha cambiado fundamentalmente. Las siguientes son tres modificaciones de importancia:

- Primero, el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) concentró la atención en la mujer y movilizó a la mujer para abordar los principales asuntos de desarrollo de la era, incluida la salud, y la llevó a adquirir nuevos conocimientos y comprensión que revelaron la necesidad de volver a conceptualizar el marco de “la mujer en el desarrollo”.

- Segundo, las consecuencias sociales y políticas de la actual crisis económica mundial han sido particu-

larmente graves para la salud, el desarrollo y la vida de la mujer.

- Tercero, a medida que surgen nuevas situaciones, hay que afrontar nuevos desafíos y fijar nuevas prioridades, como la de romper el silencio sobre la violencia en el hogar, la farmacodependencia y el SIDA, para citar las más obvias, y, por consiguiente, se necesita prestar más atención a asuntos como la relación de poder entre el hombre y la mujer y entre esta y el Estado, y a la sexualidad de la mujer y su relación con estas y otras dificultades en materia de atención de salud.

Hoy en día se reconoce ampliamente que las ideas y los conceptos rectores de los programas establecidos como parte del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer surgieron dentro de un sistema en que no se cuestionaron los modelos de desarrollo existentes ni se reconocieron los vínculos de los factores culturales, sociales y políticos que mantuvieron a la mujer en situaciones subordinadas. Ese modelo, basado en la teoría de modernización del desarrollo, es refutado ahora de la manera más enérgica por intelectuales feministas de los países “en desarrollo”. Se han puesto en tela de juicio cuatro hipótesis: primero, que los beneficios destinados al sector moderno/industrializado de la sociedad se “filtrarían” y extenderían a todos; segundo, que la mujer estaba “fuera” de ese sistema y que su “integración a la corriente principal de la sociedad” mejoraría su situación; tercero, que si los encargados de formular política y los planificadores pudieran ver el aporte de la mujer al desarrollo, ella tendría acceso garantizado a los beneficios y recursos; y cuarto, que los gobiernos introducirían políticas y programas tendientes a mejorar la función y la situación de la mujer.

¹ Adaptación de un documento presentado en la serie de ponencias de conferencias notables auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, Trinidad y Tabago, 29 de enero de 1990.

² Profesora y Coordinadora de la Unidad de la Mujer y el Desarrollo, Facultad de Estudios Continuos, Universidad de las Indias Occidentales, Barbados.

La investigación y los análisis realizados durante todo el Decenio mostraron que la industrialización y modernización han tenido a menudo efectos adversos en la vida de la mujer, al comprometer el ejercicio de sus derechos tradicionales y la obtención de sus medios de subsistencia, “domesticándola” y limitando su función y su situación, dándole, al mismo tiempo, más cargas a medida que la modernización y comercialización reemplazaron los sistemas de apoyo familiar y el mutuo intercambio de bienes y servicios.

En el análisis hecho por feministas se expuso también la existencia de jerarquías basadas en el género, aun en los hogares más pobres, que han impedido el acceso de la mujer a recursos y servicios de importancia crítica. Además, se reconoció que, lejos de estar fuera del desarrollo, la explotación del tiempo, de la mano de obra y de la sexualidad de la mujer era parte esencial del proceso de desarrollo capitalista; que, de hecho, la mujer había pagado una parte desproporcionada del costo de la evolución del sistema económico mundial y que su marginación no era necesariamente el producto de una planificación del desarrollo mal concebida, sino una consecuencia lógica de un sistema económico basado en la explotación del más débil por el más fuerte.

Además, la gente comenzó a reconocer que el desarrollo no era un asunto meramente técnico, sino algo profundamente político e ideológico y que las consideraciones políticas e ideológicas eran aún más importantes cuando se trataba de asuntos relativos a la mujer y a la función desempeñada por cada género, lo que a veces hacía imposible la argumentación racional y los resultados de la investigación irrelevantes.

Por último, la crisis económica del decenio de 1980 y las políticas de ajuste estructural adoptadas en la mayoría de los países del Tercer Mundo para resolver el creciente problema de la deuda internacional expusieron la aparente imposibilidad que tienen los gobiernos atrapados en ese sistema mundial de proteger a sus países de los efectos devastadores de las políticas.

El conjunto de políticas de ajuste estructural, bien conocido en el Caribe hoy en día, se caracterizó por lo siguiente:

- reducción del gasto público en servicios sociales, incluidos los de salud;
- reducción de los subsidios a los alimentos básicos;
- establecimiento de tarifas para muchos servicios antes gratuitos, dentro del marco de la responsabilidad aceptada por el gobierno de promover el desarrollo y bienestar del país;
- traslado de esas responsabilidades al sector privado o, si la población no podía pagar, a organizaciones voluntarias o no gubernamentales, al hogar o a la familia, y
- fortalecimiento de un modelo de producción orientado hacia las exportaciones y concentrado en la produc-

ción de cultivos comerciales en el sector agrícola y de zonas de elaboración de productos de exportación en el sector industrial.

El efecto desfavorable de esas políticas recayó sobre todo en la mujer por causa de la división del trabajo según el sexo, con arreglo a la cual se asigna a la mujer la responsabilidad primordial de los quehaceres domésticos, el cuidado de las personas—niños, ancianos, enfermos e impedidos—y la reproducción biológica. Unos de los asuntos que dejó en claro el Decenio es que la división del trabajo según el sexo refleja las funciones asignadas a los hombres y las mujeres en virtud de su género, y que estas funciones no están determinadas por razones biológicas sino por estructuras sociales. Por tanto, uno de los instrumentos analíticos surgidos en los últimos años es el análisis del género. Esa clase de análisis nos ha dado nuevas pistas sobre el origen y el efecto de las políticas de ajuste estructural para las mujeres y otros grupos vulnerables de la sociedad.

A continuación se exploran varios asuntos clave relacionados con el género en el campo de la salud.

En el aspecto cultural, la mujer ha sido la proveedora tradicional de atención de salud. De hecho, abrió el camino para la medicina científica moderna con su método holístico de empleo de plantas medicinales y otros remedios, experimentando y edificando sobre la base de los conocimientos de su grupo, hasta que fue suplantada por los intereses científicos y económicos del hombre. Las brujas fueron las primeras parteras, cuyo poder hubo que destruir para dar paso a la comercialización de la atención de salud. Hoy en día, la mujer, en virtud de las funciones asignadas a cada género, sigue siendo proveedora de atención de salud y, como ya se dijo, tiene la principal responsabilidad del cuidado y de la atención de las necesidades básicas de la gente. También es el agente principal de socialización y transmite las prácticas de sus antepasados a sus hijos y vecinos.

La función de la mujer en los servicios de salud se puede considerar como extensión de sus funciones de cuidado en el medio “doméstico”. En realidad, la función de la mujer en el campo público refleja a menudo la desempeñada en la intimidad de su hogar; la división del trabajo en el hogar según el sexo se traslada al lugar de trabajo. Es evidente que las precarias condiciones de servicio existentes en la profesión de enfermería guardan relación con el hecho de que, pese a los esfuerzos de las madres fundadoras de la profesión, la tarea de cuidar a los enfermos es parte de la función tradicional de la mujer y, por tanto, su costo no se debe calcular de la misma forma que el de las tareas de otras profesiones menos “tradicionales”. Ese es también el caso observado en otras profesiones orientadas hacia los servicios, como la docencia y la asistencia social. Dentro del marco de los programas de ajuste, de hecho,

algunas recomendaciones presentadas a los gobiernos son bastante explícitas con respecto a ese punto; puesto que gran parte de la atención de salud se presta en el hogar, los gobiernos pueden ahorrar dinero al reducir esos servicios (UNICEF, 1987).

En el aspecto social, la función entrelazada de la mujer en la producción y reproducción social tiene consecuencias para su propia salud y la de las personas que atiende. El no reconocer la función doble y múltiple de la mujer lleva a introducir tecnologías de salud inapropiadas y cuyo empleo exige mucho tiempo, dada la realidad de la vida de la mujer, en particular, de la mujer pobre, que a menudo es la única o la principal fuente de apoyo de su familia.

En el aspecto económico, gran parte del trabajo de la mujer como proveedora de atención de salud se ha pasado mayoritariamente por alto y ha quedado "invisible" para la jerarquía médica, los profesionales en ejercicio, los planificadores y los encargados de formular política. También son "invisibles" muchos de los conocimientos buenos y malos sobre prácticas de salud que tiene la mujer.

En el aspecto político, la sexualidad de la mujer ha sido un campo de batalla en la guerra contra su intento por controlar su fecundidad. La política sobre la sexualidad ocupa también el centro del debate sobre las relaciones entre un género y otro.

La distinción entre el sexo y el género permite también diferenciar las necesidades y los intereses prácticos y estratégicos de cada género.³ Es necesario abordar ambos asuntos, de ser posible, simultáneamente. La mayoría de los programas y proyectos ejecutados dentro del marco del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer se concentraron en la atención de las necesidades prácticas de su género, como salud, educación y empleo. Sin embargo, una evaluación de las políticas de ajuste estructural muestra que aun los beneficios prácticos pueden cambiar radicalmente con facilidad si la mujer carece del poder estratégico para defenderlos.

En consecuencia, las políticas de ajuste estructural tienen graves repercusiones para la mujer y para su tiempo, su salud y su bienestar. Sin embargo, la salud de la mujer sufre también por los efectos de la crisis económica de dimensión mundial, como los indicados a continuación:

- La nueva división internacional del trabajo, que es también una división según el sexo, ya que se escoge a la mujer para los trabajos de más explotación en las zonas de elaboración de productos de exportación.
- Los modelos de desarrollo cada vez más inequitativos y desequilibrados, producto de las políticas de ajuste es-

tructural, que enriquecen más a los ricos y empobrecen más a los pobres.

- Una reducción del número de empleos remunerados, puesto que el trabajo gratuito de la mujer en el hogar y la comunidad (por medio de organizaciones voluntarias o no gubernamentales) se emplea como sustituto del trabajo en el sector estructurado de la economía.

- La creciente migración y urbanización, a medida que la gente se traslada de un lugar a otro en busca de formas de incrementar sus ingresos.

EFFECTO DE LAS POLITICAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL EN LA VIDA DE LA MUJER

Ahora se puede ver el efecto de las políticas actuales en la vida de la mujer, incluso las consecuencias para su salud y la de su familia.

- Puesto que esas políticas llevan al empobrecimiento, tienen las consecuencias más graves para los pobres, que son quienes menos pueden enfrentar la pérdida de servicios y las cargas financieras y sociales adicionales. La reducción de los servicios sociales, incluso los de salud, para los grupos pobres y de medianos ingresos, perjudica particularmente a la mujer al limitar su acceso a empleos (puesto que ella predomina en los sectores donde se reducen); al disminuir la disponibilidad de servicios destinados particularmente a ella como proveedora tradicional de salud, maestra y persona encargada de la atención; y al incrementar la demanda de su tiempo, ya que tiene que subsanar las deficiencias creadas por las reducciones.

- La salud de la mujer se ve afectada por las demandas que le imponen sus múltiples funciones de producción y reproducción.

- La devaluación de la moneda y la reducción de los subsidios a los alimentos no solo afectan a los niños, al aumentar la incidencia de malnutrición de ese grupo, sino que hacen más pesada la carga para la mujer, puesto que ella necesita dedicar más tiempo a la obtención de alimentos y al cuidado del niño enfermo.

- La propagación de la pobreza aumenta la morbilidad porque, después de todo, la pobreza es el mayor peligro para la salud.

- Las enfermeras se han visto particularmente afectadas por las medidas de austeridad, no solo por la pérdida del empleo sino por tener que soportar el deterioro del lugar de trabajo. Además, las enfermeras, al igual que otras mujeres, también sufren en su propio hogar el efecto que tienen las políticas en otros servicios y recursos. La actual escasez de enfermeras ocasionada por el creciente índice de migración a los Estados Unidos de América y a otros países del Norte refleja, en parte, el efecto que ha tenido la

³ Los intereses prácticos de cada género se refieren a supervivencia —alimentación, vivienda y salud— y los estratégicos, a las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, y entre estas y el Estado.

crisis económica para ese grupo de mujeres y, al mismo tiempo, exacerba el deterioro de los servicios.

- Algunos gobiernos (como el de los Estados Unidos) y organismos de desarrollo internacional (como el Banco Mundial) han demostrado interés cada vez mayor en la función que desempeñan las organizaciones no gubernamentales (ONG), particularmente las organizaciones de mujeres, en la prestación de servicios relacionados con la salud. Sin embargo, ese es un asunto sumamente complejo: por una parte, la reasignación de deberes del gobierno a las ONG femeninas proporciona algunos recursos a las ONG; por otra, es una forma distinta de explotación del tiempo de la mujer. En opinión de la autora, no se deben asumir esos otros deberes a menos que se proporcionen a las organizaciones los recursos y la autoridad necesarios para su propia habilitación y la de la mujer.

En resumen, el tema de las funciones múltiples de la mujer es un asunto fundamental en lo que respecta al género y, por lo general, se deja de lado al estructurar los servicios de atención de salud. Puesto que la mujer es la principal mediadora en cuestiones de salud en el hogar, muchas intervenciones de salud dependen de su participación y ella lleva la carga de las tecnologías de salud mal concebidas. Uno de los mejores ejemplos de ello es la formulación de estrategias de supervivencia infantil: las del programa GOBI (sigla correspondiente al nombre en inglés, que quiere decir crecimiento y desarrollo, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) del UNICEF pueden ser baratas, pero sumamente costosas en términos de tiempo porque le exigen mayor dedicación de su tiempo a aquellas con un tiempo restringido porque son el principal sostén de sus familias.

En muchas de las estrategias más conocidas de la OPS/OMS, como atención materno-infantil, atención primaria de salud y participación comunitaria, cuya finalidad es el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, también se han dejado de reconocer las funciones múltiples de la mujer y otros asuntos relacionados con el género, como la importancia de ampliar el poder de la mujer (intereses estratégicos relacionados con el género) para garantizar su participación efectiva en la formulación y dirección de las intervenciones de salud basadas en la comunidad.

NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUJER Y LA SALUD

Se prevé que continuará la crisis económica que ha traído como consecuencia las políticas actuales y que tal vez se agravará en los años venideros. Eso predicen los últi-

mos informes del Banco Mundial y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y muchos opinan que los nuevos sucesos ocurridos en Europa oriental y el Mercado Europeo Único propuesto en 1992 llevarán a un deterioro aún mayor de la economía de nuestros países y, por tanto, a una mayor erosión de los servicios. Al mismo tiempo, la crisis brinda la oportunidad de volver a conceptualizar el desarrollo y de formular nuevas estrategias. ¿Cómo se podrían aplicar estas al campo de la salud?

Primero, se necesitan nuevos conceptos de desarrollo y salud integrales y que permitan reconocer la conexión existente entre los factores sociales, culturales, económicos y políticos. Eso exige reconocimiento de lo siguiente:

- las funciones múltiples de la mujer—los vínculos entre sus funciones productivas y reproductivas y las repercusiones de estas en su tiempo y salud, así como su posible función en organización comunitaria, adopción de decisiones y abogacía;
- que las mujeres son las proveedoras tradicionales de atención de salud y deben considerarse iguales en la planificación de los sistemas de atención de salud;
- que la naturaleza jerárquica de la profesión de salud, reforzada con la actitud y las prácticas de “profesionalismo”, puede privar de poder a los clientes y ser contraria a las estrategias destinadas a fomentar la participación de la comunidad;
- por otra parte, que las profesionales de salud pueden ir más allá de las tradiciones y convenciones propias de la función profesional y facilitar la habilitación de las proveedoras tradicionales de atención de salud;
- el valor de todo el trabajo de la mujer, especialmente del no remunerado en el hogar y en asociaciones voluntarias, y la obligación de asegurarse de que tenga los recursos, servicios y tecnologías necesarios para aliviar la carga de ese trabajo. Esto puede ser tan sencillo como la asignación de prioridad al abastecimiento de agua local y a las mejoras de la vivienda, o la formulación de intervenciones de salud de carácter más real y sensible;
- el desequilibrio del poder en las relaciones entre los hombres y las mujeres en el hogar y sus repercusiones en la posibilidad que tienen las mujeres de ejercer control de su vida, incluso de su sexualidad o acceso a recursos y servicios;
- el hecho de que la mujer desatiende a menudo su propia salud por cuidar de la de la familia, especialmente la de sus hijos, y de que si no se ocupa de su salud, no podrá atender las necesidades de la familia;
- que la mujer debe recibir servicios de salud por derecho propio, no sencillamente por causa de su función reproductiva;
- que muchos programas de salud reproductiva necesitan reformularse para garantizar mayor acceso, control, posibilidad de elección y eficacia;

- la necesidad de formular un concepto de salud en el sentido de “bienestar”, que incluya el bienestar general sin el cual la mujer no puede cuidar a la familia ni participar en los procesos de formulación de política: el bienestar es la base de la habilitación de la mujer;
- que la mujer necesita confianza y autonomía si ha de participar en la definición de prioridades en el campo de la salud;
- que la pobreza es el mayor peligro para la salud y que en la puesta en práctica de las políticas y los programas de salud intervienen la clase, la raza, la localización y el género, y
- que la función de la mujer como proveedora tradicional de atención de salud le da vastos conocimientos que deben ser reconocidos por los profesionales de salud en su búsqueda de enfoques más apropiados culturalmente, sensibles, aceptables y sostenibles.

NUEVO ENFOQUE OPERATIVO SOBRE LA MUJER Y LA SALUD

Para poder mantener la salud de la mujer y la de toda la sociedad en medio de la escasez de los recursos asignados al sector salud, se necesita un nuevo enfoque de la salud. Eso exige no solo que se recalque la importancia de las estrategias existentes (salud materno-infantil, atención primaria de salud y participación de la comunidad) sino que se transformen las relaciones para dar poder a los usuarios de los servicios comunitarios de salud, es decir, a la mujer.

Esa no será una tarea fácil y se dificultará más por la estructura jerárquica (gran parte de la cual se basa en diferencias de género) y los sesgos en cuanto a clase y género que existen en la profesión de salud. Sin embargo, un sector en que predomine la mujer puede representar un cambio decisivo, siempre y cuando ella tenga conciencia y valor para oponerse a los sesgos y restricciones estructurales creados por la clase, la burocracia y el género, que limitan la eficacia de su ejercicio profesional.

Un análisis estructural sería un buen punto de partida para capacitar a las profesionales de salud para que se concentren en los asuntos de poder inherentes a los sistemas interrelacionados de clase, raza y localización geográfica, por medio de los cuales funciona el sistema basado en la división según el género. El fundamento de todas estas “otras” estrategias es la esencialidad de la participación de la mujer, tanto como profesional como proveedora tradicional de atención de salud. En resumen, a menos que se aborden los asuntos de género, tanto prácticos como estratégicos, no será factible materializar el potencial que tienen dichas estrategias de transformar los sistemas de atención de salud o de hacer realidad su potencial de transformar la sociedad.

Las siguientes son posibles medidas para definir un nuevo enfoque en el Caribe; se basan en la historia y la cultura de la región y se destinan a fortalecer o a crear modelos comunitarios de atención primaria de salud que fomenten una participación mayor y sean autónomos y sostenibles. De importancia crítica para esta tarea será la restitución del control que tiene la mujer de su propia salud y la de su familia y comunidad, y el fortalecimiento de la relación entre las mujeres como profesionales de salud y como proveedoras tradicionales de salud.

- Hay que explorar las funciones históricas y tradicionales que desempeña la mujer en la salud en esta subregión para poder reconocerlas y reforzarlas.
- Es preciso efectuar investigaciones de los conocimientos que tiene la mujer sobre salud, cura, remedios y prácticas.
- El adiestramiento de los profesionales de salud se debe reorientar para entender mejor los asuntos relativos a poder y género, tanto en el plano estructural como personal, que afectan los sistemas de atención de salud.
- Debe continuar el interés en la atención primaria de salud, la salud materno-infantil y los programas que acentúen la participación de la comunidad, y centrarse aún más en el adiestramiento y la orientación del personal de salud pública en el empleo de las prácticas y técnicas necesarias para facilitar la habilitación de la mujer y estimular la participación comunitaria.
- La salud reproductiva debe convertirse en una prioridad y en la base para la habilitación de la mujer y su efectiva participación en los programas señalados. La necesidad de tener mejores programas de salud reproductiva es también una prioridad para las profesionales de salud.
- Es preciso establecer proyectos de investigación orientados hacia la acción para explorar enfoques destinados a fortalecer la función de la mujer en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y no transmisibles. Esos métodos no deben imponer más cargas a la mujer sin darle los conocimientos, servicios y recursos necesarios para facilitar sus actividades y, lo que es más importante, brindarle la oportunidad de participar más activamente en la formulación de los servicios necesarios para prevenir y solucionar esos problemas de salud.
- Hay que ensayar los enfoques destinados a reducir la estructura jerárquica de los servicios de salud y acercar a las profesionales de salud a las mujeres que son sus clientes, con miras a crear solidaridad para la mejora de los sistemas de atención de salud.

En resumen, los sistemas de atención de salud deben reorientarse para que sean más apropiados en su aspecto cultural y más eficientes y eficaces en el administrativo, y para que, al mismo tiempo, sirvan de base para dar una

sensación de bienestar, poder y solidaridad a la mujer que participa como igual en el trabajo destinado a atender las necesidades de salud de otros y las suyas propias.

CONCLUSION

La actual crisis económica y el agotamiento de los recursos destinados al sector de salud pueden ofrecer el impulso necesario para examinar y reevaluar los sistemas de atención de salud. Los análisis y la experiencia general y especializada que generó el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer han facilitado esa tarea al poner de relieve el vínculo existente entre la salud de la mujer y su habilitación y capacidad para refutar y cambiar los sistemas que apoyan la subordinación por razones de género y cualquier otra forma de opresión. Sugieren que cuando se le reconoce y se le da la oportunidad, la mujer se puede organizar y movilizar para mejorar la salud para todos, a pesar de la disminución de los recursos financieros. Las organizaciones femeninas, incluso las de profesionales, como las enfermeras, que se concentran en una conceptualización amplia e integral de la salud en el sentido de "bienestar", pueden convertirse en un punto decisivo para los es-

fuerzos por alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y el cambio social que puede transformar a nuestras sociedades en lugares donde las necesidades básicas de la población sean el centro de la formulación de políticas y del desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

Barroso, C. Women, health, and development. Documento encargado por la OPS, Washington, D.C., 1989.

Bolton, P. *et al.* Health technologies and women of the Third World. Reseña de: Gallin, Aronoff y Ferguson (eds.). *The Women and International Development Annual*, vol 1. Boulder, Westview Press, 1989.

Ingianna, Y. The social construct of gender and its articulation with the elements of reality and society: A theoretical background to women, health, and development. Documento encargado por la OPS, Washington, D.C., 1989.

International Women's Health Coalition and Wand. Informe de: Meeting on Resources for Women's Reproductive Health in the Third World, Miami, Florida, 9 a 11 de febrero de 1989. Nueva York, International Women's Health Coalition and Wand, 1989.

Sen, G. y Grown, C. *Development, Crises and Alternative Visions: Third World Women's Perspectives*. Nueva York, Monthly Review Press, 1987.

UNICEF. *Adjustment with a Human Face: Protecting the vulnerable and promoting growth*. Nueva York, Oxford University Press, 1987.

II. LA CONSIDERACION DE GENERO EN EL ANALISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

DISCRIMINACION POR SEXO Y SOBREMORTALIDAD FEMENINA EN LA NIÑEZ

Elsa Gómez Gómez¹

INTRODUCCION

Las profundas desigualdades en las condiciones de salud de la población que existen no solo entre los países en desarrollo y los desarrollados, sino también dentro de cada país, fueron calificadas por la comunidad mundial reunida en Alma-Ata en 1978, como una realidad ... “política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países” (1, pág. 185).

Esta preocupación se ha plasmado en el diseño de políticas dirigidas a paliar la desigualdad en materia de salud entre clases sociales, etnias y zonas geográficas, pero no se ha extendido todavía de manera significativa como para atenuar tal desigualdad entre los géneros. Las desigualdades por sexo en salud, excepción hecha de las relacionadas con la función materna-reproductora, todavía tienden a pasar poco menos que desapercibidas y a permanecer, por ende, desatendidas. Una de estas desigualdades “invisibles” se refiere a las diferenciales por sexo en la mortalidad y en la morbilidad durante la niñez.

En general, las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres y a superarlos numéricamente en todas las edades. Así, a cualquier edad —incluida la etapa fetal— dadas condiciones de salud y nutrición adecuadas para el conjunto de la población, las tasas de mortalidad masculina tienden a ser más altas que las femeninas. Sin embargo, donde factores externos, particularmente del orden social, actúan en detrimento de la mujer, la ventaja biológica del sexo femenino se estrecha e incluso llega a invertirse, de manera tal que en algunos países o regiones, y en

ciertas edades, llegan a registrarse tasas de mortalidad más altas para las mujeres que para los hombres (2).

La presencia de sobremortalidad femenina generalmente se ha atribuido a la relativa prevalencia de altas tasas de mortalidad materna durante la etapa reproductiva. Existe, sin embargo, otro período durante el cual también se ha observado, aunque con menor frecuencia, la desventaja de las mujeres respecto al hombre en cuanto a la probabilidad de supervivencia. Este período es el comprendido entre el primero y el quinto año de vida.

En los tiempos modernos, la sobremortalidad femenina en la niñez es vista como un fenómeno excepcional y ajeno a los patrones de vida del mundo occidental. El presente trabajo cuestiona tales supuestos y presenta evidencias preliminares sobre la existencia de la sobremortalidad femenina en las Américas, y sobre algunos de los factores sociales que la determinarían.

EL PESO DE LA BIOLOGIA Y DE LA SOCIEDAD EN LAS DIFERENCIAS DE MORTALIDAD POR SEXO

La premisa de que la tendencia hacia una menor mortalidad femenina que masculina obedece parcialmente a una ventaja biológica de la mujer sobre el hombre ha sido ampliamente documentada por la bibliografía existente sobre el tema (3-6). Esta proposición también se sustenta en el hecho de que la tendencia hacia la sobremortalidad masculina no se restringe a la especie humana, sino que abarca, también, a casi todas las formas de vida animal estudiadas hasta ahora. Así por ejemplo, Hamilton, en una revisión de 60 estudios independientes so-

¹ Consultora, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

bre 75 diferentes especies de nematodos, crustáceos, insectos, arácnidos, reptiles, aves, peces y mamíferos, en casi todos los casos observó una mayor mortalidad entre los machos que entre las hembras (3).

Mientras que en el caso de la mortalidad adulta, la influencia del ambiente físico y social oscurece el efecto de los elementos biológicos, el papel de estos factores endógenos se pone de manifiesto con mayor claridad al comienzo de la vida. En efecto, aunque los hombres indican una ventaja numérica en el momento de la concepción —se estima que se conciben de 120 a 150 varones por cada 100 mujeres (5)— en el momento del nacimiento es evidente que los varones no disfrutaban de una ventaja de supervivencia paralela: la razón de sexo al nacer se reduce a 104-107 niños por cada 100 niñas (6). La desventaja masculina en la supervivencia continúa a lo largo del ciclo vital, y se muestra particularmente amplia durante el período neonatal, es decir, durante los 28 días siguientes al nacimiento. Esta mayor mortalidad masculina durante las etapas más tempranas del desarrollo se ha atribuido a la acción de los genes inmunorregulatorios del cromosoma X; la doble copia de estos genes en el par de cromosomas X que tiene el sexo femenino parece contribuir a la experiencia de una mayor resistencia a las enfermedades infecciosas por parte de las mujeres (3-5, 7).

La mayor proporción de hombres que de mujeres que muere durante la etapa fetal es un hecho difícilmente atribuible a influencias ambientales (8). Más aún, en los casos donde los factores externos han incidido sobre la diferencial por sexo en la mortalidad durante la etapa fetal, tales factores han actuado en dirección contraria a la observada naturalmente, es decir, provocando una mayor mortalidad femenina. Tal sería el caso del aborto selectivo que se realiza con posterioridad al conocimiento del sexo del feto y que afecta negativamente la probabilidad de supervivencia de las mujeres, como se ha visto en la India y China. En Bombay, por ejemplo, un estudio sobre abortos que siguieron al procedimiento de amniocentesis reveló que, de 8000 abortos, 7999 correspondieron a fetos femeninos (9).

Los países industrializados que exhiben niveles adecuados de nutrición y de cuidado de la salud infantil, y que, además, mantienen registros de mortalidad altamente confiables, indican tasas de mortalidad masculina más altas que las femeninas para todas las causas durante la infancia y la niñez. De hecho, más niños que niñas tienden a morir por anomalías congénitas, y aunque la tasa general de enfermedades infecciosas ha disminuido desde 1930 en los países industrializados "...todavía persiste una mayor probabilidad masculina que femenina de morir por enfermedades infecciosas durante la infancia y la niñez" (5, pág. 124). En general, manteniendo otras condiciones constantes, durante estas primeras etapas del ciclo vi-

tal las niñas son menos susceptibles a las infecciones y a la desnutrición que los niños (7). Esta desventaja de los hombres durante la niñez se ha atribuido también, como en el caso de las defunciones fetales, a factores relacionados con el sistema inmunológico (3, 5).

Considerando esta evidencia que apunta hacia una base genética en la sobremortalidad masculina —en particular durante los primeros años de la vida— y teniendo en cuenta que las niñas menores de 5 años no están expuestas a riesgos específicamente femeninos, como sería el de la mortalidad materna, no resulta naturalmente explicable la presencia de sobremortalidad femenina durante la infancia y la niñez.

Ante la comprobada sobremortalidad de las niñas en algunos países en desarrollo, se han postulado dos grandes tipos de hipótesis para explicar el fenómeno (10). El primer tipo sugiere que las diferencias por sexo en las causas de mortalidad son relativamente constantes; que las niñas mostrarán una mayor mortalidad que los niños en aquellas situaciones en que las causas de defunción definitivamente asociadas con exceso de mortalidad masculina, como son "accidentes y otras violencias", indiquen una contribución proporcional relativamente baja a la mortalidad total (11).

El segundo tipo de hipótesis plantea que las diferencias por sexo en la mortalidad por causas específicas, lejos de ser constantes, varían de acuerdo con el contexto geográfico y socioeconómico en que se registran. Las niñas exhibirán una mayor mortalidad en aquellas situaciones donde factores de índole sociocultural conduzcan a que mueran más niñas que niños por una o más causas principales de defunción. Un argumento en este tipo de hipótesis es que la discriminación sexual resulta en nutrición y atención de la salud menos adecuadas en las niñas que en los niños, desventaja que determina entre las primeras una menor probabilidad de supervivencia frente a las enfermedades infecciosas.

Este segundo tipo de hipótesis subyace en la presentación que hace la Organización Mundial de la Salud, de las cifras que muestran sobremortalidad femenina durante la niñez en otros continentes:

Mientras que en países donde las niñas reciben la misma atención que los niños la oportunidad de sobrevivir los primeros cinco años de vida es de 1,01 en favor de las niñas, en algunos países asiáticos y africanos esta oportunidad puede ser considerablemente más baja para las niñas que para los niños (2, pág. 3).

Investigaciones realizadas en países de alta mortalidad en los cuales se ha identificado la existencia de sobremortalidad femenina indican que la desventaja ambiental de la mujer, que repercute negativamente sobre su salud, por lo común se encuentra enraizada en prácticas que se inician muy temprano en el ciclo vital (3).

Aunque algunos de estos países han llegado, incluso, a registrar sobremortalidad femenina durante el primer año de vida, el grupo de edad donde este patrón es más evidente es el de 1 a 4 años.

Un número de estudios realizados en varias regiones del sur y el occidente asiáticos (3, 7, 12-14), ha revelado diferenciales en el cuidado de los hijos, por parte de los padres, que se traducen en prácticas tales como vestir a la niña pequeña con ropas menos abrigadas que al niño, alimentar a la niña menos adecuadamente que al niño y, en caso de enfermedad, no realizar los mismos esfuerzos que en el caso del niño para asegurar la recuperación de la niña. Las niñas recibían atención médica con menor frecuencia que los niños y, cuando la recibían, tal atención no solo era prestada por personas menos competentes sino que también los padres se demoraban más en buscarla.

En las Américas, investigaciones que se realizaron en el Brasil antes de 1980 demostraron que, tanto en medios urbanos como rurales, las mujeres y las niñas eran las últimas en comer, y que lo hacían en menor cantidad y calidad que los niños y los hombres (15). Carvalho y Souza señalan que entre las familias pobres de Salvador, Brasil, “las niñas pequeñas tienen que comer menos cuando se produce una reducción en los ingresos familiares... o aun debido a la visita de familiares de fuera de la ciudad” (15, pág. 91). En México, Elu de Leñero menciona patrones culturales que resultan en que las niñas se conviertan en la última prioridad, y cita un proverbio popular: “cuando la comida es poca, a la niña no le toca” (16, pág. 92). En Candelaria, Colombia, en una muestra de preescolares, la prevalencia de desnutrición proteinoenergética fue de 43% entre las niñas y de 38% entre los niños. Adicionalmente, en el grupo de menores de 3 años, más niñas que niños mostraron desnutrición aguda y crónica (17). Patrones similares se han descrito; también, para otros países de América Latina y el Caribe (18-25).

En el presente trabajo se intentará ponderar el poder explicativo de estos dos grandes tipos de hipótesis respecto a la sobremortalidad femenina en la niñez, y se ahondará en el examen de la influencia que, sobre este fenómeno, ejercerían prácticas culturales discriminatorias en contra de la mujer.

EL IMPACTO DEL DESARROLLO SOBRE LAS DIFERENCIALES DE MORTALIDAD POR SEXO

Las publicaciones recientes sobre el tema de las diferencias por sexo en la mortalidad, de manera generalizada, asocian el exceso de mortalidad femenina con la existencia de un conjunto particular de condiciones

demográficas y sociales, fundamentalmente, una alta mortalidad general y niveles bajos de desarrollo económico (3, 26).

En países o sociedades de alta mortalidad, donde el lapso de vida es corto, los factores ambientales pueden —tanto directamente, como a través de su interacción con factores genético-biológicos— reducir o, más aún, cancelar las ventajas biológicas de las que normalmente disfruta la mujer con respecto al hombre... (3, pág. 220).

Estas sociedades de “alta mortalidad” son aquellas en las que es factible encontrar un exceso de mortalidad femenina, principalmente durante la edad reproductiva.

En la medida en que la mortalidad general se reduce —a través de la intervención de medidas de salud pública, mejor nutrición, mejor salud y educación, y niveles más altos de vida— la desventaja ambiental que las mujeres han sufrido desproporcionadamente en el pasado puede reducirse, y los factores genético-biológicos pueden alargar el lapso de vida más rápidamente en las mujeres que en los hombres... (3, pág. 220).

En el segundo estadio demográfico, el de “mortalidad intermedia”, comienza a producirse una inversión del patrón inicial de sobremortalidad femenina en dirección a una mayor mortalidad masculina en todas las etapas del ciclo vital (26).

En el tercer estadio, el de “baja mortalidad”, que es característico de la mayor parte de los países actualmente desarrollados, la mortalidad femenina habría experimentado una rápida declinación, al tiempo que la mortalidad masculina habría permanecido relativamente estable (26). En este momento no se considera ya la posibilidad de exceso de mortalidad femenina. De hecho, países como Suiza, Noruega, Gran Bretaña, Francia y los Estados Unidos de América, entre otros, indican razones de mortalidad hombre/mujer superiores a 1,24 en el grupo de menores de 5 años (27).

Una etapa “posttransicional” de convergencia en las razones de mortalidad por sexo durante la infancia sobrevendría como resultado del avance de la tecnología salvadora de vidas aplicada donde el exceso de mortalidad masculina ha sido siempre particularmente pronunciado: las etapas fetal y neonatal.

La información que se presenta en este trabajo contiene elementos pertinentes para el examen de la generalización del esquema anterior, toda vez que los datos se refieren a países de la Región en diferentes estadios de desarrollo.

ANTECEDENTES PROXIMOS DE ESTA INVESTIGACION

En un examen diagnóstico sobre las condiciones de salud de la mujer en la Región de las Américas (28), el análisis de las razones de mortalidad por sexo según edad y causa de defunción no reveló sobremortalidad femenina durante la edad reproductiva, aun en aquellos países con mortalidad materna más alta. Tal análisis apuntó, en cambio, hacia el señalamiento del grupo de 1 a 4 años de edad como el más afectado por la presencia de una mayor mortalidad en las mujeres que en los hombres. En efecto, cuatro de los cinco casos de sobremortalidad femenina observados se situaron en dicho grupo de edad; el quinto correspondió al grupo de 5 a 14 años. Los países que registraron sobremortalidad femenina fueron Guatemala, Trinidad y Tabago, Uruguay, Perú y Panamá, países muy diferentes en cuanto a características de mortalidad y de desarrollo económico. Tal heterogeneidad puede apreciarse en el Cuadro 1, donde los países se presentan en orden descendente de esperanza de vida al nacer para la población total.

Adicionalmente, con miras a eliminar la explicación alternativa de que tales cifras pudiesen representar simple-

mente accidentes estadísticos del azar, se revisó información independiente publicada por otras fuentes. Esa revisión brindó apoyo a la hipótesis de que la sobremortalidad femenina en la niñez es una realidad en la Región (una realidad cuya extensión pareciera ser mucho más amplia que la que previamente se consideraba), y planteó la posibilidad de la existencia de un vínculo causal entre tal situación y la presencia de diferencias en el tratamiento de niños y niñas por parte de sus padres, diferencias similares a las observadas en otros continentes. En este trabajo se exploran en mayor detalle dichos planteamientos utilizando para ello información adicional.

METODOLOGIA

Fuentes de información

Los registros de defunción, fuente básica de información sobre mortalidad, adolecen de serios problemas de confiabilidad en muchos países de la Región, sobre todo en aquellos con altos niveles de mortalidad. Estas limitaciones se refieren no solo al subregistro de defunciones,

Cuadro 1. Razón entre las tasas de mortalidad masculinas y femeninas en un grupo seleccionado de países de las Américas presentados en orden descendente según el nivel de esperanza de vida al nacer, por grupo de edad, año más reciente.

País	Año	Esperanza de vida al nacer	Grupo de edad									
			0-1	1-4	5-14	15-34	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Canadá	1986	75+	1,25	1,18	1,47	2,92	2,51	1,80	1,72	1,98	1,91	1,39
Estados Unidos	1987		1,25	1,27	1,68	2,82	2,61	2,10	1,79	1,80	1,75	1,34
Cuba	1987	70-74	1,33	1,25	1,61	1,33	1,47	1,37	1,25	1,38	1,33	1,11
Costa Rica	1988		1,38	1,45	1,43	2,32	1,92	1,59	1,62	1,47	1,53	1,45
Panamá	1987		1,27	1,11	0,99**	2,72	2,20	1,72	1,67	1,42	1,39	1,06
Uruguay	1986		1,25	0,97**	1,47	2,13	1,56	1,45	1,98	2,23	1,87	1,21
Chile	1987		1,21	1,43	1,57	2,37	2,55	1,85	1,66	1,69	1,64	1,25
Argentina	1985		1,27	1,09	1,95	2,04	1,52	1,59	2,04	2,09	1,86	1,21
Trinidad y Tabago	1983	65-69	1,29	0,96**	1,31	2,45	2,11	2,05	1,59	1,53	1,30	1,03
Venezuela	1983		1,27	1,02	1,48	2,84	2,44	1,73	1,57	1,55	1,46	1,11
México	1986		1,20	1,05	1,48	2,55	2,62	2,17	1,73	1,50	1,39	1,13
Colombia	1981		1,26	1,07	1,39	-	2,09 ^a	-	1,38 ^c	-	1,31 ^d	
Paraguay ^a	1986		1,05	1,01	1,12	1,25	1,43	1,21	1,25	1,72	1,54	1,08
República Dominicana	1985		1,10	1,03	1,13	1,48	1,53 ^b	1,33	1,20 ^c	1,40	1,39	1,13
Ecuador	1987		1,21	1,01	1,25	1,63	1,94	1,55	1,49	1,46	1,44	1,07
Honduras	1981	60-64	1,23	1,06	1,18	1,62	1,93	1,58	1,45	1,27	1,29	1,28
El Salvador	1984		1,20	1,07	1,27	4,16	3,24	2,17	1,76	1,65	1,45	1,37
Guatemala	1984		1,14	0,94**	1,06	1,52	1,75	1,27	1,46	1,28	1,23	1,09
Perú	1983		1,11	0,98**	1,12	1,26	1,19	1,11	1,36	1,42	1,40	1,08

^a Área de información.

^b 14-44 años.

^c 45-59 años.

^d 60+ años.

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1990. - Datos de mortalidad y estimaciones de la esperanza de vida al nacer: *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (29, pág. 28).

sino también a la elevada proporción de causas mal definidas y a la alta proporción de registros sin información sobre la causa de defunción. De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, muy pocos países de América Latina satisfacen criterios de cobertura diagnóstica apropiada para el análisis de la mortalidad según causas. Tales criterios se aplican a aquellos países que tienen un subregistro de defunciones estimado no mayor del 20%, y no más del 10% de las defunciones atribuidas a la categoría de “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”. Esto implica que, por lo menos, 72% de las defunciones tendría la causa básica codificada en una categoría causal “definida”, aunque sin poder afirmar que en todos los casos estas causas estén “bien definidas”, debido a la imposibilidad de juzgar la corrección del diagnóstico (29).

Siete países de América Latina cumplieron en 1989 con los criterios anteriores para el análisis de la mortalidad según causas. Estos países fueron, en orden descendiente de cobertura diagnóstica estimada, Cuba (98,3%), Costa Rica (92,8%), Argentina (88,8%), Uruguay (87,0%), México (80,8%), Chile (80,4%), y Guatemala (73,4%) (29).

Aunque es claro que la información contenida en los registros de mortalidad no es apropiada por sí sola para comparar niveles de mortalidad entre países —excepto en casos de registros altamente confiables— sí puede resultar útil para la comparación de las razones de mortalidad por sexo calculadas para cada país. Como señala López (3), un aspecto de la mortalidad diferencial respecto al cual generalmente se dispone de estadísticas de salud razonablemente confiables es el relativo a la disparidad entre sexos. Una razón lógica para ello es la naturaleza usualmente inequívoca de la clasificación por sexo de los individuos.²

Como fuente básica de datos se utilizó la información sobre mortalidad consignada en el Sistema de Información Técnica de la OPS. Estas estadísticas se compilan a partir de los informes oficiales sobre mortalidad —clasificada por edad, sexo y causa— que los países miembros remiten anualmente a la OPS. Para complementar esta información, se recurrió a una fuente internacionalmente calificada como de alta confiabilidad: las Encuestas Demográficas y de Salud (Programa DHS). Estas encuestas se aplicaron entre 1985 y 1990 en 60 países en desarrollo —10 de ellos de la Región de las Américas— por instituciones nacionales de cada país, bajo la coordinación del Institute for Resource Development (IRD), con sede en Columbia, Maryland, EUA, y con la asistencia técnica del

Consejo de Población, con sede en Nueva York. La información derivada de esta segunda fuente contiene elementos muy pertinentes para el análisis de la mortalidad y de la salud de los niños menores de 5 años. Una tercera fuente de información fue una serie de trabajos analíticos sobre el tema de mortalidad por causa realizados por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en Chile, Guatemala, México y Uruguay.

Criterios para la selección de países y variables

Del total de 48 países y jurisdicciones políticas que integran la Región de las Américas se seleccionó, a partir de la base de datos de la OPS, un primer grupo de 20 países para incluir en el análisis. Los criterios para excluir países específicos en esta primera etapa se refirieron al volumen total de población³ y a la disponibilidad de, por lo menos, dos informes estadísticos anuales durante el período cubierto por la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), en este caso particular, el comprendido entre 1979 y 1988. Aunque estos 20 países se examinaron en forma general, el análisis se concentró en un grupo selecto de 11 países de la Región cuyos registros, según los criterios mencionados, pueden considerarse como alta o razonablemente confiables para este período. Dichos países fueron: Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Estados Unidos, Guatemala, Venezuela,⁴ Uruguay y Trinidad y Tabago.⁵

Estos países constituyeron el núcleo del análisis para este trabajo. A ellos se agregó, para algunos propósitos específicos de comparación, la información de ocho países proveniente del Programa DHS, cinco de los cuales no estaban incluidos en el grupo central (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Paraguay). Asimismo se adicionaron los datos de los trabajos sobre mortalidad patrocinados por CELADE para Chile, Guatemala, México y Uruguay.

Más allá de consideraciones sobre la integridad de la información, una limitación importante de estos datos es la relativa a su nivel de agregación. Todas las cifras aquí incluidas representan promedios nacionales que, como tales, suavizan o encubren profundas variaciones internas. Esto implica, por una parte, que cuando una cifra indicativa de sobremortalidad femenina emerge a nivel de promedio nacional, tal guarismo puede responder a una extendida prevalencia del fenómeno en el conjunto de la sociedad, o a una gravedad del problema en algunos sectores de esa sociedad. Por otra parte, el hecho de que dicho fenómeno no

² Aunque no puede garantizarse con certeza que las defunciones no registradas o no clasificadas según causa se distribuyan entre los sexos de la misma manera que lo hacen las defunciones para las cuales se dispone de información, la escasa evidencia a este respecto pareciera sugerir que la posible existencia de un sesgo en el registro de la mortalidad por sexo estaría actuando en dirección contraria a la hipótesis aquí examinada: hacia la subestimación del número de muertes femeninas, tanto a nivel total como por causas bien definidas (véase, por ejemplo, el trabajo de María Helena Henriques-Mueller y João Yunes, en la página 46).

³ Países muy pequeños cuyo número anual de defunciones arrojaba frecuencias demasiado reducidas en la desagregación por sexo y edad.

⁴ Venezuela fue incluido en una evaluación anterior de CELADE (30) entre la lista de países con registros confiables.

⁵ Trinidad y Tabago aparece dentro del grupo central cuando se analiza la mortalidad total para el grupo de 1 a 4 años. Sin embargo, dado su reducido número de defunciones, no se incluye en el análisis de mortalidad por causa.

se manifieste a nivel de promedio nacional no significa necesariamente la ausencia del problema en los distintos sectores sociales y geográficos de un país.

Para los propósitos de este estudio, la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad se analizó a nivel total y luego se categorizó de acuerdo con una reagrupación de causas de defunción —previamente codificadas por la CIE-9—, causas que hipotéticamente se consideraron indicadoras de conductas diferenciales de prevención de enfermedad y cuidado de la salud de los niños por parte de sus padres.

Partiendo de la evidencia empírica que indica una base genética en la sobremortalidad masculina, y tomando como patrón de referencia las razones de mortalidad hombre-mujer en la niñez exhibidas por los países industrializados que cuentan con condiciones adecuadas de nutrición y de atención de la infancia, se definió como sobremortalidad femenina en el grupo de 1 a 4 años cualquier razón de mortalidad hombre-mujer igual o inferior a uno. Con el fin de eliminar del análisis distorsiones causadas por celdas con frecuencias demasiado reducidas, se excluyeron todos aquellos casos en los cuales el número de defunciones por una causa específica, en el grupo de 1 a 4 años, fuese menor de 40.

RESULTADOS

Distribución geográfica de la sobremortalidad femenina

Profundizando en el análisis de las relaciones sugeridas por la revisión amplia del estado de salud de la mujer en un momento del tiempo (28), el presente trabajo procedió a examinar la información de la OPS sobre mortalidad del grupo de 1 a 4 años en 20 países, para el período 1979-1988. Este período, como ya se indicó, está dentro del cubierto por la CIE-9, y corresponde a los años para los cuales se cuenta con información de los países.

Una primera inspección de la información indicó que, en efecto, la inversión de la norma de mayor mortalidad masculina que femenina durante la infancia no reveló un carácter de incidencia aislada ni en el tiempo ni en el espacio. Durante el período de referencia, 11 de los 20 países examinados registraron, en uno u otro momento, una sobremortalidad femenina en su población infantil. Estos países fueron Guatemala, Perú, El Salvador, Panamá, Venezuela, Honduras, Ecuador, Paraguay, Uruguay, Trinidad y Tabago y Costa Rica.⁶

⁶ Los países se enumeran aquí en orden descendente de frecuencia de aparición del fenómeno. Sin embargo, este orden no puede calificarse estrictamente como tal, dado de que no todos los países remitieron el mismo número de informes anuales durante el período de referencia. Guatemala, Venezuela, Uruguay, Trinidad y Tabago y Costa Rica cuentan con registros confiables.

En el Cuadro 2 se presentan las tasas de mortalidad por sexo y las razones de mortalidad masculina/femenina para el grupo de 1 a 4 años, en 19 países de la Región, aproximadamente en los dos puntos extremos del período examinado. Los países aparecen en orden descendente del nivel de esperanza de vida al nacer de la población total, nivel que tiende a corresponder, aunque de manera rudimentaria, con el gradiente de desarrollo socioeconómico.

Las dos columnas de razones revelan que alrededor de 1979 seis países mostraban sobremortalidad femenina en la niñez, mientras que para aproximadamente 1988, tal frecuencia se había reducido a tres. Este cambio no puede calificarse inequívocamente como descenso, ya que dos de los tres países identificados en 1988 no figuraban en el grupo de 1979. Esta circunstancia sugirió que la sobremortalidad femenina en la niñez, además de no ser un hecho excepcional, tampoco parecía constituir un fenómeno en extinción.

Otra conclusión interesante de este cuadro es que los ocho países con sobremortalidad femenina en una u otra fecha no se encuentran exclusivamente dentro de la categoría de alta mortalidad, como hubiera podido esperarse a partir de los planteamientos de la teoría expuesta, de relación entre desarrollo y diferenciales de mortalidad por sexo. Estos datos no sustentan la noción de que los avances en los niveles de desarrollo y de esperanzas de vida de una sociedad traigan como consecuencia un mejoramiento de la situación de supervivencia relativa de la mujer frente al hombre. Es oportuno destacar, sí, que esta observación en forma alguna desconoce el rasgo más prominente de este cuadro, como es la dramática diferencia en la probabilidad de sobrevivir durante la niñez que se manifiesta entre los países en desarrollo y los desarrollados.

La existencia reiterada de sobremortalidad femenina en la niñez dentro del contexto geográfico de las Américas es también visible en las cifras provenientes de las encuestas del Programa DHS llevadas a cabo en varios países de la Región. El material sobre mortalidad en la niñez contenido en estas encuestas se obtuvo mediante información retrospectiva proporcionada por las mujeres de la muestra en relación con su historia de embarazos durante los cinco años anteriores a la muestra. El Cuadro 3 presenta las tasas de mortalidad infantil y en la niñez estimadas a partir de esta información, para los ocho países que publicaron estos datos desagregados por sexo: Trinidad y Tabago, México, Colombia, Paraguay, Ecuador, Brasil, Guatemala y Bolivia.

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que el método con que se calcularon las tasas de mortalidad en el Programa DHS⁷ impide la estricta comparabilidad de estas tasas con las provenientes de los registros de defunciones de los países. No obstante la disparidad en va-

⁷ Estas son tasas centrales de mortalidad basadas en tablas de vida.

Cuadro 2. Tasas específicas de mortalidad y razón de mortalidad (H/M) por sexo para el grupo de 1 a 4 años de edad, en países seleccionados de las Américas, alrededor de 1979 y 1988, tasas por 100 000.

País	Año	H	M	H/M	Año	H	M	H/M
Canadá	1979	62,21	55,32	1,12447	1988	45,63	36,61	1,24629
Estados Unidos	1979	71,04	56,96	1,24720	1988	56,51	45,02	1,25518
Cuba	1979	123,62	100,86	1,22563	1988	88,08	73,75	1,19429
Costa Rica	1980	109,29	95,04	1,14988	1988	96,28	66,45	1,44887
Panamá	1979	272,31	300,29	0,90685**	1987	182,50	164,32	1,11061
Uruguay	1980	100,00	100,85	0,99153**	1988	88,13	75,11	1,17333
Chile	1980	147,86	132,84	1,11309	1987	100,37	70,20	1,42978
Argentina	1979	159,74	145,32	1,09926	1986	115,11	95,595	1,19959
Trinidad y Tabago	1979	174,51	114,00	1,53079	1987	89,83	75,57	1,8869
Venezuela	1979	237,59	233,20	1,01880	1987	137,08	139,08	0,98558**
México	1981	274,91	256,76	1,07070	1986	201,24	192,20	1,04705
Colombia	1981	475,42	445,86	1,06628	1986	206,49	178,77	1,15506
Paraguay ^a	1979	470,00	480,70	0,97774**	1986	266,12	263,79	1,00882
República Dominicana	1980	360,78	335,89	1,07410	1985	268,03	259,63	1,03233
Ecuador	1979	1095,86	1125,99	0,97324**	1988	352,87	336,31	1,04923
Brasil ^a	1979	276,13	254,60	1,08456	1986	172,64	153,54	1,12437
Honduras	1979	485,26	439,12	1,10507	1981	448,99	422,84	1,06184
El Salvador	1981	483,89	489,57	0,98841**	1984	325,95	303,31	1,07465
Guatemala	1979	1614,85	1570,38	1,02832	1984	1058,97	1125,95	0,94051**
Perú	1980	805,72	835,14	0,96478**	1983	559,95	570,11	0,98220**

^a Area de información.

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1990.

Cuadro 3. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez, por sexo, en países seleccionados de las Américas, alrededor de 1976-1988, tasas por 1000.

País	Período	Mortalidad infantil (1 q 0)		Mortalidad en la niñez (4 q 1)		Ambas (5 q 0)	
		H	M	H	M	H	M
Trinidad y Tabago (31)	1977-1987	28,8	33,5**	3,4	3,4	32,1	36,8**
México (32)	1977-1987	60,1	52,4	14,5	16,5**	73,7	68,0
Colombia (33, 34)	1976-1980	50,8	43,5	14,0	20,6**	64,1	63,2
	1981-1986	32,8	33,2**	12,8	6,1	45,1	39,1
Paraguay (35)	1980-1990	38,4	32,2	9,6	11,9**	46,9	42,9
Ecuador (36)	1977-1981	75,8	68,9	26,3	27,9	100,1	94,9
	1982-1986	64,0	52,2	24,6	25,8**	87,0	76,6
Brasil (37)	1976-1980	119,0	79,0	21,0	14,0	138,0	92,0
	1981-1986	82,0	70,0	8,0	14,0**	90,0	82,0
Guatemala (38)	1977-1987	90,0	67,6	43,6	47,0**	129,7	111,4
Bolivia (39)	1979-1989	106,0	86,0	51,0	51,0	151,0	132,0

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Institute for Resource Development/Westinghouse/Macro Systems. Demographic and Health Surveys, para los respectivos países.

lores absolutos entre uno y otro tipo de tasa, lo interesante es que ambas fuentes, usando datos y métodos diferentes, muestran una reiterada sobremortalidad femenina en los primeros cinco años de vida. Durante el período comprendido entre 1976 y 1988, los ocho países⁸ que publicaron información desagregada por sexo indicaron la presencia de tal patrón de mortalidad; dos

países, incluso, llegaron a registrar sobremortalidad femenina durante el primer año de vida.

De la comparación de estas dos fuentes cabe destacar que la información proveniente de encuestas del Programa DHS coincidió con la de la OPS en señalar la presencia contemporánea de sobremortalidad femenina durante la niñez en los siguientes países: Trinidad y Tabago, Paraguay, Ecuador y Guatemala. Las cifras del Programa DHS sugirieron, sin embargo, que la prevalencia geográfica de este fenómeno podría ser más alta que la estimada

⁸ Incluida Bolivia, dado que, como ya se había definido, una razón de mortalidad igual o inferior a uno denota exceso de mortalidad femenina.

a partir de las estadísticas de la OPS. De hecho, los datos del Programa DHS añadirían cuatro países, a la lista de la OPS de 11 países que exhibían una mortalidad más alta de las niñas que de los niños en un período reciente. Estos países serían Bolivia (para el cual no se dispone de información en la OPS), México, Colombia y Brasil.

Como tercera fuente de información estadística se consultaron los análisis sobre mortalidad por causa realizados por CELADE en México (40), Guatemala (41), Uruguay (42) y Chile (11) para un período de tiempo que corresponde o antecede brevemente al que aquí se analiza. Con excepción del Uruguay, en los otros tres países se advierte —y en algunos casos aparece señalada explícitamente— la existencia de sobremortalidad femenina en el grupo de 1 a 4 años de edad. En Guatemala este patrón se manifestó también en el grupo de 5 a 9 años de edad.

Causas de defunción asociadas con las diferenciales de mortalidad por sexo

Antes de iniciar esta sección es oportuno reiterar la cautela con que se debe manejar la información contenida en los registros de mortalidad de algunos países de la Región, particularmente en cuanto a causas de defunción. La alta proporción de defunciones con causas mal definidas que puede apreciarse en los registros de un buen número de países de las Américas (Cuadro 4, parte superior) impide hacer afirmaciones concluyentes sobre este particular en la Región. Sin embargo, no se debe desconocer todo valor informativo a esos registros y proceder a descartarlos para fines de investigación. Aunque, en efecto, tal información no puede ser utilizada idóneamente para comprobar o refutar hipótesis, desde luego sí puede y debe ser analizada para explorar preliminarmente una realidad, sugerir hipótesis, o allegar indicios que sirvan de sustento a un trabajo de investigación más amplio.

Con el propósito de examinar el primer tipo de hipótesis respecto a la asociación entre sobremortalidad femenina y proporción de la contribución de ciertas causas a la mortalidad general, se tomaron las tasas y porcentajes de mortalidad por causa para las cinco primeras causas de defunción⁹ en el grupo de 1 a 4 años. Se utilizó para ello la base de datos de la OPS restringiendo el análisis a los países con registros confiables para el último año con información disponible.¹⁰

En términos generales, las cifras resultantes indicaron congruencia con uno de los componentes de este primer tipo de hipótesis, a saber, la asociación negativa entre so-

bremortalidad femenina en la niñez y predominio de accidentes como causa principal de defunción dentro de este grupo de edad. Así, tomando solo un punto en el tiempo, la sobremortalidad de las niñas se registró básicamente en las situaciones de alta mortalidad, donde las enfermedades infecciosas figuraban con la cuota más alta dentro del total de defunciones para el grupo de 1 a 4 años. Paralelamente, la sobremortalidad masculina se asoció con situaciones donde los accidentes y la violencia representaban la causa principal de mortalidad en dicho grupo.

La información anterior no proporciona apoyo, sin embargo, al otro componente de este tipo de hipótesis, o sea, a la proposición de que las diferencias por sexo en la mortalidad por causas específicas sean relativamente constantes. Tal proposición no da cuenta del hecho de que una misma causa —concretamente, enfermedades infecciosas de la niñez— figure asociada algunas veces con sobremortalidad femenina y otras, con sobremortalidad masculina. Más importante aún es que este tipo de hipótesis no avanza en la explicación de por qué en situaciones de alta mortalidad las enfermedades infecciosas cobran una cuota mayor de defunciones entre las niñas que entre los niños (e, incluso, de por qué las muertes por accidentes están casi siempre ligadas a una sobremortalidad masculina).

Dado que la evidencia biológica en la niñez apunta hacia una mortalidad masculina más alta por todas las causas, incluidas las enfermedades infecciosas (5), pareciera improbable que los factores genéticos varíen geográficamente de manera tan sustantiva como para permitir la presencia reiterada de sobremortalidad femenina en ciertos países y en ciertas épocas. La posibilidad de que existan factores de orden ambiental (físico y social) lo suficientemente poderosos como para alterar patrones biológicos de tal naturaleza constituye un llamado de atención para emprender investigaciones a fondo de esta situación, en lugar de continuar ignorando sus indicios como datos sin relevancia sustantiva, fruto del azar estadístico o de la baja calidad de la información.

A continuación se explora una dimensión del orden social que, de acuerdo con el segundo tipo de hipótesis, podría constituir una fuente significativa de la variación regional y secular observada en la razón de mortalidad por sexo.

Discriminación por sexo y oportunidades de supervivencia

Con el propósito de explorar la posible existencia en las Américas de prácticas diferenciales por sexo en el cuidado de los niños (similares a las observadas en otros continentes), se acudió a dos fuentes de información que contienen elementos pertinentes al respecto: la ba-

⁹ Según reagrupación de la OPS, a partir de la CIE-9, para fines de la publicación cuadrienal *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (29).

¹⁰ Dada la extensión de los cuadros resultantes, estos no se incluyen en el presente trabajo. Para una información detallada al respecto véase *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (29).

se de datos de la OPS sobre mortalidad, y las encuestas del Programa DHS que publicaron información desagregada por sexo en relación con el cuidado de la salud infantil.

A partir de los datos de la OPS se calcularon razones de mortalidad por sexo para cinco grupos de causas asociadas con defunciones esencialmente prevenibles. Estos grupos —conformados por la recodificación de causas definidas en la CIE-9— fueron los siguientes:

- Deficiencias nutricionales y anemias agudas.
- Enfermedades prevenibles por inmunización (sarampión, tos ferina, difteria, tétanos y poliomielitis).
- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Accidentes y violencia (causas externas).

Para efectos de este trabajo, estos grupos de causas se utilizaron como indicadores del comportamiento de los padres respecto a lo siguiente: 1) prácticas nutricionales relacionadas con la distribución intrafamiliar de los alimentos; 2) prevención y atención de ciertas enfermedades infantiles, y 3) prevención de ciertas conductas de riesgo en la niñez.

Aunque no todas las causas seleccionadas constituían necesariamente las primeras causas de defunción en la niñez de la Región o de un país específico, estas causas efectivamente contribuían de manera sustantiva a la determinación de la mortalidad total dentro del grupo de edad de 1 a 4 años; dicha contribución, según estimaciones derivadas de los datos de la OPS, variaba entre 50% de las defunciones en América del Norte y 80% en Guatemala.¹¹

Con objeto de esbozar un panorama regional de las causas asociadas con la sobremortalidad femenina en el grupo de 1 a 4 años, se obtuvieron tasas y razones de mortalidad específicas por sexo y causa de defunción para dicho grupo de edad, trabajando con el conjunto amplio de 20 países y el último año con información disponible. Posteriormente, con el fin de observar el comportamiento de esas razones a través del tiempo, se utilizaron los informes anuales de los 10 países con registros más confiables en la Región, que se encontraban disponibles para el período 1979-1989.

El Cuadro 4 (parte inferior) presenta las tasas específicas de mortalidad por sexo y grupos de causas para el grupo de 1 a 4 años en 20 países de las Américas, alrededor de 1988. Como se indicó anteriormente, una razón de mortalidad por sexo igual o menor que 1,0 estaría denotando la presencia de sobremortalidad femenina; el asterisco doble a la derecha de los valores indicativos de sobremortalidad femenina corresponde a aquellas estimaciones basadas en un número de defunciones no inferior a 40.

Las cifras de este cuadro sugieren que, pese a la ventaja genética de supervivencia que se considera inherente al sexo femenino, proporcionalmente murieron más niñas que niños por causas que habrían podido evitarse mediante la inmunización, alimentación adecuada, diagnóstico oportuno y tratamiento apropiado. Esta tendencia, pese a mostrarse particularmente pronunciada en los países de alta mortalidad, no parece constituir patrimonio exclusivo de estos. Así, para el último año con información disponible, todos los países con baja esperanza de vida, y la mitad de los categorizados como de esperanza intermedia e intermedia-alta, indicaban sobremortalidad femenina asociada con deficiencias nutricionales, infecciones respiratorias agudas, o enfermedades de la niñez prevenibles por inmunización. La asociación entre sobremortalidad femenina y enfermedades diarreicas fue menos frecuente y, como en los casos anteriores, su presencia tampoco se limitó a países con baja esperanza de vida.

El rasgo que exhibe una mayor regularidad en este cuadro se refiere a la asociación entre la sobremortalidad masculina y las causales de accidentes y violencia; esta asociación se mantiene independientemente del nivel de desarrollo o de mortalidad del país en que esta tenga lugar.

La casi totalidad de las razones de mortalidad por sexo inferiores a 1 que fue posible apreciar ocasionalmente en países con alta esperanza de vida, no ameritan discusión debido al reducido número de defunciones sobre el cual se basó su cálculo. Una de ellas, sin embargo, observada en el análisis longitudinal del período 1979-1988 (Cuadro 5), indicó un número de casos superior al límite determinado para este trabajo, razón por la cual, y haciendo uso de información complementaria, se sometió a escrutinio adicional. Se trata de la sobremortalidad femenina por deficiencias nutricionales.

Deficiencias nutricionales y prácticas alimentarias

Las deficiencias nutricionales probablemente constituyen la causa de defunción más estrechamente asociada con un exceso de mortalidad femenina en la niñez. Esta asociación proviene no solo de la mayor frecuencia con que la desnutrición aparece directamente relacionada con la sobremortalidad de las niñas, tanto en términos de espacio como de tiempo (Cuadros 4 y 5), sino también, de su significativa contribución a otras causas de sobremortalidad femenina en la niñez, particularmente sarampión e infecciones respiratorias agudas. Expertos en el tema han estimado que la desnutrición contribuye directa o indirectamente a más del 50% de todas las defunciones durante la niñez en América Latina (43, 44).

El examen longitudinal de las diferencias por sexo en la mortalidad por deficiencias nutricionales notificada por los países con registros confiables, sugirió que la sobremorta-

¹¹ Estos porcentajes se calcularon a partir de los datos del Cuadro 4.

Cuadro 4. Tasas específicas de mortalidad y razón de mortalidad (H/M), por sexo, según algunas causas prevenibles de defunción en el grupo de edad de 1 a 4 años, en países seleccionados de las Américas, año más reciente, tasas por 100 000.

País	Año	Total por todas las causas			Estados morbosos mal definidos			Causas definidas		
		H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M
Canadá	1988	45,63	36,61	1,25	2,53	1,96	1,29	43,10	34,66	1,24
Estados Unidos	1988	56,51	45,02	1,26	2,26	1,8	1,25	54,24	43,21	1,26
Cuba	1988	88,8	73,75	1,19	0,31	0,65	0,48	87,77	73,11	1,20
Costa Rica	1988	96,28	66,45	1,45	1,22	3,19	0,38	95,06	63,26	1,50
Panamá	1987	182,50	164,32	1,11	19,17	22,85	0,84**	163,33	141,48	1,15
Uruguay	1988	88,13	75,11	1,17	7,85	7,24	1,09	80,28	67,87	1,18
Chile	1987	100,37	70,20	1,43	7,02	4,45	1,58	93,35	65,75	1,42
Argentina	1986	115,11	95,95	1,20	7,17	7,17	1,00	107,93	88,79	1,22
Trinidad y Tabago	1987	89,83	75,57	1,19	0,00	1,76	0,00	89,83	73,81	1,22
Venezuela	1987	137,08	139,08	0,99**	24,51	24,94	0,98**	112,57	114,14	0,99**
México	1986	201,24	192,20	1,05	12,18	13,48	0,90	189,06	178,72	1,06
Colombia	1986	206,49	178,77	1,16	16,28	13,25	1,23	190,20	165,52	1,15
Paraguay *	1986	266,12	263,80	1,01	39,78	44,55	0,89**	226,34	219,24	1,03
República Dominicana	1985	268,03	259,63	1,03	28,10	25,96	1,08	239,93	233,67	1,03
Ecuador	1988	352,87	336,31	1,05	43,57	45,17	0,96**	309,30	291,14	1,06
Brasil *	1986	172,64	153,54	1,12	55,37	52,42	1,06	117,27	101,12	1,16
Honduras	1981	448,99	422,84	1,06	146,00	144,98	1,01	302,99	277,86	1,09
El Salvador	1984	325,95	303,31	1,07	127,77	116,54	1,10	198,18	186,77	1,06
Guatemala	1984	1058,97	1125,95	0,94**	126,90	118,33	1,07	932,07	1007,63	0,93**
Perú	1983	559,96	570,11	0,98**	30,22	31,21	0,97**	529,74	538,90	0,98**

País	Año	Enteritis y otras enfermedades diarreicas			Enfermedades respiratorias agudas			Deficiencias nutricionales			Prevenibles por inmunización			Accidentes y violencia		
		H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M
Canadá	1988	0,00	0,00	-	2,00	1,12	1,78	0,40	0,14	2,86	0,00	0,00	-	17,96	11,74	1,53
Estados Unidos	1988	0,07	0,04	1,59	1,65	1,60	1,03	0,36	0,28	1,29	0,00	0,00	-	26,39	18,57	1,42
Cuba	1988	2,46	1,61	1,53	8,01	4,51	1,78	1,85	0,32	5,74	0,00	0,32	0,00	33,57	19,00	1,77
Costa Rica	1988	10,97	4,47	2,45	8,53	8,95	0,95	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	-	22,55	9,58	2,35
Panamá	1987	30,83	20,21	1,53	23,33	19,33	1,21	15,83	18,45	0,86	3,33	8,79	0,38	24,17	21,09	1,15
Uruguay	1988	3,49	0,91	3,96	5,24	5,43	0,96	0,00	0,91	0,00	0,00	0,00	-	20,94	21,72	0,96**
Chile	1987	2,40	2,13	1,13	17,56	11,21	1,57	1,48	0,58	2,55	0,00	0,00	-	37,89	22,63	1,67
Argentina	1986	5,49	6,45	0,85**	9,42	7,60	1,24	5,91	6,66	0,89**	0,91	1,30	0,70	29,53	19,05	1,55
Venezuela	1987	18,70	17,76	1,05	18,61	19,94	0,93**	6,63	7,37	0,90**	3,18	4,54	0,70**	28,96	22,30	1,30
México	1986	55,97	54,02	1,04	25,89	25,14	1,03	9,38	9,09	1,03	7,13	8,71	0,82	33,08	25,40	1,30
Colombia	1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,17	28,34	1,31
Paraguay*	1986	87,11	68,60	1,27	40,47	50,21	0,81**	17,15	19,10	0,90**	7,55	5,66	1,33	17,15	10,61	1,62
República Dominicana	1985	55,41	48,92	1,13	34,46	41,27	0,84**	36,85	33,34	1,11	13,52	15,31	0,88**	16,44	10,93	1,50
Ecuador	1988	87,75	87,79	1,00**	40,93	39,59	1,03	35,97	31,13	1,16	25,89	27,61	0,94**	39,54	23,14	1,71
Brasil *	1986	16,34	15,35	1,06	23,37	21,81	1,07	9,09	8,78	1,03	5,75	5,31	1,08	23,00	14,91	1,54
Honduras	1981	114,39	94,46	1,21	28,17	25,61	1,10	14,09	24,22	0,58**	49,12	41,87	1,17	18,21	10,38	1,75
El Salvador	1984	67,37	51,34	1,31	12,14	15,43	0,79**	18,21	21,10	0,86**	18,51	18,90	0,98**	17,91	12,91	1,39
Guatemala	1984	340,56	349,77	0,97**	215,09	252,28	0,85**	78,15	84,84	0,92**	89,62	114,60	0,78**	15,77	7,44	2,12
Perú	1983	130,07	140,21	0,93**	134,84	136,97	0,98**	45,32	47,31	0,96**	28,74	31,57	0,91**	19,45	12,41	1,57

* Área de información.

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1990.

Cuadro 5. Tasas específicas anuales de mortalidad y razón de mortalidad (H/M), por sexo, según algunas causas prevenibles de defunción en el grupo de edad de 1 a 4 años, en países seleccionados de las Américas, información disponible para el período 1979-1988, tasas por 100 000.

Canadá																		
Año	Total por todas las causas definidas			Enfermedades diarreicas			Accidentes y violencia			Infecciones respiratorias agudas			Deficiencias nutricionales			Prevenibles por inmunización		
	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M
1979	61,51	53,84	1,14	0,42	0,00	-	30,12	23,50	1,28	2,94	2,82	1,04	0,00	0,30	0,00	0,00	0,15	0,00
1980	66,91	48,54	1,38	0,14	0,29	0,47	30,48	18,33	1,66	4,02	2,49	1,61	0,55	0,15	3,78	0,28	0,15	1,89
1981	57,26	44,82	1,28	0,27	0,29	0,94	27,81	19,14	1,45	1,78	2,61	0,68	0,68	0,58	1,18	0,00	0,15	0,00
1982	51,08	41,31	1,24	0,14	0,14	0,94	24,25	14,78	1,64	3,39	3,01	1,12	0,27	0,14	1,89	0,00	0,00	-
1983	48,51	41,44	1,17	0,13	0,56	0,24	21,16	15,21	1,39	3,15	2,65	1,19	0,13	0,56	0,24	0,00	0,00	-
1984	46,30	41,70	1,11	0,00	0,14	0,00	20,81	16,02	1,30	2,08	1,10	1,88	0,00	0,55	0,00	0,00	0,14	0,00
1985	43,94	35,29	1,25	0,26	0,14	1,88	20,62	13,27	1,55	1,42	1,64	0,86	0,26	0,14	1,88	0,00	0,00	-
1986	46,12	39,04	1,18	0,26	0,14	1,90	21,82	13,61	1,60	1,18	2,06	0,57	0,52	0,14	3,80	0,00	0,00	-
1987	45,69	38,04	1,20	0,00	0,14	0,00	19,56	16,63	1,18	1,88	1,69	1,11	0,27	0,28	0,95	0,00	0,00	-
1988	43,10	34,66	1,24	0,00	0,00	-	17,96	11,74	1,53	2,00	1,12	1,78	0,40	0,14	2,86	0,00	0,00	-
Estados Unidos																		
1979	69,01	54,88	1,26	0,09	0,08	1,15	34,21	25,05	1,37	3,26	2,79	1,17	0,63	0,55	1,15	0,00	0,00	-
1980	70,03	52,85	1,33	0,17	0,14	1,17	34,12	23,89	1,43	3,02	2,49	1,21	0,55	0,58	0,95**	0,03	0,03	0,95**
1981	64,88	51,10	1,27	0,19	0,15	1,24	31,42	21,89	1,44	2,71	2,21	1,23	0,45	0,41	1,10	0,01	0,02	0,95
1982	61,14	49,87	1,23	0,20	0,09	2,23	29,89	21,28	1,40	2,49	1,95	1,28	0,46	0,69	0,66**	0,00	0,00	-
1983	60,98	46,39	1,31	0,13	0,04	2,87	29,08	19,96	1,46	2,34	2,04	1,15	0,43	0,47	0,93**	0,00	0,01	0,00
1984	55,08	44,78	1,23	0,08	0,10	0,82	26,64	18,35	1,45	2,08	1,96	1,06	0,54	0,48	1,13	0,00	0,00	-
1985	55,82	42,87	1,30	0,11	0,11	0,95	27,18	18,53	1,47	2,08	1,94	1,07	0,41	0,47	0,87**	0,01	0,00	-
1986	55,53	43,80	1,27	0,07	0,06	1,19	27,17	19,49	1,39	1,82	1,54	1,18	0,43	0,41	1,05	0,00	0,00	-
1987	55,32	43,39	1,27	0,11	0,08	1,27	27,04	18,77	1,44	1,88	1,67	1,12	0,45	0,30	1,50	0,00	0,01	0,00
1988	54,24	43,21	1,26	0,07	0,04	1,59	26,39	18,57	1,42	1,65	1,60	1,03	0,36	0,28	1,29	0,00	0,00	-
Cuba																		
1979	122,04	99,87	1,22	4,11	7,28	0,56	30,35	17,86	1,70	18,02	13,23	1,36	2,85	3,31	0,86	0,32	1,32	0,24
1980	109,02	93,66	1,16	3,77	0,66	5,74	28,90	21,69	1,33	14,14	13,15	1,08	2,20	3,29	0,67	0,00	0,00	-
1981	100,25	95,38	1,05	1,88	1,97	0,96	28,20	17,04	1,65	9,40	11,80	0,80**	2,51	2,62	0,96	1,57	0,66	2,39
1982	86,29	76,90	1,12	4,36	0,65	6,69	24,92	17,92	1,39	9,35	11,40	0,82**	1,25	1,63	0,76	1,87	0,65	2,87
1983	85,63	62,97	1,36	1,25	1,31	0,96	22,58	14,10	1,60	7,53	8,53	0,88**	2,51	0,98	2,55	0,63	0,00	-
1984	90,42	67,87	1,33	1,89	1,65	1,15	27,73	13,18	2,10	8,51	5,93	1,43	2,21	0,00	-	0,00	0,00	-
1985	95,25	86,79	1,10	1,89	1,31	1,43	31,12	21,70	1,43	9,12	9,86	0,92**	1,26	0,99	1,28	0,00	0,00	-
1986	85,94	76,47	1,12	1,88	2,29	0,82	29,06	18,95	1,53	9,38	6,86	1,37	0,63	0,33	1,91	0,00	0,00	-
1987	88,45	71,08	1,24	2,17	0,97	2,23	29,80	15,25	1,95	5,90	5,52	1,07	0,62	1,95	0,32	0,00	0,00	-
1988	87,77	73,11	1,20	2,46	1,61	1,53	33,57	19,00	1,77	8,01	4,51	1,78	1,85	0,32	5,74	0,00	0,32	0,00
Costa Rica																		
1980	92,90	86,11	1,08	8,59	6,50	1,32	24,20	17,06	1,42	15,61	14,62	1,07	1,56	3,25	0,48	1,56	4,87	0,32
1981	91,88	76,62	1,20	12,91	7,11	1,82	13,67	11,06	1,24	15,19	12,64	1,20	1,52	2,37	0,64	2,28	2,37	0,96
1982	76,92	63,85	1,20	9,62	6,15	1,56	18,49	10,00	1,85	10,36	3,08	3,37	3,70	3,08	1,20	1,48	0,00	-
1983	99,65	79,38	1,26	19,08	3,71	5,14	15,55	14,84	1,05	9,19	8,16	1,13	5,65	2,23	2,54	0,00	0,00	-
1984	68,92	61,46	1,12	8,27	6,51	1,27	22,05	14,46	1,53	5,51	5,06	1,09	0,69	0,72	0,95	0,00	0,00	-
1985	59,48	72,82	0,82**	4,63	4,16	1,11	15,86	10,40	1,52	7,27	8,32	0,87	1,32	0,69	1,91	0,00	0,00	-
1986	82,90	67,48	1,23	5,14	5,40	0,95	17,99	8,77	2,05	12,21	10,80	1,13	1,93	1,35	1,43	0,00	0,67	0,00
1987	89,48	62,35	1,44	7,51	3,94	1,91	16,89	13,13	1,29	10,64	5,25	2,03	4,38	1,97	2,22	0,63	1,31	0,48
1988	95,06	63,26	1,50	10,97	4,47	2,45	22,55	9,58	2,35	8,53	8,95	0,95	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	-
Uruguay																		
1980	86,78	92,31	0,94**	4,96	6,84	0,73	22,31	15,38	1,45	9,92	10,26	0,97	2,48	4,27	0,58	0,00	0,85	0,00
1981	97,70	96,77	1,01	4,93	3,40	1,45	18,88	19,52	0,97**	12,32	10,19	1,21	9,85	0,85	11,61	21,35	21,22	1,01
1982	62,81	64,92	0,97**	3,26	0,00	-	20,39	11,80	1,73	4,89	5,90	0,83	0,00	3,37	0,00	0,00	2,53	0,00
1983	72,46	62,91	1,15	5,43	4,69	1,16	18,12	14,08	1,29	9,06	10,33	0,88	5,43	0,94	5,79	0,00	0,00	-
1984	98,02	69,03	1,42	1,80	3,73	0,48	30,58	15,86	1,93	11,69	5,60	2,09	1,80	7,46	0,24	0,00	0,00	-
1985	84,82	62,04	1,37	0,89	2,78	0,32	20,54	9,26	2,22	8,04	6,48	1,24	1,79	4,63	0,39	0,00	0,00	-
1986	83,26	85,48	0,97**	2,66	2,76	0,96	33,66	14,71	2,29	6,20	10,11	0,61	2,66	5,51	0,48	3,54	0,92	3,85
1987	81,79	72,05	1,14	4,40	2,74	1,61	21,99	16,42	1,34	7,91	10,03	0,79	0,88	1,82	0,48	1,76	3,65	0,48
1988	80,28	67,87	1,18	3,49	0,90	3,86	20,94	21,72	0,96**	5,24	5,43	0,96	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	-

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1991.

Cuadro 5^o (continuación).

Chile																		
Año	Total por todas las causas definidas			Enfermedades diarreicas			Accidentes y violencia			Infecciones respiratorias agudas			Deficiencias nutricionales			Prevenibles por inmunización		
	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M
1980	129,81	114,51	1,13	4,78	4,98	0,96**	54,58	36,66	1,49	18,70	21,50	0,87**	1,74	2,72	0,64	0,65	1,13	0,58
1981	117,13	109,65	1,07	4,28	6,02	0,71**	54,60	37,44	1,46	16,49	16,94	0,97**	1,71	1,11	1,54	0,21	0,67	0,32
1982	116,15	98,73	1,18	3,37	3,73	0,90	52,91	37,08	1,43	14,12	13,82	1,02	1,26	1,32	0,96	0,00	0,88	0,00
1983	119,01	108,52	1,10	2,98	5,61	0,53**	51,06	40,33	1,27	17,29	18,09	0,96**	0,60	1,66	0,36	0,20	0,83	0,24
1984	114,78	86,97	1,32	3,72	3,48	1,07	48,10	31,10	1,55	13,30	14,53	0,92**	0,78	1,23	0,64	0,20	0,00	-
1985	94,05	76,22	1,23	1,91	2,00	0,96	41,67	28,81	1,45	12,04	12,00	1,00	0,96	0,60	1,59	0,00	0,80	0,00
1986	98,48	74,53	1,32	2,63	2,16	1,22	38,34	28,12	1,36	14,47	13,57	1,07	1,13	0,39	2,87	0,38	0,39	0,96
1987	93,35	65,75	1,42	2,40	2,13	1,13	37,89	22,63	1,67	17,56	11,22	1,57	1,48	0,58	2,55	0,00	0,00	-
Argentina																		
1979	139,09	128,48	1,08	13,95	13,15	1,06	34,75	25,34	1,37	15,35	15,72	0,98**	9,27	10,83	0,86**	1,95	2,65	0,74**
1980	146,47	130,54	1,12	12,73	15,31	0,83**	34,89	25,97	1,34	17,41	14,52	1,20	9,20	9,39	0,98**	4,98	4,74	1,05
1981	146,48	130,56	1,12	11,92	12,50	0,95**	35,70	25,48	1,40	15,85	16,62	0,95**	9,36	11,11	0,84**	3,70	3,96	0,93**
1982	127,90	106,79	1,20	12,40	11,47	1,08	35,50	21,71	1,64	11,88	11,77	1,01	10,32	11,24	0,92**	0,30	0,84	0,35
1983	123,51	110,30	1,12	9,92	9,62	1,03	34,00	21,34	1,59	11,89	12,17	0,98**	11,31	12,32	0,92**	0,66	1,43	0,46
1984	124,61	112,80	1,10	10,56	9,99	1,06	31,89	23,08	1,38	13,50	12,20	1,11	11,42	10,80	1,06	2,08	2,88	0,72**
1985	90,93	84,25	1,08	5,49	6,53	0,84**	25,37	16,59	1,53	9,34	9,17	1,02	5,77	7,56	0,76**	1,71	1,91	0,90**
1986	107,93	88,79	1,22	5,48	6,45	0,85**	29,53	19,05	1,55	9,42	7,60	1,24	5,91	6,66	0,89**	0,91	1,30	0,70
Venezuela																		
1979	186,92	181,93	1,03	33,37	32,09	1,04	35,60	27,67	1,29	34,93	33,25	1,05	11,49	12,21	0,94**	11,27	12,32	0,91**
1980	165,28	151,67	1,09	29,62	28,71	1,03	33,51	27,25	1,23	26,70	27,92	0,96**	12,54	11,26	1,11	3,89	4,28	0,91**
1981	208,89	198,14	1,05	35,86	33,86	1,06	38,91	29,06	1,34	40,69	38,45	1,06	7,24	10,92	0,66**	17,09	16,38	1,04
1982	151,56	148,33	1,02	22,20	21,11	1,05	37,48	28,65	1,31	24,95	28,54	0,87**	7,44	7,64	0,97**	4,38	4,99	0,88**
1983	169,03	164,25	1,03	34,70	31,06	1,12	33,89	28,43	1,19	28,73	28,53	1,01	6,68	7,58	0,88**	5,36	6,74	0,80**
1985	117,42	122,52	0,96**	13,50	15,95	0,85**	24,61	24,32	1,01	18,77	20,34	0,92**	5,27	6,78	0,78**	7,66	9,47	0,81**
1986	119,90	106,45	1,13	15,85	14,56	1,09	33,75	22,90	1,47	17,25	17,47	0,99**	6,06	6,40	0,95**	3,08	4,46	0,69**
1987	112,57	114,14	0,99**	18,70	17,76	1,05	28,96	22,30	1,30	18,61	19,94	0,93**	6,63	7,37	0,90**	3,18	4,54	0,70**
México																		
1981	243,68	226,90	1,07	64,64	60,69	1,07	44,95	32,50	1,38	41,63	40,97	1,02	6,75	6,72	1,01	9,59	12,60	0,76**
1982	212,68	201,30	1,06	59,64	61,35	0,97**	38,52	28,59	1,35	31,92	31,39	1,02	6,04	6,99	0,86**	7,07	8,06	0,88**
1983	229,91	221,54	1,04	75,04	75,35	1,00**	38,07	26,55	1,43	31,35	33,21	0,94**	8,65	8,58	1,01	4,35	5,20	0,84**
1985	227,05	212,67	1,07	58,97	58,78	1,00	38,20	26,37	1,45	35,98	37,48	0,96**	10,34	10,27	1,01	15,18	17,39	0,87**
1986	189,06	178,72	1,06	55,96	54,02	1,04	33,08	25,40	1,30	25,89	25,14	1,03	9,38	9,09	1,03	7,13	8,71	0,82**
Guatemala																		
1979	1388,80	1359,98	1,02	474,63	457,61	1,04	14,81	13,89	1,07	238,03	252,26	0,94**	68,18	77,42	0,88**	391,03	353,88	1,10
1980	1124,14	1136,48	0,99**	469,11	475,14	0,99**	13,03	12,48	1,04	260,51	258,44	1,01	52,69	52,59	1,00	162,62	179,05	0,91**
1981	977,36	989,85	0,99**	343,12	343,28	1,00**	24,18	28,66	0,84**	215,89	213,13	1,01	60,26	70,65	0,85**	155,82	160,60	0,97**
1984	932,07	1007,63	0,93**	340,56	349,77	0,97**	15,77	7,44	2,12	215,09	252,28	0,85**	78,15	84,84	0,92**	89,62	114,60	0,78**

** Sobremortalidad femenina basada en un total de 40 o más defunciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1991.

lidad femenina por dicha causa durante la niñez parece haber tenido lugar no solo en países en desarrollo tales como la Argentina, Venezuela, Guatemala y México sino, también, en un país desarrollado, con alta esperanza de vida y en fecha tan reciente como 1985: la serie de datos para los Estados Unidos (Cuadro 5) muestra reiteradamente tasas de mortalidad por desnutrición más altas para las niñas que para los niños durante el período 1980-1985. La investigación de este patrón inesperado indicó que la sobremortalidad femenina en la niñez ligada a de-

ficiencias nutricionales era consistente con la presencia de una sobremortalidad femenina por la misma causa dentro de la población total durante el mismo período, según lo señalaban las estimaciones realizadas a partir de la base de datos de la OPS. Tales estadísticas proporcionarían un indicador del grado de gravedad de la llamada "feminización de la pobreza" en el contexto de una sociedad industrializada, y contribuirían a reforzar empíricamente la aseveración de que en épocas de restricción económica, la carga del hambre y de la escasez de recursos recae despro-

porcionadamente sobre las mujeres y los niños, en particular las niñas.

Aunque la desnutrición es consecuencia no solo de deficiencias en la ingesta alimentaria sino también del consumo de energía y de la experiencia de enfermedades, la falta de alimentación adecuada constituye indudablemente un elemento determinante de su causa. El origen de las deficiencias en la ingesta se encuentra tanto en factores relacionados con la escasez de recursos familiares para satisfacer necesidades básicas como también, entre otros ingredientes, en ciertas prácticas culturales relacionadas con el consumo y la distribución intrafamiliar de los recursos alimentarios.

En un intento por verificar la relación entre desnutrición y sobremortalidad femenina sugerida por las cifras anteriores, se examinó la información proveniente de las encuestas del Programa DHS sobre el estado de nutrición en la niñez. El Programa DHS incluyó, alrededor de 1987, en cinco de los países investigados en la Región, un módulo de antropometría diseñado para evaluar el estado de nutrición de los niños de 3 a 36 meses de edad, hijos de las mujeres incluidas en la muestra. Estos países fueron Brasil (37), Colombia (34), Guatemala (38), República Dominicana (45) y Trinidad y Tabago (31). Dado que la cobertura de los niños elegibles tendió a ser menos completa que la de las madres (31), la interpretación de los resultados de dichos módulos amerita cierto grado de reserva. No obstante, estos módulos representan una de las poquísimas fuentes de información sobre niños en edad preescolar con las que se cuenta en los países en desarrollo de las Américas.

Las cifras del Programa DHS sobre nutrición en la niñez indicaron diferencias por sexo en tres de los cinco países estudiados, a saber, Colombia, Guatemala y Trinidad y Tabago. En el Brasil y la República Dominicana no se identificaron diferencias sistemáticas por sexo.

En Colombia y Trinidad y Tabago, la desnutrición, ya fuese global, crónica o aguda¹²—en particular la aguda—afectó proporcionalmente más al sexo femenino que al masculino. En Trinidad y Tabago (31) la mayor proporción de casos de niñas que de niños que quedaron por debajo del parámetro internacional de nutrición normal fue 9,5% para la desnutrición crónica (talla para la edad), 23,6% para la desnutrición global (peso para la edad), y 35,0% para la desnutrición aguda (peso para la talla). En Colombia, los porcentajes respectivos fueron 2,0, 8,0 y 32,0% (34). En Guatemala se observó también una mayor proporción de niñas que de niños desnutridos, pero solo en

los grados extremos de tal déficit; los porcentajes correspondientes fueron 6,8, 8,6 y 25,0% (36). En los tres casos se manifestó un mayor poder diferenciador en la medida de desnutrición aguda (peso para la talla).

Conductas de atención de la salud

Inmunización. La inmunización generalizada que ha tenido lugar en los países industrializados casi ha logrado eliminar seis enfermedades comunes en la niñez: sarampión, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis y tuberculosis (44). En la Región de las Américas, tal ha sido el caso no solo de los Estados Unidos y el Canadá, sino también de países en desarrollo tales como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile (Cuadro 4).

Pese al ambicioso esfuerzo desplegado por el Programa Ampliado de Inmunización de la OPS/OMS, miles de niños continúan muriendo anualmente víctimas de tales enfermedades en el resto de la Región. En el Cuadro 4 aparecen las tasas de mortalidad por enfermedades prevenibles por inmunización para el grupo de 1 a 4 años de edad en fecha reciente. Dicho cuadro muestra que en seis de los 12 países que registraron mortalidad por esta causa pudo advertirse la presencia de sobremortalidad femenina.

Al examinar las series temporales para los 10 países con registros confiables (Cuadro 5) se corrobora el carácter no aislado de la sobremortalidad femenina por falta de inmunización. En los tres países de este grupo en los cuales se reconoció una mortalidad sostenida importante por tal causa —Venezuela, México y Guatemala— la sobremortalidad femenina habría sido poco menos que una constante durante el período 1979-1988; en la Argentina, donde las tasas de mortalidad por dicha causa han sido comparativamente más bajas que en los países anteriores, tal fenómeno se hizo visible reiteradamente durante el período en consideración.

Teniendo en cuenta, por un lado, la tendencia biológica hacia una sobremortalidad masculina por todas las causas y, por otro, la naturaleza universal de los programas de inmunización, no resulta fácil explicar el hecho de que, con notable frecuencia, una proporción más alta de niñas que de niños muera a causa de enfermedades que hubieran podido prevenirse por inmunización. Tal fenómeno podría ser el resultante de que las niñas sean llevadas a los servicios de salud y vacunadas con menor frecuencia que los niños, o bien de que las enfermedades infecciosas ejerzan un efecto más letal sobre las niñas en razón de su peor estado de nutrición. En uno u otro caso parece probable la relación de la sobremortalidad femenina con la atención brindada por los padres.

Atención de enfermedades. Las defunciones causadas por infecciones respiratorias agudas o por enfermedades diarreicas se asocian de manera significativa con la ausen-

¹² Desnutrición global: relación entre peso actual y peso esperado para la edad. Desnutrición crónica: relación entre talla observada y talla esperada para la edad (enanismo nutricional). Desnutrición aguda: relación entre peso observado y peso esperado para la talla. Todas las comparaciones se basan en el estándar internacional del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, los Centros para el Control de Enfermedades (ambos de los EUA), y la Organización Mundial de la Salud.

cia de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. Teniendo en cuenta este hecho, junto con la evidencia de una mayor resistencia biológica por parte de las niñas a las enfermedades infecciosas, sería de esperar que, manteniendo constante el factor de atención oportuna y adecuada para ambos sexos, las tasas de mortalidad femenina fueran menores o, por lo menos, iguales a las masculinas. Sin embargo, para el último año con información disponible, las cifras consignadas en el Cuadro 4 señalaron la presencia de sobremortalidad femenina por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en la mitad de los países de América Latina y el Caribe con información confiable. Adicionalmente, el análisis de la información respectiva para el período 1979-1988 indicó que, exceptuando el Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, Uruguay y, en menor grado, Cuba, en el resto de los 10 países con información disponible y confiable, la sobremortalidad femenina por este tipo de infecciones pareciera ser un fenómeno común en el tiempo (Cuadro 5).

Sin dejar de considerar la probable contribución de la desnutrición al exceso de mortalidad femenina, tal exceso estadístico bien podría interpretarse como un indicador indirecto de la existencia de tratamiento diferencial por sexo en cuanto a la atención de los niños en la enfermedad. Con el fin de allegar información adicional sobre este factor de tratamiento diferencial se examinaron las encuestas del Programa DHS en relación con los ítems referidos al comportamiento de los padres ante las enfermedades de los hijos pequeños. Lamentablemente, los informes del Programa de DHS no siempre presentan esta información desagregada por sexo; la encuesta más reciente de este Programa (33) documenta tal desagregación, y de esta fuente se obtuvieron los datos que se presentan en el Cuadro 6. Valga subrayar que tales datos se refieren a un

país específico y que no ilustran necesariamente la situación en otros países de la Región.

De acuerdo con esta encuesta, los porcentajes de niños de ambos sexos que recibieron atención en caso de enfermedad revelaron que, frente a síntomas de fiebre, infección respiratoria aguda o diarrea, los niños fueron llevados al servicio médico con más frecuencia que las niñas, en proporciones que variaron entre 11,5 y 40% a favor de los niños. Adicionalmente, la proporción de niñas que no recibió tratamiento alguno (institucional, domiciliario u otros) fue entre 38 y 169% mayor que la proporción de niños que tampoco fueron atendidos. Estas amplias diferencias por sexo bien podrían estar asociadas con una mayor gravedad de los síntomas observados en los niños, pero podrían interpretarse alternativamente como un patrón amplio de subinversión en el sexo femenino identificado en otros campos de actividad (por ejemplo, educación) y en otras zonas geográficas. Cualquiera que fuese la racionalidad subyacente, el dilucidamiento de los componentes de esta conducta y la determinación de su presencia en otras zonas geográficas exige una mayor investigación.

Prevención de accidentes

El Cuadro 4 muestra que, para el año más reciente, las tasas de mortalidad por accidentes y violencia en el grupo de edad de 1 a 4 años fueron sistemáticamente más altas (con excepción del Uruguay) para los niños que para las niñas, en proporciones que fluctuaban entre 30 y 135% en los países con estadísticas confiables.

Tomando como base solamente estos países con registros más confiables, el análisis longitudinal de las tasas durante el período 1979-1988 indicó que las tasas de mortalidad por accidentes y violencia durante la niñez mostraron

Cuadro 6. Porcentaje de niños menores de 5 años que experimentaron síntomas de infección respiratoria aguda, fiebre o diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta y que fueron llevados al servicio de salud, y porcentaje cuyos padres no buscaron ningún tipo de tratamiento (domiciliario u otros), según tipo de síntoma y sexo, Colombia, 1990.

Síntoma y sexo	Total niños (miles)	Total niños con síntomas		Niños con síntomas llevados al servicio de salud		Niños con síntomas cuyos padres no buscaron tratamiento	
		(miles)	(%)	(miles)	(%)	(miles)	(%)
Tos							
Masculino	1791	297	16,6	210	70,7	10	3,5
Femenino	1849	277	15,0	176	63,4	26	9,4
Fiebre							
Masculino	1791	376	21,0	254	67,5	15	3,9
Femenino	1849	322	17,4	192	59,6	17	5,4
Diarrea							
Masculino	1832	234	12,7	123	52,7	—	—
Femenino	1880	220	11,7	83	37,9	—	—

Fuente: Colombia. *Encuesta de prevalencia, demografía y salud 1990* (33, cuadros 8.10, 8.11, 8.12 y 8.14).

una declinación tanto en hombres como en mujeres (Cuadro 5). Este rasgo fue común (con contadas excepciones) a los 11 países, independientemente del nivel de desarrollo y de la esperanza de vida. La razón hombre-mujer, por otro lado, no indicó tendencias claramente discernibles: se mantuvo, sí, el patrón de mayor mortalidad masculina (con algunas excepciones), pero se produjo una fluctuación amplia en cuanto al tamaño de dicha razón. Lejos de observarse una disminución de la diferencia entre los sexos, las cifras dejaron entrever una tendencia hacia la ampliación de dicha diferencia, más o menos sostenida en el Canadá y los Estados Unidos, y menos nítida en Costa Rica, Argentina y Chile.

Aunque la sobremortalidad masculina ligada a accidentes y violencia se ha atribuido a factores biológicos, la evidencia en este sentido dista mucho de ser concluyente (5). Sin desconocer el posible papel de los factores genéticos, se puede inferir que las variaciones geográficas y temporales exhibidas por este patrón de mortalidad denotan una influencia sustantiva por parte de los factores ambientales. Considerando la evidencia disponible, Waldron ha señalado que la influencia de factores genéticos pareciera secundaria en relación con componentes sociales tales como los roles aprendidos de género (4). Así, mientras los niños son adiestrados desde la infancia para ser aventureros, independientes, competitivos, intrépidos y agresivos, las niñas son socializadas para ser cautelosas, dependientes, colaboradoras, suaves, pacíficas y dóciles. A los niños, en numerosas culturas se les permite y se les estimula a jugar fuera de la casa, muchas veces sin supervisión, en tanto que a las niñas se les retiene dentro del hogar, resguardadas de los riesgos externos, bien para ayudar en las labores domésticas o bien para que se entretengan en juegos que remedan esa función doméstica.

Claramente, el proceso de aprendizaje de roles recibe insumos de diferentes fuentes; sin embargo, en edades tan tempranas como las aquí examinadas, la influencia de los padres sobre tal aprendizaje se torna crítica. De existir una conexión causal entre socialización en roles de género y accidentes durante los primeros cuatro años de vida, las series temporales (Cuadro 5) estarían indicando que, pese a los cambios que se han producido en los últimos años en la sociedad en cuanto a la participación de los sexos en distintas actividades, bien poco parece ser el cambio registrado en la forma en que niños y niñas se socializan, o en las conductas por las cuales se les premia. Esta aseveración ha sido documentada por investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos respecto a programas escolares (46). A juzgar por la información existente, pareciera que también es aplicable, tal vez con mayor pertinencia, al tipo de socialización intrafamiliar que se estimula de manera generalizada, y no solo dentro de los límites geográficos de los Estados Unidos.

Las limitaciones de la información aquí analizada sobre accidentes impiden hacer afirmaciones concluyentes en tal área. Lo que sí es claro es que el conjunto de indicios existente sobre posibles relaciones entre diferenciales de mortalidad por accidentes durante la niñez, roles de género y comportamiento de los padres en el refuerzo de tales roles, amerita no solo la investigación sino, también, una consideración destacada en cuanto a intervenciones preventivas dirigidas a disminuir los accidentes en estas edades.

Valga resaltar que este último tipo de discriminación por sexo, a diferencia de los que se examinaron anteriormente en relación con la distribución de los alimentos y la atención de la salud, estaría actuando en detrimento del hombre y ejerciendo un efecto "protector" sobre la mujer, al menos respecto a su probabilidad inmediata de supervivencia. En términos estadísticos este hecho constituye un argumento ineludible sobre la necesidad de desagregar por causa el análisis de la mortalidad por sexo; de no optar por esta desagregación, el cruce de efectos opuestos que las causas violentas y las enfermedades ejercerían sobre la razón de mortalidad por sexo estaría ocultando una parte importante de la sobremortalidad femenina asociada a deficiencias nutricionales y enfermedades infecciosas. En otras palabras, al aislar el efecto de las causas violentas sobre la razón por sexo de la mortalidad, aumenta considerablemente el número de situaciones (países y épocas) en que puede observarse la sobremortalidad femenina.

DISCUSION

Los hallazgos de este estudio constituyen una base empírica preliminar para sustentar la hipótesis sobre la probable presencia de sobremortalidad femenina durante la niñez en un número importante de países de la Región. La detección de este fenómeno adquiere especial relevancia cuando se considera que hay evidencias de que las mujeres gozan de una ventaja biológica de supervivencia frente a los hombres, particularmente durante la primera infancia y la niñez; en consecuencia, la identificación de sobremortalidad femenina en edades tan tempranas debe considerarse como una señal de alarma respecto a la posible existencia de un importante problema social: la discriminación en contra de las niñas (7-10).

Las limitaciones de clase y calidad de la información presentada impiden llegar a afirmaciones concluyentes sobre la presencia y magnitud del problema de sobremortalidad femenina en el grupo de 1 a 4 años de edad y, menos aún, someter idóneamente a prueba la hipótesis causal de discriminación por sexo. Sin embargo, es importante llamar la atención sobre las regularidades y las consistencias inquietantes detectadas en el examen de la información proveniente de las distintas fuentes que se utilizaron en este

trabajo, las cuales apuntan en dirección afirmativa respecto a la existencia de tal problema.

Los datos examinados sugieren que la sobremortalidad femenina durante la niñez no es un fenómeno de patrimonio exclusivo de ciertos países asiáticos o africanos —como comúnmente tiende a creerse— sino que tiene lugar también en la Región de las Américas, particularmente en los países menos desarrollados y con menor esperanza de vida. La regularidad y la frecuencia con que las tres fuentes consultadas registran, a nivel de país, una mayor mortalidad femenina que masculina en la niñez, contradicen la percepción extendida de que en la Región el hecho reviste caracteres excepcionales o simplemente anecdóticos.

El registro recurrente de este patrón de sobremortalidad femenina a lo largo del período 1979-1988 constituye una indicación, además, de que tal hecho no es simplemente un subproducto del subdesarrollo y de la alta mortalidad, destinado a desaparecer con el avance del desarrollo económico, como sostienen las teorías que relacionan desarrollo y mortalidad por sexo. Pese a las limitaciones inherentes al análisis de agregados nacionales, los datos sugirieron la posibilidad de que, aun en presencia de un nivel avanzado de desarrollo económico y sanitario, la sobremortalidad femenina se encuentre asociada con coyunturas de relativa escasez económica.

El análisis proporcionó elementos significativos de información que encajan dentro de la hipótesis de atribución de la sobremortalidad femenina a ciertas prácticas discriminatorias en contra de la mujer, las cuales comenzarían a ejercer efectos deletéreos sobre su salud desde la infancia. Como lo indican los datos, la tendencia a dar prelación al niño en la distribución intrafamiliar de los alimentos y de los recursos para la atención de la salud —práctica extendida y generalmente justificada como “tradición cultural”— parece afectar negativa y desproporcionadamente las oportunidades de supervivencia de las niñas.

La recurrencia temporal del fenómeno, su amplia prevalencia geográfica, y las coincidencias observadas con otras culturas en cuanto a sus comportamientos precipitantes, son hallazgos empíricos coherentes con la aseveración de que existe una tendencia mundial hacia la asignación de un menor valor social al sexo femenino. La presencia de esta subvaloración de la mujer estaría originando, entre otros comportamientos, el patrón de subinversión en las hijas por parte de sus padres en áreas tales como educación, alimentación y atención de la salud, comportamiento que contribuye a reforzar y perpetuar la posición subordinada de la mujer en la sociedad.

Este patrón temporal y geográfico de presentación de la sobremortalidad femenina sugeriría, en consecuencia, que la discriminación en contra de la niña no estaría ligada exclusivamente a situaciones de pobreza sino, más bien, que se afianzaría y nutriría en un sistema de valores que

permea clases sociales, edades, regiones y culturas. En situaciones de abundancia las características de esta subinversión no son tan claras ni sus manifestaciones tan drásticas; se hacen visibles, sin embargo, en ámbitos de severa privación económica, cuando las decisiones sobre distribución intrafamiliar de los recursos pueden llegar a significar la vida o la muerte para las mujeres, en particular las niñas pequeñas quienes, por su edad, dependen totalmente de las determinaciones de sus padres.

Las anteriores inferencias sobre ubicuidad de la subvaloración de la mujer y sus contribuciones coinciden con los hallazgos de otros estudios (7) realizados en distintas culturas, en los cuales se comprobó que la inequidad por sexo en la distribución intrafamiliar de alimentos persistía aun después de controlar los efectos del ingreso y el gasto en comida. La implicación de tales resultados es que el relevo de situaciones de pobreza o el aumento de la disponibilidad de alimentos a nivel de la unidad familiar pueden ser una condición necesaria pero no suficiente para eliminar la discriminación de las mujeres en cuanto a la distribución de los alimentos en el interior de la familia.

Recapitulando, podría decirse que las actitudes discriminatorias en contra de un grupo específico, en este caso las mujeres, no aparecen como consecuencia exclusiva de la escasez o del subdesarrollo económico, ni desaparecen con el mejoramiento del nivel de vida. En consecuencia, las políticas para contrarrestar su manifestación más drástica, la sobremortalidad femenina, deben incluir, sí, pero ir más allá de las estrategias de eliminación de la pobreza y atacar el problema en sus raíces particulares, a saber, la subvaloración social de la mujer.

Cabe hacer notar que la noción de una tendencia mundial hacia la subvaloración de la mujer no excluye, desde luego, la existencia de variaciones importantes entre distintos grupos sociales y culturales respecto al grado y manifestaciones de esa valoración y a la consecuente posición relativa de la mujer respecto al hombre. Tampoco excluye la posibilidad de que la menor cuota de alimentos y de atención de la salud que parece recibir un número importante de niñas en algunos grupos sociales de la Región obedezca, total o parcialmente, a creencias, actitudes o tradiciones no necesariamente vinculadas a una subvaloración del sexo femenino. Cualquiera que sea la racionalidad que fundamente comportamientos de atención diferenciales por sexo, los indicios sobre la existencia de los mismos y la gravedad de sus efectos señalan la necesidad de investigar a fondo la naturaleza, la prevalencia, los orígenes y el impacto de tales conductas con el fin de fundamentar políticas de acción. Complementando lo anterior, en respuesta a las limitaciones de la información existente es imprescindible no solo la ampliación y el mejoramiento de las fuentes de datos correspondientes sino, también, el perfeccionamiento de las técnicas de medición del exceso de mortalidad y la morbilidad respecto al sexo.

Del carácter íntimo de la relación entre las condiciones de salud de las niñas y la posición de la mujer en la sociedad, se concluye que cualquier esfuerzo orientado a corregir inequidades de género en la atención intrafamiliar de la salud de la niñez, deberá enmarcarse dentro del contexto amplio de acciones dirigidas a eliminar la discriminación en contra de la mujer dentro de la sociedad en su conjunto.

Finalmente, es importante enfatizar que el tratamiento diferencial por sexo en materia de alimentación y atención de la salud durante la niñez, aunque solo en casos extremos puede conducir a la sobremortalidad femenina en esas mismas edades, indefectiblemente reviste consecuencias de largo alcance que minan la salud, las oportunidades de desarrollo, la calidad de vida e, incluso, las probabilidades posteriores de supervivencia.

SUGERENCIAS PARA LA ACCION

El enfrentamiento de un problema tan profundamente enraizado en valores, normas y prácticas culturales requiere de una combinación de estrategias de corto y largo plazo que incluyan y desborden las actividades de salud propiamente dichas.

Haciendo eco a las recomendaciones sobre este particular presentadas por Ravindran (7) a la Organización Mundial de la Salud, se destaca, en primer lugar, la necesidad de investigar el problema a nivel local. La disponibilidad de información que permita identificar, localizar y evaluar manifestaciones de discriminación en el tratamiento de los sexos durante la niñez se convierte en un requisito básico para la acción. En el corto plazo es factible —y, además, urgente— hacer uso de las numerosas estadísticas demográficas y de salud accesibles en organismos públicos y privados, a fin de elaborar perfiles de diagnóstico sobre diferencias por sexo. Ejemplos de estas fuentes son las estadísticas vitales, las encuestas comunitarias y escolares sobre nutrición, los archivos de hospitales y centros de salud, las historias clínicas, las estadísticas de vigilancia epidemiológica y los archivos de inmunización.

Paralelamente, es imperativo que los investigadores y planificadores insistan ante las instituciones públicas, las organizaciones no gubernamentales y las entidades multilaterales, con el fin de que establezcan como norma para futuros censos y encuestas, la desagregación por sexo en la recolección, tabulación y publicación de la información. Esta práctica no solo proporcionará información básica a los planificadores, sino que facilitará el proceso de seguimiento y evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a corregir las inequidades de género en materia de salud, en este caso particular, en la niñez.

En los casos en que se identifique la existencia de discriminación en contra de las niñas, es necesario crear conciencia pública sobre los riesgos que corren las niñas como resultado de ciertas prácticas discriminatorias. Dentro de este contexto es crucial el logro de la cooperación de los trabajadores sociales y de salud, así como la de aquellos grupos o instituciones que pueden ejercer una influencia directa sobre la erradicación de tales prácticas: organizaciones comunitarias, sistemas escolares, funcionarios de salud, medios de comunicación, organismos internacionales, etc.

Dentro del ámbito de las estrategias de intervención específica en salud, es importante que los programas de inmunización y nutrición fijen metas de cobertura para cada sexo y promuevan la realización de campañas educativas dirigidas a los padres y madres de familia. Para estas últimas se requiere una estrategia educativa adicional: dado que las mujeres se encuentran en una posición de relativa desventaja respecto a los hombres, y dado también el papel decisivo de las madres en la distribución alimentaria y en la atención de la salud de los hijos, es necesario un apoyo especial para fortalecer la autoestima y el poder de autodeterminación de estas mujeres. En la medida en que la madre se valore a sí misma y a su propio género, tenderá menos a subvalorar a sus propias hijas, contribuyendo con ello a romper el círculo vicioso de la subordinación femenina.

La eliminación del exceso de mortalidad y morbilidad de las mujeres durante la niñez sobrevendrá cuando el aporte de la mujer a la sociedad deje de ser invisible y se valore. La erradicación de todas las formas de discriminación sexual que impiden la participación equitativa de los sexos en el proceso de desarrollo ayudará a crear las condiciones mediante las cuales las contribuciones potenciales de las hijas y de los hijos puedan ser percibidas por sus padres y por sus madres como garantes equivalentes de la inversión de sus recursos. Entretanto, es fundamental no perder de vista que “las niñas pequeñas y las mujeres que están sufriendo hoy no pueden esperar tanto. Una acción apropiada para el corto y el mediano plazo tiene que comenzar ahora” (7, pág. 15).

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C., 1980. Documento Oficial 173.
- (2) Organización Mundial de la Salud, Division of Family Health. *Health and the status of women*. Ginebra, 1980. Documento FHE/80.1.
- (3) López, A. D. Diferencias de mortalidad por sexo. *Crónica de la OMS* 38(5):224-232, 1984.
- (4) Waldron, I. Sex differences in illness, incidence, prognosis and mortality: Issues and evidence. *Soc Sci Med* 17(16):1107-1124, 1984.

- (5) Ortmeier, L. E. Female's natural advantage? or, the unhealthy environment of males? The status of sex mortality differentials. *Women Health* 4(2):121-133, 1979.
- (6) Petersen, W. *La población. Un análisis actual*. Madrid, Editorial Tecnos, 1968.
- (7) Ravindran, S. Health Implications of Sex Discrimination in Childhood. A Review Paper and an Annotated Bibliography. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986. Documento to WHO/UNICEF/FHE 86.2.
- (8) Wingard, D. L. The sex differential in mortality rates. Demographic and behavioral factors. *Am J Epidemiol* 115(2):205-216, 1982.
- (9) Freed, R. S. y Freed, S. A. Beliefs and practices resulting in female deaths and fewer females than males in India. *Popul Environ* 10(3):144-161, 1989.
- (10) Waldron, I. Patterns and causes of excess female mortality among children in developing countries. *World Health Stat Q* 40(3):194-210, 1987.
- (11) Taucher, E. Chile: mortalidad de 1 a 4 años de edad. Tendencias y causas. *Notas de población* (CELADE) IX(26):25-54, 1981.
- (12) Chen, L. C. et al. Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. *Popul Dev Rev* 7(1):55-70, 1981.
- (13) D'Souza, S. y Chen, L. Sex differentials in mortality in rural Bangladesh. *Popul Dev Rev* 6(2):257-270, 1980.
- (14) Cook, R. y Hanslip, A. Nutrition and mortality of females under five years of age compared with males in the "Greater Syria Region". *J Trop Pediatr* 10:76-81, 1964.
- (15) Barroso, C. y Amado, T. El impacto de la crisis en la salud de las mujeres pobres en Brasil. En: UNICEF. *El ajuste invisible*. Bogotá, Editorial Gente Nueva, 1989.
- (16) Sennot-Miller, L. La situación de salud y socioeconómica de las mujeres de edad mediana y avanzada de América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., 1990.
- (17) Wray, J. W. y Aguirre, A. Protein-caloric malnutrition in Candelaria, Colombia: Prevalence, social and demographic causal factors. *J Trop Pediatr* 15, 1969.
- (18) Powell, C. A. y McGregor, G. S. The ecology of nutritional status and development in young children in Kingston, Jamaica. *Am J Clin Nutr* 41:1322-1331, 1985.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. *La salud de la mujer en las Américas*. Washington, D.C., 1985. Publicación Científica 488.
- (20) Pelto, G. H. Intra-household food distribution patterns. En: Liss, A. R. *Malnutrition: Determinants and Consequences*. Nueva York, Liss Inc., 1984.
- (21) Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud Materno-infantil. Elementos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Washington D.C., 1987. Documento inédito.
- (22) Winikoff, B. Nutrition, population and health: Some implications for policy. *Science* 200(26):895-902, 1978.
- (23) Scrimshaw, S. C. M. Infant mortality and behaviour in the regulation of family size. *Popul Dev Rev* 4(3):383-404, 1978.
- (24) Drake, W. D. y Fajardo, L. F. *The Promotora Program in Candelaria: A Colombian Attempt to Control Malnutrition and Disease 1968-1974*. Cali, Colombia, Community Systems Foundation Report, 1976.
- (25) Organización Panamericana de la Salud. *The National Food and Nutrition Survey of Guyana*. Washington, D.C., 1976. Publicación Científica 323.
- (26) Nathanson, C. A. The gender-mortality differential in developed countries: Demographic and sociocultural dimensions. En: Ory, M. G. y Warner, R. H. (eds.) *Gender, Health, and Longevity; Multidisciplinary Perspectives*. Nueva York, Springer Publishing Co., 1990.
- (27) Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics Annual 1990*. Ginebra, 1991.
- (28) Gómez Gómez, E. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud, y Desarrollo, 1990. Documento inédito.
- (29) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, vol. 1.
- (30) Chackiel, J. La investigación sobre causas de muerte en la América Latina. *Notas de población* (CELADE) XV(44):9-30, 1987.
- (31) Trinidad y Tabago. Family Planning Association, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/Westinghouse. *Demographic and Health Survey 1987*. Port-of-Spain, Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988.
- (32) México. Secretaría de Salud, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/MACRO Systems. *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud 1987*. México, D.F., Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, 1989.
- (33) Colombia. PROFAMILIA y DHS Institute for Resource Development/MACRO International, Inc. *Colombia. Encuesta de prevalencia, demografía y salud 1990*. Bogotá, PROFAMILIA, 1991.
- (34) Colombia. Corporación Centro Regional de Población, Ministerio de Salud, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/Westinghouse. *Encuesta de prevalencia, demografía y salud 1986*. Bogotá, Corporación Centro Regional de Población, 1988.
- (35) Paraguay. Centro Paraguayo de Estudios de Población, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/MACRO Systems. *Encuesta nacional de demografía y salud 1990*. Asunción, Centro Paraguayo de Estudios de Población, 1991.
- (36) Ecuador. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico-sociales; Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/Westinghouse. *Encuesta demográfica y de salud familiar 1987*. Quito, Ediciones Culturales UNP, 1988.
- (37) Brasil. Sociedade Civil Bem-estar Familiar (BENFAM), Pesquisas Demográficas e de Saúde, Instituto para Desenvolvimento de Recursos (IRD). *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar 1986*. Rio de Janeiro, BENFAM, 1987.
- (38) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/Westinghouse. *Encuesta nacional de salud materno-infantil 1987*. Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 1989.
- (39) Bolivia. Instituto Nacional de Estadística, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development IRD/MACRO Systems. *Encuesta nacional de demografía y salud 1989*. La Paz, Instituto Nacional de Estadística, 1990.

(40) Rodríguez, L. *México: Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida, 1970-1982*. Santiago de Chile, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y Centro Latinoamericano de Demografía, 1989.

(41) Díaz, E. R. *Causas de muerte en Guatemala 1960-1979*. San José de Costa Rica, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Secretaría General del Consejo de Planificación Económica de la República de Guatemala, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, 1987.

(42) Damonte, A. M. *Uruguay: la mortalidad por causas en 1975 y sus perspectivas futuras*. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, Serie C, No.162, 1983.

(43) Puffer, R. R. y Serrano, C. V. *Características de la mortalidad en la niñez*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973. Publicación Científica 262.

(44) Galway, K., Wolff, B. y Sturgis, R. *Child Survival; Risks and the Road to Health*. Columbia, Maryland, Demographic Data for Development Project, Institute for Resource Development/Westinghouse, 1987.

(45) República Dominicana. Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) e Institute for Resource Development IRD/Westinghouse. *Encuesta demográfica y de salud DHS-1986*. Santo Domingo, Consejo Nacional de Población y Familia, 1987.

(46) Estados Unidos de América. Departamento de Salud y Servicios Humanos. *Women's Health: Report of the Public Health Service Task Force on Women's Issues*, vol. 1. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, 1985.

ADOLESCENCIA: EQUIVOCACIONES Y ESPERANZAS

María Helena Henriques-Mueller¹ y João Yunes²

INTRODUCCION

El concepto de adolescencia no siempre ha existido. Como dicen muchos historiadores, el mundo del pasado estaba poblado exclusivamente por niños y adultos (1) y no está claro cuándo ni por qué se introdujo el concepto de adolescencia. Lo que sí sabemos es que se trata de un concepto relativamente nuevo y que, en la mayoría de los casos, está relacionado con un mayor grado de modernización, industrialización y urbanización. Además, varios escritores consideran que el concepto de adolescencia es propio de las sociedades "occidentales" modernas.

Caldwell y Ruzicka (2)³ ofrecen una pista encontrada por casualidad para la identificación de la adolescencia como una etapa de la vida en su explicación de la disminución de la fecundidad a comienzos del siglo en las sociedades industriales. Según esos autores, la mayor educación se convirtió en un factor tan importante para avanzar en la sociedad que los padres de familia estaban dispuestos a eximir a sus hijos de los quehaceres domésticos normalmente esperados de ellos a cambio de más años de escuela. Por ende, la adolescencia llegó a igualarse con el número de años que pasarían educándose los niños para poder aspirar a una vida mejor para sí mismos, sus padres y la sociedad en general.

Si esos años no se dedicaban a la educación, podía suponerse entonces que no habría adolescencia, ya que los padres exigirían la participación económica de sus hijos lo

más pronto posible. En consecuencia, se podría considerar la adolescencia como un concepto vinculado a la clase social. Sin duda alguna, esto explica bastante bien la situación que hay en los países latinoamericanos. Cabe afirmar que en las zonas rurales de América Latina los jóvenes pasan por la pubertad, no por la adolescencia, y que una vez que llegan a la pubertad asumen las obligaciones de los adultos. Además, tal vez por presiones económicas, algunas culturas no reconocen que hay un período de transición de la niñez a la edad adulta. En esas culturas, la adopción de las funciones sociales propias de la edad adulta está marcada por ritos de iniciación; por ejemplo, el compromiso o el matrimonio para la mujer puede obedecer a hechos biológicos, como la primera menstruación.

Por el contrario, el punto de vista del mundo occidental sostiene que la adolescencia prolonga la dependencia, la socialización y el aprendizaje y que sirve para aplazar la entrada a la edad adulta, al matrimonio y a la fuerza de trabajo. De conformidad con ello, las sociedades occidentales han introducido la educación obligatoria, promulgado leyes sobre empleo de los jóvenes, designado servicios en los que se diferencia a los adolescentes de los adultos o los niños y establecido toda una gama de leyes o costumbres sobre la edad mínima para contraer matrimonio.

Las sociedades occidentales y las publicaciones que han inspirado definen la adolescencia como el período de transición entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por umbrales de desarrollo físico, mental, emocional y social. Es una etapa en que los niños pasan de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia (3)⁴. Se considera que durante la adolescencia el desarrollo lleva un ritmo de vaivén.

¹ Especialista Principal en Asuntos Socioculturales, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), París, Francia.

² Jefe, Programa de Salud Maternoinfantil y Población, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

³ Estos autores acentúan la importancia de la educación ampliada para reencauzar las corrientes entre generaciones en su análisis de la transición demográfica australiana. Su argumento básico sugiere que la educación ofrece un instrumento para que los niños puedan convertirse en prósperos trabajadores asalariados y, a causa de eso, en posibles protectores de la familia cuando sus padres lleguen a una edad avanzada.

⁴ Al clasificar la adolescencia como período de transición, la OMS señala las mismas tres dimensiones del desarrollo biológico, psicológico y socioeconómico (4, pág. 11).

De acuerdo con esa idea de la adolescencia como período de transición, los desafíos que afronta el adolescente común se consideran tareas del desarrollo. Estas incluyen la adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con la pubertad y la integración de una madurez sexual en un modelo personal de comportamiento; el alejamiento progresivo de los padres y la familia y el establecimiento de una identidad individual, sexual y social por medio de la relación con sus compañeros; la utilización de una habilidad individual enriquecida; y el desarrollo de los potenciales para actividades ocupacionales y de esparcimiento (4, págs. 18-19).

Sin embargo, este aprendizaje se ve afectado por condiciones socioeconómicas y culturales que pueden demorar el desarrollo por falta de oportunidades. En efecto, las frustraciones causadas por la falta de alternativas para emplear en forma creativa las energías de los jóvenes podría ser el origen de muchos de los problemas relacionados con la adolescencia (4, pág. 19).

Las experiencias de la vida de los jóvenes, como las de todo el mundo, son moldeadas por la sociedad en que viven. Su desarrollo, estilo de vida y salud, así como sus aspiraciones y oportunidades, se ven afectados por la naturaleza de la sociedad a que pertenecen y, dentro de ésta, por su clase social y su género.⁵

En el presente documento se examinan, desde la perspectiva de género, los riesgos para la salud y sus consecuencias durante los años de la adolescencia en la Región de las Américas. Los autores creen que al reconsiderar estas circunstancias desde ese punto de vista se podrán entender mejor la formulación, el diseño y la puesta en práctica de políticas, programas y modelos de prestación de servicios de salud a los adolescentes y, por lo tanto, ayudar a realizar esas tareas.

La definición de adolescencia en función de los indicadores operativos varía según los objetivos de cada estudio. Con el fin de estudiar los riesgos para la salud, el criterio de edad convencional responde a los requisitos de investigación epidemiológica y programación de los servicios de salud. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia ocurre en el segundo decenio de la vida, entre los 10 y los 19 años de edad, y existe una diferencia entre la etapa temprana (10 a 14) y la tardía (15 a 19).

ASUNTOS RELATIVOS AL GENERO EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES

El reconocimiento de las opiniones existentes sobre el género⁶ reviste importancia crítica para interpretar las po-

⁵ En la definición de género empleada en el presente documento se reconoce la diferencia biológica de los hombres y las mujeres, pero también se ponen en tela de juicio las diversas funciones sociales que se les asignan en nombre de esa diferencia (5).

⁶ Los paradigmas de género determinan lo que hacen los hombres y las mujeres, los recursos de que disponen para cumplir sus tareas y la forma en que esas actividades enmarcan su proceso de adopción de decisiones y las recompensas en la vida social (véase 5).

sibilidades de elección de los jóvenes. La imagen del género es el fundamento de la forma en que los adolescentes comienzan a adquirir identidad como hombres y mujeres porque los lleva a interiorizar patrones de conducta esperados que determinan lo que deben ser los hombres y las mujeres. Del mismo modo, las definiciones de género ofrecen modelos que fortalecen la imagen establecida para cada género, que luego se emplean como instrumentos de socialización.

Las interpretaciones previas del género en las publicaciones médicas tienden a igualar el género con el sexo biológico (6) o a concentrarse excesivamente en la identidad sexual basada en una imagen tradicional del género (véase, por ejemplo, [7]). Para citar un ejemplo, Silber y Woodward ([8], pág. 140), al ocuparse de una afección epidémica actual, a saber, las enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia, se refieren a la "...promiscuidad de la niña adolescente" y omiten la importancia del niño adolescente en la propagación de esas enfermedades. Además, las recomendaciones médicas sobre dietas para los jóvenes (9) o el tratamiento analítico de la obesidad (10) y la anorexia nerviosa (11) no reflejan las necesidades ni las complicaciones particulares de cada género.

La profesión médica no es la única que desatiende la influencia de los conceptos de género en la salud y el bienestar. Por ejemplo, en un estudio detallado de los niños callejeros del Brasil (12), en el que se abordaron las estrategias de supervivencia, las características demográficas, la estructura familiar y las perspectivas respecto de la vida de este grupo de edad, raras veces se reflexionó sobre el género al hacer el análisis, a pesar de la vasta naturaleza del trabajo.⁷

Las siguientes son definiciones de género que afectan particularmente la idea de salud, la información, los riesgos, los resultados y el uso de servicios existentes en el medio de los adolescentes.

Caracterización diferencial de los hombres y mujeres adultos. Los hombres se consideran proveedores económicos básicos y las mujeres encargadas del bienestar de la familia y del de cada uno de sus miembros. Eso lleva a lo siguiente:

- *Un conocimiento diferente del mundo exterior.* Los hombres jóvenes suelen excusarse de los quehaceres domésticos, pasar más tiempo libre fuera de la casa, tener más experiencias y sentirse más cómodos con el mundo exterior; por el contrario, las mujeres jóvenes son más protegidas y se mantienen encerradas como parte de su adiestramiento para cuidar a la familia.

⁷ Las pocas observaciones basadas en el género incluyen el hecho de que la participación económica de los varones jóvenes es el doble de la de las jóvenes, aunque estas últimas tienen una ligera ventaja en cuanto a participación escolar (13, pág. 49); una vasta mayoría de los jóvenes callejeros de las zonas urbanas son hombres (de 97% en Belén hasta 84% en Recife) (14, pág. 77); y las jóvenes señalan la prostitución como su actividad principal (15, págs. 140-142).

- *Diferentes oportunidades de información, educación y adiestramiento.* Los padres de familia suelen favorecer la educación y el adiestramiento de los varones más que de sus hijas. Además, se cree que al considerar un trabajo o una carrera, las jóvenes suelen escoger campos menos difíciles que obstaculizarían menos el cumplimiento de las responsabilidades familiares previstas.

- *Diferentes patrones de conducta riesgosa.* La imagen predominante de los hombres los presenta como audaces, fuertes y dinámicos, dispuestos a asumir riesgos. Por el contrario, se espera que la mujer sea pasiva, necesite protección, evite los riesgos y sea seductora. En consecuencia, los varones adolescentes están más dispuestos a tomar riesgos y son más susceptibles a sufrir accidentes prevenibles; para la adolescente, el embarazo es el peor accidente. Son muy pocos los varones adolescentes que necesitan hospitalización para el tratamiento de problemas de salud relacionados con la conducta sexual, pero las causas relacionadas con el embarazo representan el mayor número de hospitalizaciones de mujeres jóvenes.

Enfoque distinto de la sexualidad de la mujer y del hombre. La sexualidad del hombre se da por sentada y guarda relación con el placer; sin embargo, a la mujer se le dice que debe reprimir sus impulsos sexuales por razones sociales y para prevenir un embarazo indeseado. Las razones y consecuencias de esos enfoques son los siguientes:

- *Explicaciones simplistas basadas en las variaciones hormonales.* La naturaleza de los cambios físicos de la adolescencia y el momento en que ocurren tienen importancia psicológica y afectan la conducta; la variación de las concentraciones hormonales forma parte de esos cambios, como se ha documentado en diversos estudios (citados en 4). Sin embargo, eso no quiere decir que las diferencias individuales de la libido después de la pubertad se deban a las diferencias de la concentración hormonal; hay variaciones del impulso sexual que no están determinadas principalmente por las concentraciones hormonales.

- *Apoyo social para iniciar y mantener una vida sexual activa, diferenciado por género.* Los estudios antropológicos y las encuestas realizadas entre adultos jóvenes de las Américas (16) dan testimonio de que los varones y las mujeres jóvenes pasan por experiencias distintas al comienzo de su actividad sexual. La aprobación y la esperanza de un buen desempeño sexual caracterizan el mensaje social para los varones; en el caso de las jóvenes, se espera una entrada tardía a la vida sexual activa, a tal punto que dicen siempre que les sorprende el primer coito. Estas características entrañan riesgos psicológicos disímiles para cada sexo y dificultan más la anticoncepción preventiva para ambos.

- *Conducta anticonceptiva diferenciada por género.* Las respuestas a las preguntas sobre relaciones sexuales entre

los adolescentes, según indican las encuestas de adultos jóvenes,⁸ muestran que la educación sexual no es completamente accesible para los adolescentes, o no se les imparte o no es entendida por ellos. Las mujeres jóvenes a menudo declaran temer que el uso de anticonceptivos interfiera con las esperanzas de sus parejas y con el placer de tener relaciones sexuales.⁹ Además, aunque los conocimientos sobre la anticoncepción parecen estar generalizados, hay grandes barreras psicológicas y prácticas para lograr un verdadero acceso a ella.

- *Violencia contra la mujer.* El desequilibrio predominante entre los dos géneros es el fundamento de la falta de autoestima de la mujer y la falta de respeto por los derechos de la mujer, así como de la violencia contra la mujer (19). Hoy en día, la gente está más consciente de la violencia sexual generalizada que aflige a la mujer; en algunos países, gran parte de esa violencia se concentra en la mujer adolescente (20). Las enfermedades de transmisión sexual o el embarazo estigmatizan mucho a las adolescentes; en el caso de los varones adolescentes, esos acontecimientos se consideran "gajes del oficio".¹⁰

Falta de una definición de salud reproductiva apropiada para cada género. Los adolescentes reciben imágenes contradictorias y estereotipadas de lo que constituye la salud reproductiva de cada género, que provienen de sus padres, los medios de comunicación, el sistema educativo, sus compañeros y los programas orientados hacia los adolescentes. Se desconoce hasta qué punto esos mensajes contradictorios limitan la capacidad que tienen los adolescentes de disfrutar de las relaciones sexuales sin temor de infección, embarazo indeseado o coerción.

- *Satisfacción en la sexualidad.* Un conocido sexólogo brasileño afirma que en la cultura latinoamericana pocos adolescentes tienen la información y la estructura emocional necesarias para disfrutar de su sexualidad (21). De hecho, una serie de encuestas de adultos jóvenes realizadas en el Brasil mostró sentimientos muy marcados en cuan-

⁸ En el informe de Jamaica (17) se incluye un ejemplar del cuestionario estándar empleado en estas encuestas. En la mayoría de los sitios de las encuestas, las preguntas sobre actividad sexual se concentraron en la primera experiencia sexual y en la actividad sexual durante el mes anterior a la encuesta. A ese respecto, se preguntó la edad, la clase de pareja, el uso de anticonceptivos, las razones para abstenerse de usarlos, la frecuencia del coito y el número de parejas.

⁹ La serie de encuestas de adultos jóvenes permite comprobar que, por lo general, la razón que ocupa el segundo lugar entre las más importantes dadas por las mujeres jóvenes para abstenerse de usar anticonceptivos durante las relaciones sexuales es la idea de que a su pareja no le gustaría. Esta razón no parece ser tan importante para los varones jóvenes (18).

¹⁰ Un buen ejemplo de las diferentes normas aplicadas a la sexualidad de los hombres y las mujeres está en la cobertura periodística dada a Magic Johnson, el famoso baloncestista estadounidense, cuando declaró que estaba infectado por el VIH. En su declaración, el Sr. Johnson reveló que tenía relaciones sexuales con mucha frecuencia. La mayoría de los artículos periodísticos sobre el tema clasificó esa norma de conducta como típica de los jugadores de baloncesto y en ningún momento se tildó de prostituto al famoso deportista. Si el Sr. Johnson hubiera sido mujer, ¿se le habría juzgado lo mismo?

to a la primera experiencia sexual de cada género. Más del 70% de las adolescentes declararon que habían sentido dolor, amor y temor, en tanto que el sentimiento predominante entre los varones fue el placer (22). El sentido de culpabilidad, la ansiedad por exponerse al riesgo de embarazo y el temor de las consecuencias sociales de la pérdida de la virginidad son algunos de los sentimientos que explican la incomodidad sentida por las adolescentes.

- *Enfermedades de transmisión sexual.* Aunque las infecciones de las vías reproductivas están propagadas, los programas de exámenes escolares y clínicos no se ocupan mucho de ellas, aunque son debilitantes, puedan comprometer la seguridad de la anticoncepción y causar esterilidad, pérdida del producto del embarazo y muerte (23). Se ha comprobado que las mujeres son menos dadas a buscar asistencia médica para esas infecciones por el estigma social que acarrear. Además, a las mujeres siempre se les culpa de propagar esas enfermedades porque la movilidad sexual del hombre se acepta y se da por sentada y no se conoce bien la etiología de la infección de un sexo en comparación con el otro.

- *Prevalencia del SIDA.* Las estadísticas recientes sobre el SIDA señalan la mayor vulnerabilidad de la mujer a la enfermedad, y en las publicaciones sobre el tema se afirma que "...la baja condición social de la mujer dentro de la familia y la sociedad, la falta de ingreso independiente y su dependencia social y económica del hombre acentúan su vulnerabilidad... restándole capacidad para controlar las circunstancias personales y socioeconómicas que la exponen a riesgo" (24, pág. 3). Además, la prevalencia del SIDA va en aumento en los adolescentes y la serie de encuestas de adultos jóvenes muestra que el grado de prevención que ejercen las mujeres equivale a la mitad del correspondiente a los hombres (22).

- *Embarazo de adolescentes.* El embarazo en los años de la adolescencia constituye una grave amenaza para el desarrollo psicosocial de la joven embarazada. Las pruebas encontradas en las publicaciones señalan que la mujer que ha tenido sus primeros embarazos en la adolescencia sufre varias desventajas socioeconómicas en épocas avanzadas de su vida. Asimismo, sus hijos sufren a menudo desventajas intelectuales, educativas y sociales (25). Los embarazos de adolescentes también producen gastos elevados para la sociedad, dado el número de camas usadas en los hospitales para el tratamiento de las secuelas del aborto ilegítimo y el efecto económico de la inversión restringida en el capital humano que representan los adolescentes.

Necesidad de discutir un concepto más amplio de salud en la adolescencia. Por lo general, los mensajes de salud para las jóvenes se centran en la salud reproductiva; para los varones adolescentes, las discusiones se enfocan parti-

cularmente en las drogas, el alcohol y los hábitos de conducción de vehículos. Se necesitan con urgencia discusiones sobre la promoción de la salud de ambos géneros con respecto a los siguientes asuntos:

- *Espacio/proveedor de salud.* Se ha debatido abiertamente en dónde se deben atender las necesidades de salud de los adolescentes y quién debe hacerlo. Las personas con experiencia en programas orientados hacia ellos dicen que para los médicos u otros proveedores de atención de salud es menos importante ser especializados que considerar a los adolescentes como personas y sentirse cómodos con sus problemas y características. Los proveedores deben crear un ambiente en que la comunicación sea posible, entender todo el marco del problema e identificar a otros protagonistas que estén en el medio. En resumen, los aspectos psicológicos y sociales son tan importantes como los físicos.

- *Hábitos y requisitos en materia de alimentación.* Hay necesidades nutricionales diferentes a lo largo de la vida. Por ejemplo, se acepta que la cantidad de hierro que necesita una mujer en edad reproductiva por causa de la pérdida de sangre menstrual, es mayor que la que requiere un hombre de la misma edad. Aunque muchos adolescentes comen casi todo el tiempo fuera de su casa, hay pocas pruebas de que sufran carencias nutricionales generalizadas, excepto en el caso del hierro en la mujer. Sin embargo, la ansiedad y la timidez respecto de la evolución que sufre el cuerpo, especialmente el de la niña, a veces guardan relación con trastornos de la alimentación y una elevada incidencia de obesidad y anorexia en ese grupo (26).

- *Establecimiento de redes de apoyo.* La adquisición de una identidad es un proceso complejo y la ansiedad por el futuro aumenta durante los años de la adolescencia. Por ejemplo, se ha comprobado que los programas concebidos con un marco amplio y que cubren arte, deportes y otras materias tienen más éxito que los proyectos cuyo punto de vista es estrecho. También se ha reconocido ampliamente que la pobreza y la falta de actividades importantes en este grupo de edad es la razón del creciente número de niños callejeros.

- *La salud mental es decisiva para el bienestar.* La adolescencia es una etapa crítica para la formación de valores y patrones de conducta. Es un período caracterizado por rebeldía e independencia, complementado con mayor responsabilidad y estrés. Los padres de familia, las autoridades escolares, los miembros de la comunidad y el personal de salud deben abrir canales para la experimentación segura de los jóvenes, conducentes a un mayor grado de autonomía.

Los asuntos citados deben analizarse en función de los problemas que afrontan hoy en día las sociedades de la Re-

gión, problemas que obviamente representan una carga más para los adolescentes. La crisis económica y la falta de oportunidades de empleo están entre los problemas más graves que aquejan a los jóvenes en la actualidad.

La migración de las zonas rurales a las urbanas, que tanto se ha acelerado en los dos últimos decenios, ha agravado el problema en las zonas metropolitanas y engrosado mucho las tristes filas de niños callejeros. Aun donde la pobreza no obliga a los niños a salir a la calle, la migración a nuevas zonas deja a los adolescentes sin sus mecanismos normales de apoyo y sin fuentes de información sobre atención de salud.

En muchos países ha ido mejorando la condición de la mujer y, de paso, ha creado nuevas expectativas para las jóvenes con respecto al matrimonio, el trabajo y la crianza de los hijos e impuesto nuevas demandas de mejor acceso de la mujer a recursos educativos, ocupacionales y políticos. A menudo la regla consiste en dar consejos contradictorios, que confunden la imagen que tiene la mujer de sí misma y crean ambigüedad en sus relaciones con otros. Estas incompatibilidades alejan a la mujer joven de su medio y pueden ser perjudiciales para su salud.

Puesto que muchos problemas de salud de los adolescentes surgen de un complejo medio social, su mejor solución exigirá un enfoque integrado y dinámico del que los servicios de salud son solo un aspecto.

CUESTIONES DE SALUD

El contexto

La población adolescente ha alcanzado un número sin precedentes y en la actualidad representa cerca del 25% de la población total de las Américas. Se estima que en el año 2000 habrá 224,4 millones de adolescentes en la Región, 70% de los cuales vivirán en América Latina y el Caribe.

Los adolescentes están igualmente distribuidos por sexo y grupos de edad. La tendencia regional se orienta hacia la concentración de los jóvenes en las zonas urbanas; de hecho, los adolescentes del sector urbano representan 85% de su grupo de edad. Las adolescentes del sector rural tienen un mayor índice de analfabetismo, a pesar de las recientes mejoras del grado de alfabetización de la mujer en la Región.

Se estima que el 8% de los adolescentes menores de 14 años son económicamente activos, pero se cree que esa cifra se subestima. El índice de desempleo de los jóvenes es de dos a tres veces mayor que el de los adultos.

Los problemas de salud de los adolescentes se caracterizan por una importante dimensión psicosocial y una re-

ducida proporción de problemas orgánicos. En ese sentido, la salud se convierte en un estado de equilibrio dinámico entre su organismo y el medio ambiente, y los adolescentes que adquieren poder deben creer que controlan los recursos y servicios necesarios para crecer de una forma equilibrada. Sin embargo, el hecho de que los adolescentes crean en su poder e inmortalidad los lleva muchas veces a olvidarse de sus limitaciones y, a veces, a arriesgar la vida.

Puesto que la madurez física se logra mucho antes que la psicológica y cognoscitiva, la adolescencia es un período de gran vulnerabilidad a los accidentes (27, pág. 3). Gran parte del tratamiento y la prevención de problemas de salud en los hospitales y servicios ambulatorios guarda relación con patrones de conducta riesgosa. Los tipos de comportamiento y los riesgos que afectan a las niñas y los niños son distintos y lo mismo sucede con los "accidentes", pero ambos revisten suma importancia.

En general, en los primeros estudios hechos en los países desarrollados (citados en 4, págs. 44-45) en los que se trató de documentar la opinión de los jóvenes con respecto a los temas de salud, se destacó la vulnerabilidad psicológica de los adolescentes. En estas investigaciones se notó que el estrés y la tensión eran motivos de preocupación personal en Suiza; y la depresión, el congeniar con los padres y los hermanos, el nerviosismo, la posibilidad de hacer amigos, el acné, la obesidad y el desarrollo como adultos eran importantes en Australia. Los adolescentes de América del Norte, por otra parte, citaron el abuso de drogas, el tabaquismo, el alcoholismo y las condiciones de vida antihigiénicas entre sus motivos de preocupación.

Los adolescentes no son un grupo homogéneo; las diferencias de clase social y las que existen dentro de cada grupo repercuten en la evaluación de su estado de salud y en sus necesidades al respecto. Además, las experiencias de los adolescentes en los países en desarrollo son muy distintas de las de los jóvenes de los países industrializados, que pueden entrañar diferentes necesidades de salud.

Todas las consideraciones citadas hacen del análisis del estado de salud de los adolescentes un asunto complejo que debe reflejar las necesidades incipientes de este grupo. En este documento se evalúa el estado de salud en relación con la mortalidad, la morbilidad y la conducta riesgosa como forma de buscar una definición más amplia.

Los asuntos de interés

Los problemas de salud de los adolescentes suelen ser muy distintos de los que surgen en otras edades. Las tasas de mortalidad y morbilidad en la adolescencia parecen ser bastante bajas en comparación con las observadas en otras etapas de la vida. La reducción de la prevalencia de

enfermedades infecciosas ha disminuido mucho la morbilidad y mortalidad por riesgos ambientales pero, en el último decenio, los riesgos relacionados con la conducta parecen haber adquirido más importancia.

La evaluación del perfil de salud de los adolescentes está enmarcada por sus amplias necesidades y exigencias en materia de salud. Esta evaluación permite establecer distintas repercusiones en la salud para cada género, basadas en sus diferentes necesidades, creencias, patrones de conducta y consecuencias.

Requisitos físicos

Nutrientes básicos

Durante la adolescencia el cuerpo crece más rápido que en cualquier otra etapa, con excepción del primer año de vida. Además, el ritmo de los cambios físicos de la adolescencia se ha acelerado: la edad del comienzo de la madurez física ha venido reduciéndose, el crecimiento y el desarrollo físico ocurren a un ritmo acelerado y hay una tendencia a alcanzar un mayor tamaño en la edad adulta (4, pág. 20).

Junto con este umbral de crecimiento, hay más necesidad de proteína, hierro, zinc y calcio. En las adolescentes, la menstruación y el embarazo aumentan los requisitos de hierro (28). Sin embargo, el empeño de las jóvenes en mantener una figura atractiva, según se indica en las encuestas de adolescentes (17), y algunas prácticas culturales en cuanto a la distribución intrafamiliar de alimentos, pueden hacer que la ingesta alimentaria sea deficiente (véase el trabajo titulado "Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez", que comienza en la pág. 27).

Un problema común de ambos géneros durante esta etapa de la vida es la tendencia a concentrarse excesivamente en ciertas clases de alimentos y el consumo deficiente de otros. Por ejemplo, la caries dental es frecuente; en los países desarrollados aumenta la frecuencia de anorexia y bulimia en las jóvenes, y en los países en desarrollo la desnutrición es todavía un factor importante para ambos géneros, en particular, para la mujer.

Hábitos de higiene

Los cambios físicos relacionados con la madurez sexual son motivo de profunda preocupación para los adolescentes. También crean un posible medio de propagación de infecciones.

Las mujeres jóvenes tienen que entender que la menstruación es un proceso natural y que deben adquirir hábitos de higiene propios de ese proceso; que pueden con-

traer infecciones por medio de las relaciones sexuales y del uso de paños menstruales sucios. También tienen que entender claramente lo relativo a irregularidades, cólicos y al volumen y duración del flujo. Por otra parte, los jóvenes también deben aprender hábitos de higiene y saber que pueden tener un orgasmo involuntario durante el sueño.

Prevención de las enfermedades de transmisión sexual

Dixon-Mueller y Wasserheit (29), al discutir la naturaleza, la posibilidad y los factores determinantes de las infecciones de las vías reproductivas, ofrecen un amplio análisis del papel de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) dentro de este grupo de infecciones.

Desde el punto de vista biológico, las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de contraer ETS con un solo coito (Hatcher *et al.*, 1989, citado en 29, pág. 11), pueden sufrir consecuencias más graves a largo plazo por esa causa y están expuestas al riesgo de contraer enfermedades por medio de la conducta sexual de sus parejas y por la suya propia (29).

El doble criterio moral sobre la conducta sexual facilita la continua transmisión de enfermedades por hombres infectados de todas las edades y deja a las mujeres sin autoridad para exigir relaciones sexuales con protección y menos dispuestas a superar las barreras para buscar tratamiento una vez que se dan cuenta que han contraído la enfermedad.

Obviamente, es preciso acabar con el estigma de las ETS para los jóvenes, que impone una carga más pesada a la mujer; explicar la etiología de los diversos tipos de enfermedades a los adolescentes y darles los consejos necesarios para que los jóvenes de ambos sexos tengan derecho a disfrutar de una sexualidad sana y responsable.

Requisitos psicológicos

Según las etapas de desarrollo cognoscitivo de Piaget (Piaget, 1970, citado en 4), durante la adolescencia, el individuo adquiere primero la capacidad de reflexión abstracta sistemática y racional. En consecuencia, las reglas para los adultos pasan por un período crítico de selección antes de que el adolescente escoja, lo que da campo para conflicto entre este y las figuras de autoridad.

Esta selección crítica de órdenes y códigos de conducta es indispensable para la formación de la identidad, el establecimiento de la opinión de un adolescente y la ampliación de la capacidad cognoscitiva para manejar situaciones sociales y relacionarse con la sociedad en general.

A menudo, la necesidad de aprobación que tiene un adolescente lo lleva a una interacción emocional más estrecha

con sus compañeros, lo que no significa necesariamente que se aleje de los valores y la influencia paternos. Sin embargo, la seguridad interna de un adolescente depende de la aceptación de sus compañeros y de las oportunidades de lograr prestigio y reconocimiento entre ellos.

Las exigencias de la vida moderna han ampliado las oportunidades de estrés y han dificultado más la comunicación entre los padres y los adolescentes. Por una parte, los padres pasan menos tiempo libre con sus hijos para darles orientación y apoyo; por otra, la comunicación con los adolescentes se caracteriza por el debate, como se indicó antes, lo que no motiva a los padres a dejar campo para la conversación. Además, las dificultades sociales que afronta cada generación han cambiado y tanto los padres como los adolescentes suelen preguntarse si los padres tienen la capacidad necesaria para dar consejos útiles.

Hay otras razones para el estrés. Primero, el desarrollo tecnológico ha impuesto mayores requisitos en materia de educación y adiestramiento, lo que, junto con las menores oportunidades a consecuencia de la crisis económica del decenio de 1980, ha demorado la entrada a la fuerza laboral y la independencia económica. En consecuencia, la madurez reproductiva ocurre mucho antes que la económica y eso tiene tremendas repercusiones para la salud reproductiva de las jóvenes.

Al mismo tiempo, se han liberalizado las costumbres sexuales y ese mensaje se transmite claramente por los medios de comunicación. La propaganda de sustancias y productos causantes de toxicomanía, así como las insinuaciones sexuales y la incitación a la violencia son asuntos de rutina en la radio y la televisión.

Con el fin de encontrar personas que ayuden a los adolescentes a adaptarse a la transición, será necesario entender claramente todos esos asuntos y discutir con franqueza los patrones de conducta riesgosos. Obviamente, hay motivos de frustración para ambos géneros, pero su naturaleza es diferente.

Conducta de riesgo

La experimentación y la toma de riesgos son parte natural del crecimiento. Aunque la conducta que acarrea riesgos puede representar un peligro para la salud, también le da al joven la sensación de ser "adulto" y eso es esencial para la autoestima del adolescente. Por esa razón, el crecimiento de un adolescente debe incluir experiencias que entrañen riesgos y experimentación, así como conocimiento, evaluación y control de los riesgos (4).

Sin embargo, los jóvenes tienen al parecer más oportunidades de demostrar una conducta riesgosa que entrañe mayores peligros que los otros grupos de la población. Esas oportunidades guardan relación con un nuevo estilo de vida predominante en las sociedades modernas, que incluye tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias, liberaliza-

ción de la mayoría de edad fijada para conducir y desatención a las reglas de tránsito. La madurez biológica precoz y las costumbres más liberales en lo que se refiere a conducta sexual han facilitado mucho el ingreso precoz a la vida sexual activa y, a causa de los tabúes sociales afines, son un importante elemento de la morbilidad y mortalidad relacionadas con la capacidad reproductiva.

Cuando se trata de personas sexualmente maduras, las relaciones sexuales sin tomar precauciones representan un riesgo de enfermedades de transmisión sexual y de embarazo. En la primera eventualidad, el riesgo es mayor para la mujer, como ya se discutió, y en el segundo es exclusivo de ella.

Se ha escrito mucho sobre los índices, factores determinantes y consecuencias del embarazo de adolescentes en la Región de las Américas,¹¹ pero no se sabe casi nada del padre adolescente. La mayoría de los programas relacionados con el embarazo de adolescentes se concentran en las jóvenes y se omite por completo a sus parejas adolescentes.

Es preciso compartir con los adolescentes de ambos géneros lo que se sabe sobre los límites y consecuencias de la conducta riesgosa, mejorar sus medios de protección, fomentar la confianza de los adolescentes en dichos medios y facilitarles su empleo.

Confidencialidad y consentimiento

La condición jurídica de los menores de edad en la mayoría de los países de las Américas les confiere una protección especial que no se da a los adultos; al mismo tiempo, muchos de los beneficios que tienen los adultos al ejercer su derecho de elección no están a disposición de los menores sin el consentimiento de sus padres (3).

Por la naturaleza de sus preocupaciones y los problemas en que se involucran, los adolescentes raras veces desean que sus padres participen en las discusiones sobre su salud. Por tanto, la confidencialidad es la clave del éxito en el trato de los jóvenes de uno y otro sexo. Los proveedores de salud deben tener mucho cuidado al evaluar la necesidad de que los padres participen en la discusión; la gravedad del problema y la necesidad de garantizar otras fuentes de apoyo son los criterios fundamentales en esa decisión. En todo caso, el consentimiento de los adolescentes es indispensable para la participación de terceros.

Con el paso del tiempo, los cambios de las reglas jurídicas han permitido abordar asuntos tales como si un menor tiene el derecho a consentir que se le administre un tratamiento médico desaprobado por sus padres o sin su conocimiento y, de ser así, a qué edad y en qué condiciones. Ese cambio ha sido desencadenado, en gran parte,

¹¹ Los interesados en un buen análisis del tema deben consultar la excelente serie patrocinada por The Alan Guttmacher Institute (30 - 33).

por las mayores necesidades de salud de los adolescentes, matizadas de complicaciones sociales y elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por accidentes, abuso de drogas y alcohol, conducta sexual y embarazo (3).

PRUEBAS DE MORTALIDAD

Al analizar los datos de mortalidad, son importantes consideraciones la cobertura y la fiabilidad, máxime en el caso de la mortalidad de los adolescentes porque la muerte es un acontecimiento raro en esa etapa de la vida. No obstante, las tasas de mortalidad por causa indican una incidencia selectiva de factores que señalan determinados campos que se deben abordar en los programas de salud destinados a este grupo.

Al interpretar las cifras sobre mortalidad por causa hay que tener cuidado. Solo ciertos países latinoamericanos ofrecen información fidedigna sobre este aspecto. Por eso en el examen de datos no se deben acentuar las comparaciones de tasas de mortalidad entre los países, sino las diferencias de mortalidad de los grupos clasificados por sexo y edad dentro de cada país. La disponibilidad de datos de mortalidad y su calidad se tuvieron en cuenta al seleccionar países y fechas dentro de la Región.¹² La información provino del banco de datos de la Organización Panamericana de la Salud en Washington. Las causas de defunción se tomaron de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, 9ª revisión, 1975 (CIE-9) o se armonizaron con esa obra.

Se trató de proporcionar un panorama representativo de la situación existente en las Américas. Con ese fin, se tomaron por lo menos dos países de cada una de las subregiones: Colombia y el Ecuador de la Subregión Andina; la Argentina, Chile y el Paraguay del Cono Sur; el Brasil y México, por su importancia cuantitativa; Belice, Costa Rica y Panamá del Istmo Centroamericano; Cuba y Puerto Rico del Caribe Latino; Barbados y Trinidad y Tabago del Caribe de habla inglesa, y el Canadá y los Estados Unidos de América del Norte.

En el Cuadro 1 se presentan los porcentajes de causas de defunción mal definidas, por sexo, en cada grupo de edad de los adolescentes. Entre los países estudiados, en el Ecuador, el Paraguay, el Brasil, Belice y Panamá más del 10% de las defunciones correspondió a causas mal definidas en 1986.

Como se observa en el Cuadro 1, el porcentaje de causas mal definidas se reduce dentro de cada grupo de edad y cada sexo; el Canadá y los Estados Unidos son la única

excepción de esa regla, pero sus porcentajes de defunción por causas mal definidas son los menores de todos los países estudiados, con excepción de Cuba, y se acercan al 1% en el caso de los varones y al 2% en el de las mujeres.

En la mayoría de los países seleccionados, las defunciones de mujeres jóvenes presentan un porcentaje mucho mayor de causas mal definidas en las dos fechas consideradas. Las pocas excepciones de esa tendencia están representadas por Chile, Panamá y el Paraguay en el grupo de 10 a 14 años, Puerto Rico, en el de 15 a 19 y Cuba en ambos. Aun teniendo en cuenta las mejoras del registro de la causa de defunción observadas en todo el período estudiado, los certificados de defunción de las mujeres no parecieron beneficiarse tanto de las mejoras como los de los hombres. Sugerimos que esta comprobación coherente puede reflejar un cierto grado de descuido al evaluar las defunciones de mujeres jóvenes; también es posible que, por razones culturales y jurídicas, las defunciones por complicaciones del aborto no se registren como tales. En todo caso, parece haber discriminación por sexo al llenar los certificados de defunción de los jóvenes.

En lo que se refiere a los niveles de mortalidad, las tasas de defunción de las personas jóvenes son bajas en comparación con las de los lactantes y los ancianos; su proporción por cada 100 000 habitantes en los grupos seleccionados se presenta en el Cuadro 2. Según las cifras de 1986, la proporción de mortalidad de adolescentes dentro de la tasa general de la Región es muy baja y varía del 1% de todas las defunciones en los Estados Unidos de América al 3,7% en México.

En el análisis de mortalidad de los adolescentes se destacan algunos hechos de importancia. Primero, la mortalidad del grupo de 15 a 19 años es de 1,5 a 3 veces mayor que la del grupo de 10 a 14 años; por tanto, convendría hacer un análisis separado.

En general, las tasas de mortalidad de los varones adolescentes son mucho mayores que las de las mujeres del mismo grupo de edad (excepto en Trinidad y Tabago en el grupo de 10 a 14 años y en Belice en el de 15 a 19 años en 1976); la mortalidad masculina es mayor que la femenina en proporción del 40 a más del 100% (en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años, respectivamente). Además, la diferencia de mortalidad por sexo ha aumentado en todos los países, con excepción del Canadá en el decenio objeto de consideración.

Al parecer, dos patrones caracterizan las diferencias de mortalidad por sexo cuando se trata de reducir la tasa correspondiente a los jóvenes en la Región. En América del Sur, la composición de las tasas de mortalidad por sexo aumentó porque la mortalidad en los varones jóvenes se redujo a un ritmo más lento que la de las mujeres jóvenes. En el Caribe Latino, los países de habla inglesa del Caribe y América del Norte, se redujo la brecha de la tasa de mortalidad entre los sexos al disminuir el ritmo de reduc-

¹² Los países seleccionados varían mucho en cuanto al subregistro del total de defunciones. Las estimaciones de este subregistro en los países de América Central y del Sur estuvieron a cargo del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y fueron publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (34). Colombia y el Paraguay muestran porcentajes de subregistro superiores al 30% (35,5 y 47,8%, respectivamente); en el otro extremo, esos porcentajes son inferiores al 10% en la Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México y Venezuela.

Cuadro 1. Porcentaje de causas de defunción mal definidas y composición por sexo de esos porcentajes, por grupo de edad, en países selectos de las Américas, 1976 y 1986.

Subregiones, países y grupos de edad	1976			1986		
	Hombres	Mujeres	Composición por sexo	Hombres	Mujeres	Composición por sexo
Subregión Andina						
Colombia						
10-14	9,3	12,7	0,73	5,7 ^b	6,4 ^b	0,89
15-19	6,3	8,8	0,72	2,7 ^b	4,4 ^b	0,61
Ecuador						
10-14	...	...	...	12,9	15,6	0,83
15-19	...	...	...	10,3	13,1	0,79
Cono Sur						
Argentina						
10-14	6,0 ^a	9,6 ^a	0,62	1,8	2,4	0,75
15-19	4,9 ^a	7,4 ^a	0,66	2,2	4,7	0,47
Chile						
10-14	8,4	5,5	1,53	6,8	5,6	1,21
15-19	5,9	10,4	0,57	2,4	3,3	0,73
Paraguay						
10-14	17,4	13,5	1,29	10,0	16,9	0,59
15-19	14,9	20,7	0,72	17,5	15,3	1,14
Brasil						
10-14	15,3 ^a	18,0 ^a	0,85	13,4	16,2	0,83
15-19	11,5 ^a	14,3 ^a	0,80	9,3	14,0	0,66
Istmo Centroamericano						
Belice						
10-14	33,3	60,0	0,56	12,5	-	-
15-19	16,7	28,6	0,58	-	-	-
Costa Rica						
10-14	9,2	2,1	4,38	1,4	-	-
15-19	1,5	2,3	0,65	2,1	-	-
Panamá						
10-14	16,5	13,8	1,20	12,7	10,8	1,18
15-19	5,2	13,6	0,38	1,4	10,1	0,14
Caribe Latino						
Cuba						
10-14	1,7	0,5	3,40	0,7	0,6	1,17
15-19	0,9	0,8	1,12	0,5	0,2	2,50
Puerto Rico						
10-14	-	2,2	-	1,8	-	-
15-19	2,6	1,8	1,44	0,5	1,9	0,26
Caribe						
Barbados						
10-14	-	-	-	20,0	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago						
10-14	-	3,4	-	-	-	-
15-19	4,2	19,5	0,22	5,6	7,7	0,73
América del Norte						
Canadá						
10-14	1,1 ^a	1,1 ^a	1,00	1,2	2,5	0,48
15-19	0,8 ^a	1,0 ^a	0,80	1,7	2,0	0,85
Estados Unidos						
10-14	1,2	1,5	0,80	1,8	2,0	0,90
15-19	1,8	2,0	0,90	1,4	2,5	0,56
México						
10-14	9,9	12,6	0,78	2,5	3,6	0,69
15-19	6,2	10,2	0,61	1,8	3,8	0,47

^a Los datos se refieren a 1977.^b Los datos se refieren a 1984.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1992.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad en la adolescencia, por sexo, en países selectos de las Américas, 1976 y 1986 (tasas por 100 000).

Subregiones, países y grupos de edad	1976		1986	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Subregión Andina				
Colombia				
10-14	89,8	64,9	68,1 ^b	42,0 ^b
15-19	153,1	108,6	145,2 ^b	67,7 ^b
Ecuador				
10-14	...	...	75,7	58,7
15-19	...	...	138,2	88,7
Cono Sur				
Argentina				
10-14	61,7 ^a	44,6 ^a	46,7	29,7
15-19	121,4 ^a	80,4 ^a	103,4	53,0
Chile				
10-14	69,6	57,2	44,1	29,2
15-19	124,2	86,6	99,5	44,6
Paraguay				
10-14	89,6	87,8	57,8	48,3
15-19	167,0	142,9	91,8	80,1
Brasil				
10-14	61,0 ^a	40,1 ^a	63,1	39,6
15-19	122,7 ^a	67,5 ^a	160,4	64,4
Istmo Centroamericano				
Belice				
10-14	63,8	54,4	82,2	10,6 ^c
15-19	85,7	98,6	73,5	75,9
Costa Rica				
10-14	50,3	32,4	48,9	30,0
15-19	113,6	70,6	64,1	37,9
Panamá				
10-14	78,0	55,2	39,6	27,6
15-19	110,2	73,3	109,6	55,3
Caribe Latino				
Cuba				
10-14	49,1	34,7	53,6	34,9
15-19	108,7	91,2	104,7	92,5
Puerto Rico				
10-14	51,9	25,3	33,5	20,7
15-19	119,7	33,8	113,0	30,9
Caribe				
Barbados				
10-14	50,0	50,0	46,2	33,3
15-19	138,5	26,7	38,5	41,7
Trinidad y Tabago				
10-14	41,7	45,9	31,2	28,8
15-19	112,0	66,8	87,0	62,8
América del Norte				
Canadá				
10-14	41,3 ^a	26,2 ^a	26,6	18,3
15-19	146,6 ^a	52,2 ^a	104,4	42,1
Estados Unidos				
10-14	43,3	24,6	36,1	20,3
15-19	137,7	52,5	124,3	48,6
México				
10-14	100,3	68,9	62,8	37,1
15-19	183,2	105,9	142,1	60,5

^a Los datos se refieren a 1977.

^b Los datos se refieren a 1984.

^c Se refiere a una defunción solamente.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1992.

ción de la tasa de mortalidad femenina. Es verdad que las tasas de mortalidad de hombres y mujeres en esa última región son inferiores a las de América del Sur; además, los valores ya más bajos de la mortalidad femenina pudieran hacer aún más difíciles otras reducciones o un ritmo más acelerado de disminución.

La variación de las tasas es considerable; en el Area Andina, el Cono Sur y el Istmo Centroamericano, las mayores tasas de defunción masculina en 1976 fueron de alrededor de 80 por cada 100 000 habitantes en el grupo de 10 a 14 años y de más de 120 por 100 000 en el de 15 a 19 años; en el Caribe Latino, el Caribe de habla inglesa y América del Norte, las tasas de defunción del grupo de 10 a 14 años equivalen a la mitad de las registradas en otras regiones, pero las del grupo de 15 a 19 años, pese a ser inferiores a la de 120 por 100 000 observada en otras regiones, son mayores de 100 por 100 000. Además, en los países seleccionados, la mortalidad en la adolescencia se ha reducido en todos los países, excepto en el Brasil y en Cuba.

El debate sobre las tasas de mortalidad es más revelador cuando va respaldado por consideraciones relativas a la distribución por causas en que se basan las tasas de mortalidad. En los últimos decenios, ha habido importantes cambios en los patrones de mortalidad de los adolescentes, con una disminución relativa de las defunciones por enfermedades infecciosas y, sobre todo, un incremento relativo del número de defunciones accidentales de hombres y mujeres y de causas relacionadas con la maternidad (35).

El Cuadro 3 muestra la causa principal y las tasas de defunción por edad y sexo en 1986. En el caso de varones adolescentes, entre 38,7% (Ecuador) y 75% (Estados Unidos) de las defunciones de los jóvenes de 10 a 19 años se deben a causas externas o secundarias, es decir, son muertes violentas por accidentes, suicidios y homicidios. En el caso de las mujeres jóvenes, las muertes violentas representan más del 25% del total en el grupo de 10 a 14 años y más del 30% en el de 15 a 19 años. Las muertes violentas de adolescentes, como proporción del total de defunciones de ese grupo, alcanzaron un número máximo en el Canadá y los Estados Unidos.

Las defunciones por causas violentas de personas de ambos sexos aumentaron en ese período. Entre 1955 y 1975, las defunciones por accidentes de tránsito aumentaron más del 600% en México, más del 250% en Venezuela y más del 210% en Chile. Las tasas de mortalidad por accidentes de motocicleta son 15 veces mayores.

Las defunciones por homicidio también aumentaron en el período. Son la causa principal de defunción de los adolescentes de 15 a 19 años en Colombia, Chile (también de los de 10 a 14 años), el Brasil y Puerto Rico y ocupan el segundo lugar en el Ecuador, la Argentina, el Paraguay, México y los Estados Unidos. Estos resultados muestran

claramente las repercusiones de la creciente ola de violencia que envuelve a los adolescentes.

Los accidentes ocasionan la mayor parte de la mortalidad en las Américas; causan una mayor tasa de mortalidad de adolescentes en los países donde se controlan otras causas, y representan alrededor del 60% de las defunciones de varones adolescentes en el Canadá y los Estados Unidos de América y al menos un 40% de las de mujeres adolescentes. Otros países donde los accidentes dejan un gran número de muertos son la Argentina, Costa Rica, México y Puerto Rico. Los hombres son de tres a cinco veces más susceptibles a los accidentes que las mujeres. Sin embargo, el papel cambiante de la mujer en la sociedad ha ocasionado un drástico aumento del número de defunciones femeninas por accidentes. La mayoría de esos accidentes son de tránsito y muchos se atribuyen al consumo excesivo de drogas o alcohol.

De la misma forma, si bien algunos accidentes ocurren esencialmente por casualidad, la propensión de los adolescentes a tener una conducta de riesgo contribuye a muchos accidentes. El exceso de velocidad, el descuido, el no usar cinturones de seguridad o la intoxicación son causas de accidentes de tránsito claramente atribuibles a esa clase de conducta. Entre el 45 y el 60% de los accidentes mortales son ocasionados por abuso del alcohol (36).

El suicidio y el intento de suicidio son otros problemas de salud que se manifiestan en América Latina. Por lo general, los hombres se suicidan con más frecuencia que las mujeres, excepto en la Argentina, Colombia, Cuba, el Ecuador y el Paraguay. Se supone que las tasas de suicidio se subnotifican mucho, dados los patrones de negación cultural y religiosa. Casi todos los suicidios son la culminación de alteraciones y afecciones psiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos, el abuso sexual, la toxicomanía y la percepción de intensas presiones para amoldarse y triunfar intensifican las tendencias suicidas.

Otras causas de defunción de los adolescentes que merecen atención son la cardiopatía, los tumores malignos, la influenza y la neumonía, la enteritis y la tuberculosis. La persistencia de las tres últimas entre las principales causas de defunción en la Región señala las necesidades socioeconómicas y la cobertura inadecuada de los servicios de salud.

Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio están entre las principales causas de defunción de las mujeres jóvenes en cinco de los países latinoamericanos y caribeños seleccionados. Ese es el caso aun dado el elevado porcentaje de subregistro de la mortalidad materna grave, particularmente en los años de la adolescencia. Cabe señalar que en Belice, Cuba, el Ecuador, México y el Paraguay las complicaciones del embarazo representan del 5 al 16,8% de las defunciones femeninas en el grupo de 15 a 19 años. Esas elevadas tasas indican que la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, debe enfocarse de una forma diferente.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad por causas principales de defunción de adolescentes por sexo y grupos de edad en países selectos de las Américas, 1986 (tasas por 100 000).

Subregiones, países y causas de defunción	Grupos de edad Hombres		Grupos de edad Mujeres	
	10-14	15-19	10-14	15-19
SUBREGION ANDINA				
Colombia				
Otros accidentes	17,9	33,1	6,1	7,3
Accidentes de tránsito	11,6	19,1	3,7	4,8
Homicidio	5,4	44,1	6,1	-
Neoplasmas malignos	4,6	7,8	3,7	6,8
Cardiopatía	2,6	5,8	2,7	4,6
Suicidio	-	-	-	4,6
Ecuador				
Otros accidentes	17,6	30,9	6,5	8,2
Accidentes de tránsito	9,3	16,5	4,4	5,3
Neoplasmas malignos	4,3	-	3,6	-
Influenza y neumonía	4,0	-	2,6	-
Homicidio y violencia	2,5	14,8	-	-
Cardiopatía	2,5	8,3	2,9	5,5
Suicidio	-	5,9	-	7,4
Nefritis	-	-	2,6	-
Complicaciones del embarazo	-	-	-	7,6
CONO SUR				
Argentina				
Otros accidentes	12,8	27,9	5,0	4,9
Accidentes de tránsito	7,8	14,9	3,6	5,9
Neoplasmas malignos	4,9	7,4	4,1	4,0
Homicidio	3,7	18,8	1,7	-
Cardiopatía	3,5	8,3	2,4	5,4
Suicidio	-	-	-	4,0
Brasil				
Otros accidentes	14,1	26,9	4,9	5,5
Accidentes de tránsito	11,9	28,4	5,4	9,3
Neoplasmas malignos	3,8	5,2	3,2	3,8
Homicidio	6,3	52,6	2,6	7,2
Cardiopatía	-	4,5	2,3	3,8
Influenza y neumonía	2,4	-	2,1	-
Chile				
Otros accidentes	4,4	7,5	1,6	-
Accidentes de tránsito	3,3	10,2	1,9	2,5
Neoplasmas malignos	4,2	7,3	5,0	3,1
Homicidio	13,5	43,5	5,2	10,8
Cardiopatía	-	-	-	-
Suicidio	-	5,4	-	3,6
Influenza y neumonía	1,7	-	1,5	2,1
Paraguay				
Otros accidentes	16,6	22,5	8,9	4,1
Accidentes de tránsito	7,2	11,3	5,2	8,2
Cardiopatía	2,2	4,0	-	-
Neoplasmas malignos	2,9	6,4	3,0	4,1
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	3,6	-	3,0	-
Homicidio y otras clases de violencia	-	11,3	2,2	5,7
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	-	-	-	4,1
Suicidio	-	-	-	4,1
Complicaciones del embarazo	-	-	-	13,1
ISTMO CENTROAMERICANO				
Belice				
Accidentes de tránsito	20,6	10,5	-	21,7
Otros accidentes	10,3	31,5	-	21,7
Todas las demás causas	41,1	21,0	-	-

Cuadro 3 (cont.).

Subregiones, países y causas de defunción	Grupos de edad Hombres		Grupos de edad Mujeres	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Belice (cont.)				
Anomalías congénitas	-	10,5	-	-
Diabetes mellitus	-	-	10,6	10,8
Cardiopatía	-	-	-	10,8
Complicaciones del embarazo	-	-	-	10,8
Costa Rica				
Otros accidentes	12,4	13,9	-	3,4
Accidentes de tránsito	5,5	12,5	5,0	2,8
Neoplasmas malignos	6,2	12,5	3,6	10,3
Homicidio	2,1	4,3	2,9	4,1
Cardiopatía	2,1	-	1,4	-
Suicidio	-	5,3	-	2,1
Anomalías congénitas	-	-	2,1	-
Panamá				
Otros accidentes	7,9	26,6	3,7	5,6
Accidentes de tránsito	7,2	21,1	1,5	4,8
Neoplasmas malignos	2,2	6,3	2,2	6,4
Cardiopatía	2,2	-	1,5	-
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2,2	-	-	-
Anomalías congénitas	2,2	-	-	-
Homicidio y otras clases de violencia	-	13,3	1,5	4,0
Suicidio	-	7,8	-	4,0
Nefritis, síndrome nefrótico	-	-	1,5	-
Tuberculosis de cualquier clase	-	-	1,5	-
CARIBE LATINO				
Cuba				
Todas las demás causas *	10,8	14,8	6,5	11,6
Anomalías congénitas	2,9	2,6	2,1	3,2
Neoplasmas malignos	5,5	8,0	3,3	6,6
Cardiopatía	2,0	4,6	1,9	2,7
Enfermedades cerebrovasculares	1,1	-	-	-
Nefritis	-	1,4	-	-
Influenza y neumonía	-	-	1,2	-
Complicaciones del embarazo	-	-	-	3,0
Puerto Rico				
Otros accidentes	8,8	14,3	-	-
Accidentes de tránsito	10,8	25,2	6,1	7,7
Neoplasmas malignos	2,3	6,3	3,7	1,8
Homicidio y otras clases de violencia	3,5	43,0	1,2	8,9
Cardiopatía	-	3,4	-	3,0
Suicidio	0,6	-	-	-
Anemia	0,6	-	-	-
Influenza y neumonía	0,6	-	1,2	-
Enfermedades cerebrovasculares	0,6	-	1,2	-
Anomalías congénitas	-	-	1,8	1,2
CARIBE				
Barbados				
Accidentes de tránsito	15,7	15,4	-	-
Otros accidentes	7,7	7,7	-	-
Anomalías congénitas	8,0	-	8,3	-
Todas las demás causas	15,4	15,4	16,7	16,7
Neoplasmas malignos	-	-	8,3	-
Cardiopatía	-	-	-	8,3
Carencias nutricionales	-	-	-	8,3
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	-	-	-	8,3

Cuadro 3 (cont.).

Subregiones, países y causas de defunción	Grupos de edad Hombres		Grupos de edad Mujeres	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Trinidad y Tabago				
Otros accidentes	3,1	17,7	-	4,8
Accidentes de tránsito	4,7	22,5	6,8	4,8
Homicidio y otras clases de violencia	1,6	4,8	-	4,8
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	1,6	-	1,7	-
Cardiopatía	1,6	-	-	6,4
Suicidio	1,6	9,7	-	6,4
Neoplasmas malignos	3,1	3,2	6,8	8,1
Anomalías congénitas	1,6	-	-	-
Influenza y neumonía	4,7	4,8	1,7	-
Tuberculosis de cualquier clase	-	-	1,7	-
AMERICA DEL NORTE				
Canadá				
Otros accidentes	4,5	12,1	2,6	3,1
Accidentes de tránsito	8,5	48,5	4,6	17,3
Neoplasmas malignos	3,4	4,6	2,8	4,4
Anomalías congénitas	1,6	1,9	1,8	1,1
Homicidio	0,9	4,2	1,0	1,8
Estados Unidos				
Accidentes de tránsito	10,7	54,6	5,6	22,2
Otros accidentes	8,3	15,8	2,2	3,0
Suicidio	2,3	16,4	-	3,8
Neoplasmas malignos	3,6	5,4	3,0	3,6
Homicidio y otras clases de violencia	2,1	16,4	1,3	5,0
Anomalías congénitas	-	-	1,1	-
México				
Otros accidentes	20,6	47,8	6,7	9,8
Accidentes de tránsito	9,3	20,2	3,4	4,0
Neoplasmas malignos	4,3	6,4	3,5	4,9
Homicidio y violencia	4,0	32,3	-	4,0
Cardiopatía	-	3,5	1,8	-
Enteritis	2,1	-	2,3	-
Embarazo	-	-	-	4,1

* Incluye accidentes de cualquier clase.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1992.

PRUEBAS DE MORBILIDAD

En las Américas, con excepción del Canadá y los Estados Unidos, las estadísticas sobre la incidencia de enfermedades de los adolescentes son muy limitadas. Además, las dificultades sobre la clase y la fuente de diagnóstico hacen que el perfil de morbilidad varíe mucho y sea poco fidedigno.

Las principales causas de morbilidad de los adolescentes son los accidentes, los problemas mentales y las enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo. Otras causas importantes son las enfermedades infeccio-

sas y parasitarias, las enfermedades metabólicas, nutricionales y endocrinas, los problemas de salud oral y las enfermedades crónicas.

Un análisis de las principales causas de hospitalización de los adolescentes en los Estados Unidos a fines del decenio de 1970 revela una preponderancia de afecciones con una etiología basada en la conducta. Los datos nacionales de hospitalización de los jóvenes de 12 a 17 años muestran que el 35% de los días de hospitalización de los varones y el 13% de los de las niñas se dedicaron al tratamiento de lesiones; además, el 18% de los días de hospitalización de las niñas tuvieron que ver con tratamiento obstétrico (27, pág. 4).

Cuadro 4. Las cinco causas principales de consulta y hospitalización de los jóvenes de 12 a 19 años, por grupo de edad y sexo, en Colombia.

Causas	Consulta				Hospitalización			
	Grupos de edad Mujeres		Grupos de edad Hombres		Grupos de edad Mujeres		Grupos de edad Hombres	
	12-15	16-18	12-15	16-18	12-15	16-18	12-15	16-18
Enfermedades dentales	24,9	11,5	23,6	16,8	-	-	-	-
Enfermedades de la piel	5,3	3,8	5,0	6,9	-	-	3,7	-
Infecciones respiratorias agudas	4,9	-	-	-	-	-	-	-
Examen médico general	4,8	4,2	5,1	5,0	-	-	-	-
Helmintiasis	4,6	-	6,0	-	-	-	-	-
Accidentes	-	-	6,5	10,7	-	-	5,7	9,6
Enfermedades de transmisión sexual	-	6,8	-	-	-	-	3,8	-
Embarazo normal	-	24,9	-	-	22,4	54,5	-	-
Causas mal definidas	-	-	-	4,6	-	-	-	-
Apendicitis	-	-	-	-	5,1	-	7,3	4,9
Complicaciones del embarazo	-	-	-	-	3,9	6,9	-	-
Complicaciones del parto	-	-	-	-	3,2	7,1	-	-
Terminación del embarazo	-	-	-	-	3,0	6,1	-	-
Otras complicaciones del embarazo y/o del parto	-	-	-	-	-	5,7	-	-
Fracturas óseas	-	-	-	-	-	-	9,2	7,3
Otros traumatismos internos	-	-	-	-	-	-	-	5,2
Traumatismos menores	-	-	-	-	-	-	-	3,7

Fuente: (32).

Lamentablemente, no existe esta información para la mayoría de los países de la Región. Sin embargo, en Colombia se pudieron obtener datos sobre consulta y hospitalización de adolescentes a mediados del decenio de 1980.

El Cuadro 4 muestra que cerca del 25% de las consultas médicas ambulatorias corresponden a problemas dentales del grupo más joven. A medida que los adolescentes avanzan en edad, los embarazos de las mujeres y los accidentes de los varones adquieren mayor importancia. Si se agregan

todas las causas relacionadas con el aparato reproductivo que afectan a las jóvenes de 16 a 18 años (embarazos, enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias y métodos de control de la natalidad), constituyen el 39% de las consultas médicas. Los accidentes representan 13% de todos los motivos de la consulta de los varones jóvenes.

Este patrón es todavía más acentuado cuando se trata de causas de hospitalización. Las causas obstétricas representan el 36% del total de hospitalizaciones de las jóvenes de

12 a 15 años y el 83% del de las de 16 a 18 años. Las causas relacionadas con accidentes representan el 22% entre los varones más jóvenes y el 30% en el grupo de 15 a 18 años.

Accidentes

Los accidentes constituyen la principal causa de defunción y de morbilidad de los adolescentes en todo el mundo. Como ya se indicó en el Cuadro 3, los accidentes ocasionan la mayor parte de la mortalidad en la Región. Además de cobrar vidas, dejan impedidas a muchas personas: por cada adolescente que muere en un accidente quedan 10 discapacitados (37).

Como se indicó antes con respecto a la mortalidad, muchos de esos accidentes son causados por algún patrón de conducta que puede aumentar el riesgo de un resultado perjudicial y a menudo son prevenibles. Los cambios de estilo de vida han hecho de los accidentes de tránsito una de las causas más importantes de morbilidad, por sus consecuencias para los sobrevivientes. Otras clases de accidentes son perjudiciales también y se deben evaluar desde el punto de vista de la estima propia de los adolescentes y de su propensión a tener una conducta riesgosa para la salud.

Es característico de los jóvenes comportarse de una manera peligrosa; por lo general los adolescentes creen que están exentos del riesgo de las consecuencias desfavorables de sus actos. La conducción descuidada de vehículos, el uso de drogas, la exposición a peligros innecesarios en los deportes o el trabajo o las relaciones sexuales sin protección cuando no se desea el embarazo son ejemplos de esta clase de conducta.

Aunque varios factores personales aumentan el peligro de accidentes durante la adolescencia, también hay influencias de la sociedad que pueden reducirse. Con la propaganda, los medios de comunicación influyen mucho en el acceso a sustancias peligrosas y fomentan las actividades perjudiciales. La conducción de vehículos a una velocidad excesiva, el tabaquismo y el alcoholismo se presentan como algo moderno y elegante. Para las personas menos privilegiadas, las condiciones de trabajo peligrosas sin control de ninguna legislación sobre seguridad engrosan las listas de riesgos.

Puesto que los adolescentes carecen de experiencia sobre la vida, necesitan supervisión, pero deben tener ciertas posibilidades de escoger por sí mismos un estilo de vida saludable; cuanto más aprendan a ejercer su responsabilidad individual y a cooperar con otros, mejor preparados estarán para afrontar las pruebas de la vida.

Conducta riesgosa para la salud

Varias clases de conducta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la toxicomanía, acarrear mayores peli-

gros para la salud o guardan relación con un mayor riesgo de accidentes.

Es común que los adolescentes fumen y consuman alcohol y drogas como símbolo de conducta "de adultos". En las publicaciones sobre el tema se sugiere que hay algunos factores importantes que guardan relación con estas primeras experiencias, tales como la presión de los compañeros, el ejemplo de los hermanos y los padres, la falta de actividades de importancia y el empleo fuera de la casa (4, pág. 50). Además, los adolescentes a menudo tienen "curiosidad" y están dispuestos a experimentar, tal vez en busca de mecanismos para evadir la realidad y de una sensación de tranquilidad y placer (38).

Hábito de fumar

En esta sección se señalan los hechos generales indicados por el Comité de Expertos de la OMS en la Juventud (39).

En los países en desarrollo, el hábito de fumar se adquiere a muy temprana edad y es cada vez más popular entre los jóvenes. Además, las investigaciones indican que el fumar cigarrillos durante los primeros años se relaciona con el consumo de otras drogas y la deserción escolar.

Es difícil de calcular la tasa de prevalencia en la Región del hábito de fumar cigarrillos en los adolescentes dada la falta de información fidedigna. Sin embargo, se estima que hasta el 90% de los futuros fumadores se inician en el hábito antes de los 19 años.

Por lo general, el tabaquismo durante la adolescencia suele ser más frecuente en los hombres que en las mujeres, excepto en el Canadá, los Estados Unidos, el Brasil y Europa, donde las mujeres fuman con mayor frecuencia, aun a los 15 años. La información recolectada en una encuesta reciente en el Canadá muestra una diferencia bastante pronunciada en la tasa de aumento del tabaquismo entre los jóvenes y las niñas: la proporción de varones y de niñas fumadores a los 15 años es tres y seis veces mayor, respectivamente, que a los 11 (40).

En estudios recientes sobre las consecuencias del tabaquismo para los hombres y las mujeres (39) se indica que los hombres metabolizan la nicotina mucho más rápido que las mujeres; por ende, estas pueden sufrir consecuencias perjudiciales para la salud con un menor nivel de consumo. Además, el tabaquismo tiene efectos adversos para las mujeres embarazadas al aumentar las posibilidades de prematuridad e insuficiencia ponderal del recién nacido.

Consumo de alcohol

En los últimos 30 a 40 años, han aumentado los porcentajes de niños y adolescentes que consumen bebidas

alcohólicas, ha aumentado también la cantidad y la frecuencia del consumo en esos grupos de edad y ha disminuido la edad en que se comienza a beber (4, pág. 51). Por lo tanto, estos jóvenes podrían correr mayores riesgos de tener problemas relacionados con el alcohol en el futuro y, a corto plazo, tener más probabilidades de sufrir accidentes de tránsito. Además, se ha observado una estrecha relación entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el uso de otras drogas ilícitas.

Son bien conocidas las consecuencias que tiene para la salud el consumo de bebidas alcohólicas en abundancia. Puesto que el alcohol afecta al cerebro y al sistema nervioso, podría deteriorar las funciones normales, lo que expone a la persona a un mayor riesgo de accidentes y, a la larga, puede causar cirrosis del hígado, agravar otras afecciones físicas, disminuir la capacidad de trabajo y crear dificultades sociales y psicológicas. A menudo, la embriaguez guarda relación con la conducta violenta contra la mujer y episodios de violación colectiva.

Se sabe que los factores sociales y ambientales son importantes para la manifestación del alcoholismo en los jóvenes, y sus padres y compañeros desempeñan una función decisiva. El alcoholismo se ha convertido en parte de la "cultura de los adolescentes" y penetra en todas las clases sociales.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas parece ir en aumento; todo indica que las mujeres beben con la misma frecuencia que los hombres, aunque toman cantidades menores. El porcentaje de alcoholismo sistemático de los adultos jóvenes de ambos sexos es igual en los países desarrollados; en los países en desarrollo el correspondiente a las mujeres es menor. En estos últimos, el consumo de bebidas alcohólicas en exceso por los varones jóvenes sigue siendo un importante rito de iniciación para entrar a la edad viril.

Los datos del Canadá muestran que a los 11 años el 75% de los varones y el 70% de las niñas han probado el alcohol. A los 15 años la cifra llega al 94% en ambos. Además, a los 15 años el 33% de los hombres canadienses y el 24% de las mujeres declaran que consumen bebidas alcohólicas al menos una vez por semana (40).

En Chile, por ejemplo, entre 1958 y 1981 hubo un aumento del 400% en la dependencia del alcohol de las personas de 15 a 19 años y se estima que alrededor del 12% de la población adolescente bebe en exceso. Entre las defunciones de jóvenes de 15 a 24 años, el 69% de los suicidios y el 71% de los accidentes de tránsito guardaron relación con una concentración de alcohol superior a 100 mg (35, pág. 5).

Según la OMS (39), los factores físicos, como el contenido de agua del cuerpo, hacen que las mujeres sean más susceptibles que los hombres a los efectos del alcohol. Por

lo tanto, el consumo de alcohol puede tener consecuencias más graves para la salud de las mujeres que para la de los hombres. El alcohol tiene una acción recíproca con el sistema endocrino de la mujer, que puede ocasionar varios efectos según la etapa del ciclo menstrual, intoxicación prolongada cuando la mujer que consume alcohol toma también píldoras anticonceptivas y un mayor riesgo para el feto cuando la mujer está embarazada.

Uso y abuso de drogas

Los escasos datos existentes en la Región sobre este asunto indican que del 10 al 30% de los adolescentes han consumido drogas ilícitas, la mayoría de una forma experimental limitada. El abuso de sustancias se inicia en la adolescencia y la tasa correspondiente a los adolescentes y jóvenes es mayor que la de los adultos. La mayoría de los jóvenes usa una mezcla de sustancias psicoactivas y lo hacen a edad más temprana que antes.

Cannabis es la droga ilícita que más emplean los adolescentes de todo el mundo y su consumo en América Latina varía mucho. Las investigaciones sugieren que del 10 al 30% de los adolescentes han consumido cannabis, cocaína u opiáceos (39, pág. 1). En el Perú, el uso de la pasta de coca por los estudiantes de secundaria aumentó del 13% en 1978 al 36% en 1987 y la cifra de los usuarios regulares, del 5 al 9%. En el Brasil, el 10% de los estudiantes universitarios dice haber usado cocaína por lo menos una vez (39, pág. 7). En el Canadá, un 25% de los jóvenes de 15 años dice haber usado marihuana al menos una vez, independientemente del género. En el Canadá, el porcentaje de usuarios de disolventes, cocaína, dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y medicamentos osciló entre el 2 y el 10% (40).

El tipo de droga usadas depende de la oferta y la demanda. La marihuana es la droga empleada más a menudo en la adolescencia; guarda relación con el tabaco y el alcohol, sin sustituirlos.

El uso de inhalantes (cola y disolventes orgánicos) se limita a los adolescentes necesitados y marginados del sector urbano. En Chile, del 3 al 5% de los niños de 8 a 15 años declararon que usaban inhalantes con regularidad. En el Brasil, una encuesta de 120 niños callejeros de 7 a 17 años mostró que, en el mes anterior a la encuesta, el 51% había consumido alcohol, el 44% había fumado marihuana y el 56% había inhalado cola empleada en zapatería. Una encuesta similar de los niños callejeros de México mostró que el 22% usaba inhalantes a diario. En Costa Rica, un estudio de los jóvenes de 17 a 18 años permitió documentar que un 12% inhala cemento industrial. En el Distrito Federal de México, la edad media en que se comienza a usar disolventes volátiles es de 14 años y el 12%

de los niños de la muestra había comenzado a los 9 años. Una encuesta hecha en el Perú en 1981 indicó que la mayoría de los adolescentes consumidores de inhalantes se iniciaban en el hábito a los 9 años (varias fuentes citadas en 3, págs. 13-14).

El uso de inhalantes es motivo de profunda preocupación, ya que puede ocasionar la muerte aun la primera vez. Cuando la toxicomanía es permanente, puede causar lesiones en el cerebro, el sistema nervioso periférico, los riñones, el hígado o el corazón, según la clase de disolvente empleado (4, pág. 54).

La edad media de los toxicómanos se ha reducido mucho en los últimos años. El uso de muchas drogas también se ha popularizado y ese problema existe en casi todas las sociedades y grupos socioeconómicos. Además de indicar autodestrucción, el consumo de drogas puede ser también una forma de protesta social. Se desconoce el patrón de consumo por género, pero se cree que la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres.

El uso de alcohol y drogas contribuye a la morbilidad general de varias formas. Además, los niños de los toxicómanos son más susceptibles al abuso de sustancias que otros. El uso de alcohol y drogas contribuye a que los niños de las madres adolescentes tengan bajo peso al nacer y defectos congénitos. Los peligros del uso de drogas han aumentado mucho con la propagación de la infección por el VIH, que puede afectar a los drogadictos que se inyectan por vía intravenosa con agujas y jeringas infectadas que comparten con otros.

Conducta relacionada con la salud reproductiva

La edad de iniciación de las relaciones sexuales varía de un país a otro y de una región a otra, según los valores sociales y culturales. Los hombres muestran un mayor porcentaje de coito prematrimonial. En el Brasil, por ejemplo, el 64% de los hombres y el 13% de las mujeres de 15 a 17 años son sexualmente activos. Una encuesta de los jóvenes de 15 a 24 años en la ciudad de Guatemala mostró que el 17% de las mujeres y el 45% de los hombres habían tenido el primer coito prematrimonial antes de los 15 años. En México, el 43% de los hombres y el 13% de las mujeres de 15 a 19 años declararon que habían tenido alguna actividad sexual antes del matrimonio. Una serie de encuestas de adultos jóvenes realizadas en varias ciudades latinoamericanas mostró que los patrones indicados por esos datos coinciden con los de la Región y que, en promedio, los hombres tienen el primer coito por lo menos un año antes que las mujeres (16).

A partir de los años 60, ha habido un drástico aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), sobre todo de gonorrea, que es la enfermedad in-

fecciosa notificada más comúnmente por los adolescentes. Las otras enfermedades venéreas notificadas a menudo en la adolescencia son clamidia, sífilis y herpes genital. La presencia de algunas de esas infecciones en los adolescentes de corta edad puede indicar abuso sexual, raras veces notificado o investigado.

Las ETS son un campo en que domina el sexismo. La imagen social del hombre y de la mujer permite que los hombres y los varones jóvenes propaguen esas infecciones por ignorancia, sin ninguna responsabilidad. La mayoría de las mujeres jóvenes, igualmente por ignorancia, sufren en silencio por temor al estigma asociado con esas enfermedades.

Se sabe que las complicaciones más graves causadas por las ETS son invisibles en las jóvenes. Eso se explica en parte porque los varones buscan tratamiento más pronto por tener síntomas más obvios. La escasez de servicios de diagnóstico y curación adecuados guarda relación con problemas ulteriores de esterilidad y embarazo ectópico.

Además, por lo menos el 50% de los infectados por el virus del SIDA tiene menos de 25 años. Los cambios en los hábitos sociales y en la conducta sexual, la creciente urbanización y la gran movilidad espacial desempeñan un papel importante en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Las tendencias recientes de actividad sexual son claras: a medida que se reduce la edad de la primera experiencia sexual, es mayor el número de personas sexualmente activas y muchas no usan anticonceptivos (véase el Cuadro 5). La actividad sexual de los adolescentes es un indicador importante del embarazo precoz. Según las encuestas de salud reproductiva realizadas en varios países de la Región en el decenio de 1980, el 30,2% de las adolescentes de Jamaica y el 12,7% de las de México iniciaron la actividad sexual antes de los 15 años; las cifras correspondientes a esa actividad antes de los 20 años son mucho mayores (del 74,3% en Panamá al 66,4% en Jamaica). En general, antes de llegar a los 20 años, cerca de la mitad de las mujeres han tenido relaciones sexuales; los porcentajes son mayores en las zonas rurales y entre las mujeres con poca escolaridad (33).

La edad media de la menarquía también se ha reducido, y la edad del matrimonio o la unión y del primer nacimiento ha aumentado, así como el porcentaje de mujeres en unión consensual, particularmente en las zonas urbanas. La información obtenida en las encuestas de demografía y salud realizadas en América Latina en 1986 muestra que la proporción de mujeres de 15 a 19 años que declararon tener una unión se redujo en Colombia y aumentó en el Brasil para llegar en ambos países al 15% de todas las jóvenes de ese grupo (31, 32). Por lo general, del 11% (Estados Unidos) al 30% (El Salvador) de las mujeres de 15 a 19 años viven en alguna forma de unión (33). En ese sentido, la diferencia más pronunciada guarda relación con

Cuadro 5. Época del primer coito y uso de anticonceptivos durante este, por edad y sexo, en países selectos de las Américas, alrededor de 1985.

Características selectas	Jamaica, 1987		Guatemala, 1984		México, 1985		Costa Rica, 1986		El Salvador, 1986	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
% de los que tuvieron relaciones sexuales										
14	15,3	46,8	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17	41,2	70,0	8,0	52,6	8,5	31,3	-	-	20,0	73,0
18-19	78,3	90,7	19,2	83,5	20,4	61,8	-	-	-	-
Edad media en el primer coito	16,9	14,3	16,7	14,7	17,0	15,7	16,0	-	-	-
Edad media de la pareja	19,7	13,2	21,6	20,0	20,6	18,4	-	-	-	-
Relación con la pareja										
Novios	83,6	27,5	96,1	22,4	69,0	54,1	-	-	-	-
Amigos	10,1	67,9	2,6	34,7	10,3	13,9	-	-	-	-
% de usuarios de anticonceptivos en el primer coito										
14	32,2	12,2	0,0	14,7	-	-	-	-	-	-
15-17	43,0	24,9	4,2	14,6	-	-	-	-	-	-
18-19	50,7	41,1	-	-	-	-	-	-	-	-
% que decidió usar anticonceptivos en el primer coito										
Ambos	64,7	29,6	-	41,3	-	-	-	-	-	-
El entrevistado	18,3	50,0	-	27,0	-	-	-	-	-	-

Fuente: (17, 41-43).

la tasa de escolaridad: las probabilidades de unión y de unión consensual de las mujeres jóvenes con menos de 5 años de estudios suelen ser de tres a cuatro veces mayores y 2,5 veces mayores, respectivamente, que las de quienes tienen más de 9 años de escolaridad en Colombia, Guatemala, México y la República Dominicana (33).

La proporción de mujeres menores de 20 años que usaron anticonceptivos en el primer coito fue del 40% en Jamaica, 21% en México y 8,5% en Guatemala. Los estudios sobre la conducta sexual revelan que la educación sexual en la Región es nula o se da demasiado tarde en la adolescencia. En general, la actividad sexual es circunstancial, poco frecuente y esporádica.

Al menos 25% de los adolescentes sexualmente activos de América Latina no usan ningún método anticonceptivo y dos terceras partes de los usuarios emplean el método esporádicamente. El porcentaje de uso notificado es de alrededor del 10% por las mujeres y del 15% por los hombres menores de 18 años (16). El uso de anticonceptivos por las adolescentes casadas varía del 5% en Guatemala al 48% en el Brasil. Sin embargo, solo uno de 10

adolescentes solteros y sexualmente activos usa anticonceptivos (33).

Entre los adolescentes casados, la píldora es el método empleado con más frecuencia en el Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, la República Dominicana y Trinidad y Tabago; los dispositivos intrauterinos (DIU) constituyen el principal método en el Ecuador y México y la mayoría de los adolescentes sigue el método del ritmo en el Perú.

Las preguntas hechas a los adolescentes en las encuestas de demografía y salud sobre las razones para abstenerse de usar anticonceptivos revelaron que las más importantes eran desconocimiento y temor de los efectos secundarios y problemas de salud (32).

Las tendencias en los últimos decenios han mostrado que la fecundidad de los adolescentes se ha reducido, según se indica con respecto a varios países, con excepción del Brasil (Cuadro 6). Las tasas correspondientes a las mujeres menores de 20 años se han reducido, pero el número total de nacimientos va en aumento en los países donde se ha acrecentado el porcentaje de adolescentes en la población total.

Cuadro 6. Tasas de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años, en el Brasil, Colombia y Jamaica, 1970-1986.

Brasil		Colombia		Jamaica	
1970	75	1965-69	118	1975-76	137
1976	76	1973-76	96	1983	122
1980	80	1981-86	78	1987	113
1986	81				

Fuente: Brasil (31); Colombia (32); Jamaica (17).

En América Latina, hasta el 40% de los hijos de los adolescentes nacen antes de que éstos tengan 18 años (36). Además, en 1986, la proporción de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años en relación con el total de nacimientos fue del 16% en Colombia y del 13% en el Brasil (31, 32).

La frecuencia de los nacimientos prematrimoniales es elevada entre los adolescentes; dado que el aborto es ilegal en la mayoría de los países de la Región, la poca información existente sobre este asunto impide hacer una estimación fidedigna del número de embarazos prematrimoniales. En Colombia y el Brasil, en 1986 más del 20% de las mujeres que tuvieron su primer hijo entre los 15 y los 19 años eran madres solteras; además, el 12% de los niños nació en los tres primeros meses del matrimonio.

En los Estados Unidos, el número de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años es superior a un millón todos los años. A ese grupo debe agregarse anualmente una cifra de unas 30 000 adolescentes embarazadas menores de 15 años. Cerca de dos tercios del millón de embarazos terminan en nacimiento y alrededor de un tercio, en aborto provocado.

El embarazo de adolescentes es un fenómeno social complejo. En la mayoría de las situaciones, las adolescentes embarazadas solteras se dan cuenta de que han quebrantado los tabúes sociales y a menudo ponen en peligro su salud ocultando su estado a la familia. Sin embargo, los sociólogos han comprobado que las madres adolescentes se enorgullecen bastante de su estado y creen haber materializado las mayores esperanzas sociales de una mujer madura. Por lo general, la última reacción tiene que ver con la falta de autoestima y la necesidad de guardar para sí el valor que tiene su hijo.

Muy a menudo, el embarazo en la adolescencia puede tener un efecto devastador para las madres jóvenes porque pierden autonomía al buscar la ayuda de los padres o de otros y al cuidar al recién nacido cuando deberían ir camino a la independencia; interrumpen sus relaciones sociales porque no pueden mantenerse en la escuela, el empleo o el lugar de afiliación de los compañeros, y se demora o detiene el desarrollo personal.

Muchos estudios revelan que existe una relación importante entre el embarazo y la pobreza, la interrupción de la vida conyugal y un menor logro social en la adolescencia. Por esas razones, el embarazo de adolescentes se

ha llamado "la puerta que lleva al ciclo de la pobreza".

En cuanto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, los adolescentes sufren más complicaciones, como toxemia, eclampsia, anemia y parto prolongado, con mayor frecuencia que las mujeres adultas. Sin embargo, varios estudios han demostrado que esas complicaciones están más estrechamente relacionadas con la pobreza y la atención médica deficiente que reciben las madres adolescentes que con su idoneidad biológica.

Es bien sabido que las complicaciones del embarazo son mayores para las madres adolescentes más jóvenes; los riesgos se agravan porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal que necesitan con tanta urgencia. Los riesgos particulares del embarazo en la adolescencia incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedad, traumatismo y abuso (4). Más tarde, puede haber otras complicaciones, como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas. En Cuba, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil y perinatal es de 32 por 1000 niños nacidos vivos cuando la madre tiene de 15 a 19 años y solo de 14 por 1000 cuando tiene de 20 a 24 (36).

Según el informe de un Comité de Expertos de la OMS, en todas las subregiones de América Latina y el Caribe, "las complicaciones relacionadas con el embarazo están entre las principales causas de defunción de las jóvenes de 15 a 19 años de edad". Aunque la situación ha mejorado, la tasa de mortalidad de las madres menores de 20 años en 11 países en desarrollo con tasas de mortalidad elevadas es superior en un 50% a la de las mujeres de 20 a 24 años (3, pág. 20).

Limitarse a considerar solo los aspectos biológicos del embarazo en la adolescencia equivaldría a aplicar un enfoque demasiado estrecho. Además de problemas médicos, las complicaciones que tiene el embarazo para el desarrollo son bastante graves y merecen atención.

Las jóvenes podrían pagar con su salud y aun con su propia vida por un embarazo indeseado. Puesto que el aborto es ilegal en toda América Latina, es casi imposible calcular con precisión los datos sobre mortalidad y morbilidad maternas causadas por el aborto. En Colombia, donde el aborto es totalmente ilegal, el análisis de la tasa de natalidad y de las respuestas a la encuesta nacional llevaron a estimar que el 8% de los embarazos notificados de mujeres de 15 a 19 años termina en aborto. Los registros de los hospitales del Brasil, Chile, Guatemala y el Perú indican que el 10% de las mujeres que buscan atención por complicaciones del aborto provocado tienen menos de 20 años (36).

Existe un vínculo directo entre la ausencia del uso de anticonceptivos por los adolescentes y las prácticas de aborto. Una encuesta no representativa de adolescentes de 12 a 19 años indica que el 61% de las que buscaron tratamien-

to por complicaciones de un aborto incompleto no emplearon ningún método anticonceptivo; el 20% de las que no usaron ningún método había tenido un nacimiento previo o un aborto previo (citado en 32).

CONSECUENCIAS DE LAS INTERVENCIONES

Los problemas de salud de los adolescentes siguen desafiándose en las Américas. Por lo general, en la infraestructura que proporciona atención de salud no se reconocen las necesidades particulares de los adolescentes o no se pueden resolver las dificultades e introducir los cambios necesarios para instituir programas destinados especialmente a los adolescentes. Además, ellos mismos suelen abstenerse de utilizar los servicios disponibles, en parte porque participan muy poco en programas o servicios educativos proporcionados para su grupo de edad (44, pág. 13).

Por otra parte, las preocupaciones por el género en esa etapa de la vida ni siquiera son exploradas por el personal de los servicios de salud que trabaja con adolescentes. Las normas sociales y culturales enmarcan diferentes conceptos de la vida adulta de cada género; a su vez, éstas se traducen en diferentes patrones de conducta, como se ha documentado a lo largo de este trabajo. Dentro de ese contexto, las diferencias en materia de escolaridad y aspiraciones, así como también de conducta sexual, son las más notables.

Un análisis de los problemas de los adolescentes muestra claramente que éstos sufren muchos quebrantos de salud y necesitan atención ambulatoria, hospitalización y cuidados preventivos apropiados para atender sus necesidades. En particular, se necesita educación para la salud, que debe canalizarse al mismo tiempo por los campos de sexualidad, hábitos de alimentación, higiene, empleo del tiempo libre y orientación vocacional.

La serie de encuestas de adultos jóvenes mostró que el grado de actividad sexual de las mujeres jóvenes era menor. También está claro que la actividad sexual de éstas, por lo menos en este grupo de edad, guarda una relación más estrecha con el amor romántico que la de los hombres. Ambos géneros necesitan con urgencia educación sexual en la que se acentúen el respeto y los valores equitativos.

Hacen falta estudios sobre los conocimientos prácticos que requiere cada género para resistir la presión de adoptar una conducta riesgosa así como información médica actualizada que indique las diversas consecuencias de esa clase de comportamiento.

Los servicios enfocados en los adolescentes deben incluir la capacidad de prestar atención privada y confidencial, hacer hincapié en la prevención de las consecuencias adversas de la conducta riesgosa para la salud y disponer de servicios multidisciplinarios apropiados en un medio cómodo para los adolescentes (27, pág. 9). En América Latina y el

Caribe es preciso crear con urgencia servicios especializados con profesionales expertos en muchos campos.

Varios centros especializados: Centros de Orientación de Adolescentes (CORA) en México, "La Puerta" en Nueva York y el Centro Juvenil Multiservicio Regina en el Canadá, por ejemplo, han hecho aportes de importancia en materia de investigación, adiestramiento y desarrollo tecnológico y educativo. El uso de redes para vincular programas, centros e instituciones puede ser un mecanismo valioso para difundir información útil y/o emular las experiencias en la Región¹³ y debe ser considerado por las organizaciones interesadas en ese tema.

La forma en que los jóvenes participan en esos servicios parece ser la clave de su éxito; ellos deben compartir la responsabilidad de planificación y decisión. Los criterios para su participación efectiva incluyen la selección de jóvenes motivados y el ofrecimiento de capacitación apropiada, comunicación abierta, un ambiente exento de crítica y el reconocimiento de que se puede aprender mucho de ellos (4, pág. 114). También es preciso evaluar las intervenciones provechosas en cuanto a la posibilidad que ofrecen para que la sociedad comprenda y asimile mejor a sus jóvenes.

Las necesidades fundamentales comprenden mayor sensibilización de los investigadores y proveedores de atención de salud respecto de la conducta, los riesgos y sus consecuencias diferenciados por género; una relación más responsable y equitativa entre los hombres y las mujeres jóvenes durante el período prematrimonial y el matrimonio; menor incidencia de embarazo antes de la madurez; menores tasas de exposición a las enfermedades de transmisión sexual y de contagio de éstas; mayor disponibilidad y accesibilidad de servicios para promover la salud reproductiva de los adolescentes; y mejora total de las condiciones de la mujer, en general, y de la joven, en particular.

REFERENCIAS

- (1) Laslett, P. *The World We Have Lost*. Londres, Methuen, 1971. Edición revisada.
- (2) Caldwell, J. C. y Ruzicka, L. The Australian fertility transition: An analysis. *Popul Dev Rev* 4(1):81-103, marzo de 1978.
- (3) Paxman, J. y Rosembaum, J. *Uniting the Dancer and the Dance. The Role of Law and Policy in Promoting Adolescent Health in Latin America*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Documento mimeografiado.
- (4) Organización Mundial de la Salud. *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1986. Serie de Informes Técnicos No. 731.
- (5) Henriques-Mueller, M. H. *The Social Construction of Gender and Its Effects on Health Outcomes*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991. Documento mimeografiado.

¹³ Véase un análisis de los servicios disponibles y las pautas para futuras iniciativas en los talleres patrocinados por la OPS en Washington, DC, y Nueva York en los Estados Unidos de América, y en Campinas, Brasil (44).

- (6) Silber, T. Sexualidad de los adolescentes: desarrollo y aspectos éticos. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 93-100.
- (7) Noshpitz, J. El desarrollo psicosocial del adolescente. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 71-88.
- (8) Silber, T. y Woodward, K. Enfermedades de transmisión sexual durante la adolescencia. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 139-152.
- (9) Heald, F. La nutrición en la adolescencia. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 54-65.
- (10) Esteves, P. La obesidad en la adolescencia. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 153-160.
- (11) Silber, T. Anorexia nerviosa: morbilidad y mortalidad. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 161-167.
- (12) Fausto, A. y Cervini, R. (eds.). *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez Editorial, 1991.
- (13) Barros, R. P. de y de Mendonça, R. S. P. As consecuencias da pobreza sobre a infância e a adolescência. En: Fausto, A. y Cervini, R. (eds.). *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez Editorial, 1991, pp. 48-55.
- (14) Rizzini, I. y Rizzini, I. Menores institucionalizados e meninos de rua: os grandes temas de pesquisa na década de oitenta. En: Fausto, A. y Cervini, R. (eds.). *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez Editorial, 1991, pp. 69-90.
- (15) Vogel, A. y Mello, M. A. da S. Da casa a rua: a cidade como fascínio e descaminho. En: Fausto, Ayrton y Ruben Cervini (eds.). *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez Editorial, 1991, pp. 133-150.
- (16) Morris, L. Young Adult Reproductive Health Surveys in Latin America, 1987.
- (17) National Family Planning Board. Young Adult Reproductive Health Survey. Jamaica, 1987. Informe Final, marzo de 1988. Documento mimeografiado.
- (18) Morris, L. Experiencia sexual y anticoncepción en jóvenes de algunos países de América Latina. 1987. Documento mimeografiado.
- (19) Londoño, A. V. Hacia la recuperación del asombro. La violencia contra la mujer: asunto de salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un problema de salud pública. Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia Contra la Mujer, Managua, 1992, pp. 27-50.
- (20) Villalta, S. y Barahona, C. La agresión sexual: experiencias de El Salvador. San Salvador, 1991. Documento mimeografiado.
- (21) Suplicy, M. *Conversando sobre sexo*. Petrópolis, Vozes Editorial, 1983.
- (22) BEMFAM. Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem. Rio de Janeiro, Curitiba, e Recife, 1989-1990. Atlanta, Georgia, Centros para el Control de Enfermedades, 1992.
- (23) Germain, A. y Antrobus, P. New partnerships in reproductive health care. *Populi* 18(4): 1989.
- (24) Toolanen, D. M. Interrelationships Between the Status of Women and HIV-Epidemic: A Review of Published Literature. Division for the Advancement of Women, United Nations Office at Vienna. Documento preparado para: Expert Group Meeting on Women and HIV/AIDS and the Role of National Machinery for the Advancement of Women, EGM/AIDS/1990/BP.2. Viena, julio de 1990.
- (25) Leppert, P. C. The effect of pregnancy on adolescent growth and development. *Women Health* (edición especial) 9(2 y 3):65-77, verano/otoño 1984.
- (26) Miller, S. A. Women's health: Nutrition. Introductory Remarks. *Public Health Rep* julio-agosto (supl.):20-22, 1987.
- (27) Coupey, S. M. The challenge of providing health care to adolescents. *Women Health* (edición especial) 9(2 y 3):1-13, verano/otoño 1984.
- (28) Morgan, B. L. G. Nutritional needs of the female adolescent. *Women and Health* (edición especial) 9(2 y 3):15-27, verano/otoño 1984.
- (29) Dixon-Mueller, R. y Wasserheit, J. *The Culture of Silence*. Nueva York, International Women's Health Coalition, 1991.
- (30) Ferrando, D. et al. *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Perú*. Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, 1989.
- (31) Henriques, M. H. et al. *Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil*. Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, 1989.
- (32) Prada, E. et al. *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Colombia*. Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, 1988.
- (33) Singh, S. y Wulf, D. *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, 1990.
- (34) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica No. 524, 2 vol.
- (35) Yunes, J. Mortalidad y morbilidad en adolescentes en la Región de las Américas, 1990. Documento mimeografiado.
- (36) Organización Mundial de la Salud y UNICEF. The Reproductive Health of Adolescents. A Strategy for Action. A joint WHO/UNFPA/UNICEF statement. Ginebra, 1989.
- (37) Suárez Ojeda, E. N., Roberts, E., Dorin, D. y Cuminsky, M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica No. 489, pp. 3-19.
- (38) Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington, D.C., 1985.
- (39) Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes. *Hechos para la acción*. Discusiones Técnicas, A/42. Ginebra, 1989.
- (40) King, A. y Coles, B. The Health of Canada's Youth. Minister of National Health and Welfare. Canadá, 1992.
- (41) Asociación Guatemalteca de Educación Sexual. Encuesta sobre salud y educación sexual de jóvenes. Departamento de Guatemala-Areas Urbanas. Informe final, febrero de 1988.
- (42) Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1986.
- (43) Universidade Federal da Bahia, Centro de Estudos Interdisciplinares para o Setor Público. *Saúde e educação sexual do jovem: um estudo em Salvador*. Salvador, Brasil, The Pathfinder Fund, 1989.
- (44) Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud para adolescentes. Washington, D.C., New York, 1987, y Campinas, Brasil, 1988. Documento mimeografiado.

MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA IGNORADA

Germán Mora¹ y João Yunes²

“La muerte de una mujer con motivo de la maternidad debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores femeninos de la Región de las Américas en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada” (1).

INTRODUCCION

En el presente trabajo se describe la situación y algunos de los determinantes de la salud materna en los países de América Latina y el Caribe. A partir de las estadísticas oficiales de mortalidad de los países, complementadas con fuentes adicionales de información, se analizarán los niveles, la estructura, las diferenciales y los determinantes de la morbilidad y de la mortalidad por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, destacando el carácter de evitabilidad del problema así como la relación del mismo con factores de índole social.

La discusión se organizará alrededor de tres ejes básicos: la mortalidad materna, la morbilidad materna y el papel de los servicios de salud. Por razones de mayor disponibilidad, y también de mayor confiabilidad relativa de la información, en el análisis se pondrán de relieve los aspectos relativos a la mortalidad.

LA EVITABILIDAD DE LA MORTALIDAD MATERNA

En América Latina y el Caribe, el riesgo reproductivo³ o la probabilidad de que una mujer muera por causas ma-

ternas durante su vida reproductiva es equivalente a 1 en 79 (2). Esta probabilidad varía en los diferentes países, y muestra profundos contrastes entre países (Cuadro 1 y Figura 1), regiones geográficas, lugar de residencia urbana o rural, y nivel de escolaridad, entre otros factores sociales investigados en los últimos años (3-5). El impacto del contexto socioeconómico sobre la mortalidad materna se expresa nítidamente en las diferenciales entre países con distinto grado de desarrollo. En la Región de las Américas, por ejemplo, el riesgo de morir durante el embarazo y el parto llega a ser más de 100 veces mayor en algunos países en desarrollo que en los desarrollados. Así, mientras que en Bolivia la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 50, en el Canadá es de 1 en 13 000 (véase el Cuadro 1).

En su gran mayoría, las defunciones maternas son evitables, ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos y, además, se cuenta desde hace mucho tiempo con el conocimiento científico y la tecnología para impedirlos. En general se puede argumentar que, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es el hecho de que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que detecten el riesgo en forma temprana, se podría reducir sustancialmente el número de defunciones maternas mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para la atención obstétrica y el suministro apropiado de información para la prevención de los embarazos no deseados.

¹ Asesor Regional en Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar, Programa de Salud Maternoinfantil y Población, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Jefe, Programa de Salud Maternoinfantil y Población, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

³ Este riesgo de muerte se calcula dividiendo el número de defunciones maternas por el número de mujeres de 15 a 49 años de la población, multiplicando el

cociente por 35 años (duración promedio del período reproductivo). Como esta es la probabilidad que tiene una mujer de morir durante su vida reproductiva, se expresa dividiendo uno por esta probabilidad, es decir, una de cada tantas mujeres muere por causas maternas durante su vida reproductiva.

Cuadro 1. Riesgo reproductivo y tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible.

País	Defunciones maternas	Mujeres 15-49 años (en miles)	Riesgo reproductivo ^a	Tasa de mortalidad materna
Argentina	386	7 139	528	69
Barbados	3	67	638	...
Belice	4	34	243	...
Bolivia ^b	837	1 479	50	332
Brasil	1 892	34 405	520	140
Canadá	15	6 820	12 990	4
Colombia	720	7 287	289	100
Costa Rica	29	673	663	26
Cuba	84	2 687	914	26
Chile	131	3 210	700	41
Jamaica	14	576	1 176	115
Ecuador	397	2 215	159	160
El Salvador	99	1 067	308	148
Estados Unidos	295	62 777	6 080	8
Guadalupe	3	89	848	...
Guatemala	236	1 738	210	202
Guyana	17	245	412	80
Haití	...	1 450	...	230
Honduras	84	958	326	221
Jamaica	14	576	1 176	115
Martinica	3	90	857	...
México	1 702	19 280	324	82
Nicaragua	...	735	...	159
Panamá	33	540	468	49
Paraguay	146	881	172	270
Perú	611	4 697	220	303
Puerto Rico	8	914	3 264	14
República Dominicana	106	1 575	425	100
Suriname	7	96	392	...
Trinidad y Tabago	18	316	502	80
Uruguay	23	703	873	26
Venezuela	291	4 252	417	60

Estimados según datos del Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud que se publican en *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (24).

^a El riesgo reproductivo es la probabilidad de muerte de una mujer durante su vida reproductiva por causas maternas.

^b El número de muertes maternas estimado en base a la tasa de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS-1991).
...Información no disponible.

La evitabilidad estimada de la mortalidad materna oscila, de acuerdo con diferentes estudios realizados en América Latina, entre 52% en México (6) y 92% en Colombia (7). Según algunos autores, la mitad de las intervenciones para reducir la mortalidad materna debieran tener lugar durante el embarazo, 29% en el momento del parto y el resto, durante el puerperio (8).⁴ El mejoramiento de la calidad de la atención y de la accesibilidad geográfica de las mujeres embarazadas a los servicios de salud, la dotación de transporte adecuado y oportuno, y otras intervenciones que permitieran paliar los efectos de gran número de variables económicas y sociales adversas son actividades que deberían realizarse en este sentido.

⁴ En Medellín, Colombia, Gil *et al.* encontraron que 30,3% de las defunciones maternas se produjeron durante el embarazo, 3% durante el parto, 45,4% en el posparto y 18,2% en el posaborto.

Si toda la Región de las Américas tuviera condiciones similares a las del Canadá, por ejemplo, las defunciones maternas se reducirían 47 veces. Solo al corregir las omisiones de los servicios de salud y modificar la conducta familiar respecto a la maternidad y al uso de servicios de salud,⁵ se podría evitar 85% de las defunciones maternas.

La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres. De hecho, en las sociedades donde la mujer tiene mayor participación social y disfruta de un reconocimiento más amplio de sus derechos básicos, la mortalidad materna es más baja que en aquellas donde estas características no son la norma.

Si bien se ha registrado una reducción de las tasas de mortalidad materna, concomitante con la de la mortalidad infantil, fenómeno ampliamente documentado en estudios realizados en esta y en otras regiones (9, 10), diferentes trabajos indican que la velocidad del descenso de la mortalidad materna ha sido menor que la del de la mortalidad infantil (11, 12). Este hecho ha sido atribuido, en parte, a que las políticas de salud han privilegiado la atención infantil.

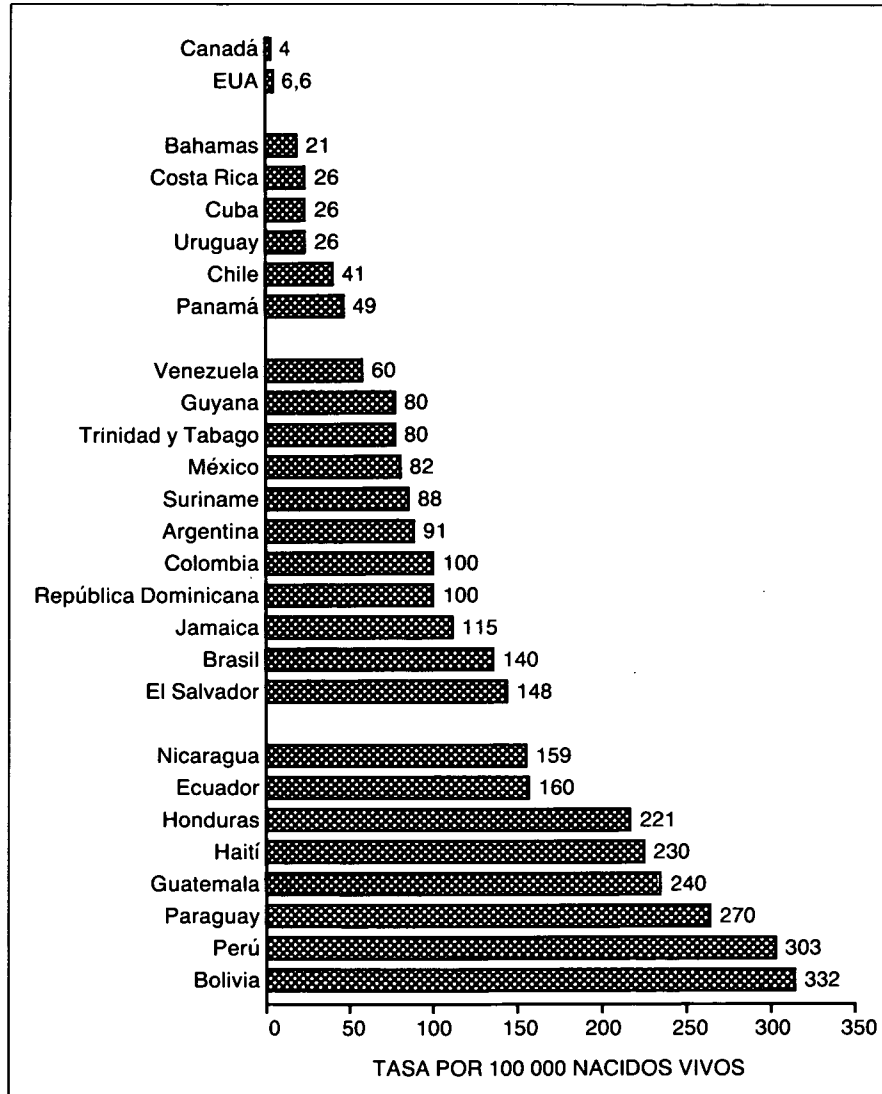
La tendencia de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe ha seguido un patrón distinto del observado en los países industrializados de América del Norte (13). Lamentablemente es difícil hacer afirmaciones cuantitativas definitivas al respecto, debido a la dudosa calidad de la información sobre mortalidad materna notificada por los países; solo en algunos casos es posible aproximarse a las tendencias reales.

En Costa Rica, por ejemplo, donde existen registros confiables de mortalidad materna e infantil, durante el período 1970-1980 se observó un descenso acumulado de la mortalidad materna de 76%. La caída de la mortalidad infantil en ese mismo período, si bien fue un poco menor (72,3%), se mantuvo en un rango similar, lo cual puede atribuirse, entre otros factores, a mejoras de las condiciones socioeconómicas del país y de los servicios de salud en general, especialmente en lo que se refiere a extensión de la cobertura y a las reformas del sector (14). Sin embargo, la tendencia descendente de la mortalidad materna se redujo ostensiblemente en el período inmediatamente posterior (1981-1988), y su indicador descendió menos del 0,2%, en contraposición con el de mortalidad infantil que totalizó un descenso del 32%. Reiterando lo expresado, una posible explicación de estas diferencias estibaría en el énfasis puesto en ese país en la supervivencia infantil durante estos últimos años.⁶

⁵ Cifra estimada por Bobadilla *et al.* en un estudio reciente en la ciudad de México (26).

⁶ Las tasas de mortalidad materna para la década 1970-1980 fueron de 95,2 y de 22,9 por 100 000 nacidos vivos en los años extremos del período, mientras que en el período subsiguiente fluctuaron ampliamente y alcanzaron niveles de 36,0 por 100 000 en el quinquenio 1981-1985.

Figura 1. Mortalidad materna en países seleccionados de la Región de las Américas, circa 1987.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica.

Cuba es otro ejemplo de registros de alta calidad donde se advierte disparidad en las tendencias de los indicadores de mortalidad materna e infantil. La mortalidad materna, que registró un descenso importante entre 1960 y 1980, disminuyó en el quinquenio 1985-1989 en apenas poco más de 3%, mientras que la mortalidad infantil continuó registrando una disminución muy marcada (40%). De ahí que, con una fecundidad muy similar a la del Canadá, Cuba mantenga una tasa de mortalidad materna de seis a siete veces superior (13).

En el plano de las diferencias no solo de magnitud sino también de tendencia que exhibe la mortalidad materna en los países subdesarrollados y en desarrollo de la Región

—incluso en aquellos de baja fecundidad— se observa que en el quinquenio 1985-1989, tomando al Canadá como denominador, el riesgo relativo⁷ de mortalidad materna para la Argentina, Cuba, Chile, Puerto Rico y Uruguay (países todos con registros de mortalidad de buena calidad) varió entre 3,8 (Puerto Rico) y 14,3 (Argentina), con un promedio de 11,6. Entre 1970 y 1989, si bien la mortalidad materna registrada en esos cinco países disminuyó en 57%, el riesgo relativo de mortalidad materna respecto al Canadá creció 61%, aumentando 1,5 veces en cada

⁷ En este caso se usa el término de "riesgo relativo" para designar la diferencia relativa (por cociente) entre un par de indicadores de un determinado fenómeno, la mortalidad materna, proveniente de distintos países.

decenio (13). En los demás países de la Región, con tasas globales de fecundidad más elevadas, los aumentos del riesgo relativo de mortalidad materna respecto al Canadá fueron aún más impactantes, mostrando algunos de ellos cifras de aumento hasta 25 veces superiores a las de ese país en el quinquenio 1985-1989. Más adelante se abordará con mayor detalle el análisis de estas diferencias.

SITUACION ACTUAL Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

El contexto social de la mortalidad materna

La mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe constituye un problema social y de salud de profunda relevancia. Pese a su evitabilidad básica, las defunciones por aborto y por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio continúan figurando entre las primeras 10 causas de defunción de las mujeres en edad fértil —según clasificación de la OPS⁸— en 23 países de la Región de las Américas, países en los cuales habita más del 98% de la población de la misma.

Diversas restricciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de la atención condicionan los diferentes aspectos de la salud materna y son fuente de variabilidad del riesgo de enfermar y morir durante el embarazo y el puerperio. Las condiciones sociales y económicas que afectan hoy a la mayor parte de la población femenina de la Región se caracterizan por la persistencia

“... de la subordinación y de la inferioridad económica, educativa, legal, política y familiar de las mujeres... En la actualidad, hay proporcionalmente más mujeres que hombres en condiciones de pobreza y esta pobreza está alcanzando extremos inimaginables... La mujer pobre está combinando crecientemente sus actividades domésticas (que permanecen invisibles), con responsabilidades productivas..., combinación que, por el desgaste de energía adicional implicado, está actuando en detrimento de su salud física y mental” (15).

Estas condiciones sociales se expresan mediante mecanismos biológicos e individuales, que pueden ser identificados como determinantes próximos (16, 17) de la salud materna. Entre ellos se cuentan el estado de salud previo de la mujer y su conducta reproductiva, y el acceso a los servicios de salud disponibles, todo lo cual se traduce en

la calidad del embarazo y del parto, y en los riesgos de sus complicaciones, incidiendo directamente en el nivel y en la estructura de la morbilidad y de la mortalidad materna. La propia conducta reproductiva de la población femenina, probadamente relacionada con el riesgo materno, está permeada de influencias sociales que llegan a incidir sobre opciones tales como la edad para el primer parto, el número de embarazos, el espaciamiento entre los mismos y el deseo de nuevos embarazos.

Los factores culturales y la interpretación por parte de la mujer de las necesidades y riesgos de su embarazo son, a su vez, determinantes del uso de los servicios de salud. Así, en algunos grupos sociales que habitan la Región, la maternidad es considerada como un hecho normal y frecuente de la vida cotidiana que no requiere una atención especial. Esto obstaculiza la búsqueda y la utilización del control prenatal y de la oportuna atención del parto. Un estudio realizado en Honduras (4) indicó que un 20,3% de las defunciones maternas producidas en el domicilio podía atribuirse al rechazo de la atención por parte de la paciente, del esposo o de los familiares. A su vez, un 30,3% adicional a estas defunciones se debió a que los interesados decidieron que el parto podía tener lugar en el hogar y que para ello era suficiente contar con la atención de la partera tradicional o de otro personal de preparación similar.

Además, otros factores propios de la cultura y de la práctica de las actividades de salud podrían incidir en la propensión de ciertas mujeres embarazadas, en trabajo de parto o puérperas, a usar o a rechazar los servicios de salud disponibles. Entre ellos se ha citado la imposición de procedimientos que atentan contra las concepciones tradicionales relativas a la atención del embarazo y, especialmente, del parto, como serían la posición de decúbito y el exceso de intervención médica que se expresa en la elevada incidencia de cesáreas y de otros procedimientos quirúrgicos (18). Sin descartar los posibles efectos de estos factores convendría precisar mejor su incidencia, ya que la ausencia de demanda de atención a los servicios de salud puede atribuirse más bien a la disminución de la capacidad resolutoria que se observa en la mayoría de los países de la Región.

Lo que sí parece evidente es que la valoración social del embarazo y del parto vigente en cada sociedad se relaciona ampliamente con el tratamiento que se dé a las mujeres embarazadas y puérperas. También es conveniente reconocer la cuota de responsabilidad que pesa sobre los servicios de salud de la Región en la conservación de las elevadas tasas de mortalidad materna. Los estudios, reiteradamente citados, de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materna (11, 12) revelan la dimensión de la participación de las instituciones de salud en la

⁸ Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, último año disponible.

generación de este grave problema y, por ende, la magnitud de su compromiso en la solución del mismo.

En el plano académico internacional hay que recordar que el desarrollo de la perinatología en América Latina y el Caribe en los últimos 30 años y hasta mediados de la década de los ochenta dio prioridad al cuidado del producto de la concepción, mientras que el desarrollo tecnológico perinatal hacía hincapié en el bienestar del feto y del recién nacido. Un buen número de investigaciones dirigidas al área perinatal restó importancia a los resultados relacionados con la salud materna. Estos nuevos conocimientos, si bien sirvieron para la mejora de la salud perinatal, fueron relativamente poco utilizados en el mejoramiento de los servicios y de las modalidades de atención a la población femenina en edad de procrear. Durante ese período hubo, además, escasa investigación epidemiológica sobre la morbilidad materna y pocos estudios de mortalidad materna a nivel de poblaciones.

En el momento actual, los aspectos negativos de la situación descrita se potencian por el impacto, sobre los servicios de salud, de la crisis económica y de los mecanismos de ajuste estructural de la economía puestos en acción frente a ella, efectos que han sido descritos y analizados por varios autores (19, 20).

Calidad de la información

La magnitud real de la mortalidad materna permanece desconocida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Contribuyen a esta situación, por un lado, la definición restringida de mortalidad materna (*Clasificación Internacional de Enfermedades* [CIE 9, OPS]) actualmente utilizada y, por el otro, los graves problemas de integridad en la información de las estadísticas de mortalidad general presentes en algunos países de la Región,⁹ que se agudizan en el caso de la mortalidad materna.

La defunción materna, de acuerdo con la definición en uso, es aquella que tiene lugar durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente del sitio y de la duración del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas incidentales o accidentales.

Para contribuir a mejorar el registro de la mortalidad materna, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (21) adiciona al concepto de defunción materna otras dos definiciones: defunción materna tardía y defunción relacionada con el embarazo.

La defunción materna tardía comprende todas las defunciones por causas obstétricas directas e indirectas pro-

ducidas después de los 42 días y antes de los 365 días posteriores al parto o al aborto. Esta definición contribuye a una mejor cuantificación del problema para identificar de modo más preciso las consecuentes intervenciones necesarias. Su aplicación corrige el subregistro de las defunciones maternas que tienen lugar después de los 42 días posteriores al parto y que puede ser superior al 16% (2). Además tiene el mérito de abarcar los períodos utilizados en la definición por varios países, que consideran como defunción materna a la producida por causas obstétricas o por enfermedades agravadas por el embarazo a los 90, 120 ó 365 días después del parto. Sin embargo, aun con este componente tardío, todavía no se ha logrado una definición que permita construir una medida del período adecuada para la mortalidad materna, como la que se utiliza para la mortalidad infantil.

Una tercera definición, defunción relacionada con el embarazo, incluye todas las defunciones de mujeres embarazadas producidas durante el parto o dentro de los 42 días siguientes al parto, independientemente de la causa. Esta inclusión permite calcular la tasa de mortalidad materna en los países que no pueden diferenciar las causas obstétricas directas de las indirectas.

No obstante las deficiencias señaladas, para fines de presentación de los datos de mortalidad a nivel internacional se continúa utilizando la definición ya clásica de defunción materna. La información contenida en este texto corresponde, por lo tanto, a ese concepto.

Además del problema planteado por las definiciones de mortalidad materna establecidas por la CIE 9, la propia forma de cálculo del indicador no constituye la mejor representación del fenómeno porque utiliza la cifra de nacimientos vivos registrados¹⁰ como estimador de la población expuesta al riesgo. De aquí que en términos estadísticos sea más preciso hablar de una "razón de mortalidad materna" (22), que de una tasa propiamente dicha. El efecto evidente del uso de este tipo de estimación es la subvaloración del tamaño real de la población expuesta al riesgo de morir por causas maternas. No obstante, por razones de comparabilidad y de homología de los conceptos para la construcción de series cronológicas, en este trabajo se mantiene el término "tasa de mortalidad materna" para la designación de la razón mencionada.

A los problemas de aplicación de la definición y de forma de cálculo se agregan las diferencias en la calidad de la información recogida e, incluso, la muy variable capacidad para el análisis y la utilización de la misma. Conviene destacar que los países donde la información es más escasa y deficiente tienden a ser precisamente aquellos donde la mortalidad materna es más alta.

El subregistro de defunciones maternas, aun en los países desarrollados, se ha estimado en hasta un 39% (23),

⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, volumen I, págs. 26-39.

¹⁰ O de nacimientos estimados por medio de técnicas demográficas.

y pasa de 79% en otros de menor desarrollo (4).¹¹ Tal situación se debe no solo a la omisión neta del registro de defunciones que tiene lugar en varios países de la Región, sino también a la asignación y a la codificación equivocada de la causa de la defunción. En el caso de la defunción materna, con frecuencia se omite la mención del embarazo. A eso se suma la exclusión del grupo de las defunciones maternas que se producen después de los 42 días posteriores al parto.

Una forma adicional de estimar el subregistro para años relativamente recientes es el "método de la sobrevivencia de hermanas" (22), el cual ha permitido realizar nuevas estimaciones para áreas geográfico-poblacionales determinadas con resultados que triplican y hasta quintuplican las tasas de mortalidad materna obtenidas en algunos países de la Región por medio de los registros de estadísticas vitales. A pesar de dicho subregistro, algunas de las cifras notificadas por los países de América Latina y el Caribe en el último año con información son entre 6 y 120 veces superiores a las registradas en los países industrializados de América del Norte (1).

Cabe mencionar, además, las dificultades de disponibilidad y de accesibilidad de la información. Por ejemplo, en una revisión realizada en marzo de 1991 en el Sistema de Información Técnica de la OPS, 24 países habían enviado información sobre causas de defunción materna durante el período comprendido entre 1979 y 1988; de estos, solo en 12 países se disponía de información para 1985 o posterior, mientras que se carecía de toda información para cuatro países.

De los 43 países y territorios que enviaron datos para la publicación de *Las condiciones de salud en las Américas*, edición de 1990 (24), solo 19 notificaron cifras de mortalidad materna (1), lo cual puede considerarse como medida de la importancia relativa que confieren los países al registro de esta clase de información. Esto permite inferir que los valores de las tasas de mortalidad materna deben ser interpretados con cautela, especialmente cuando se trata de comparaciones. Aun así, con fines descriptivos parece importante reconocer la magnitud del fenómeno en la Región.

Población expuesta al riesgo

La población estimada de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) en la Región de las Américas para 1990 fue de 186 millones. De estas mujeres en riesgo reproductivo, un poco más de 15 millones dieron a luz un hijo vivo en el curso del año. Se calcula, además, que más de 28 000 de estas mujeres perdieron la vida por abor-

to, o por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (toxemia, hemorragia, infección, etc.).

La inequidad de las condiciones sociales que afectan a la mujer en América Latina y el Caribe —agravada por el efecto del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural, las condiciones desfavorables en el empleo, el mayor desgaste por efecto de la doble jornada de trabajo o de la jornada de trabajo doméstico extenuante, la baja escolaridad, la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud, en especial los relacionados con la atención prenatal y el parto, la frecuente incidencia de embarazos no deseados y la baja prevalencia del uso de anticonceptivos— condicionan y determinan una pérdida anual estimada en más de un millón de años potenciales de vida afectiva y social de las mujeres de la Región (1).

Situación y tendencias de la mortalidad materna en la Región de las Américas

El análisis de la información sobre las 10 primeras causas de defunción de las mujeres en edad de procrear, contenida en el Sistema de Información Técnica de la OPS, revela, como ya se había anotado, que las defunciones maternas figuran entre las 10 primeras causas de defunción en los 23 países analizados con datos disponibles en años recientes. La mortalidad materna integra el grupo de las cinco primeras causas en 11 de estos países, contribuyendo desde 0,5% en el Canadá hasta 20,2% en el Paraguay, al total de defunciones de las mujeres en edad de procrear (Cuadro 2).

Mortalidad materna y necesidades de salud

Las variaciones sustanciales en la magnitud de las tasas de mortalidad materna que presentan los países de América Latina y el Caribe pueden relacionarse, entre otros factores, con la calidad de los servicios de salud disponibles para la población femenina en edad de procrear, con la disponibilidad de recursos para la prevención y el tratamiento oportuno de la morbilidad del embarazo, del parto y del puerperio, y con el acceso a servicios de salud dotados de una capacidad resolutoria adecuada.

Estas variaciones se analizaron para la elaboración del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas (1) utilizando la relación entre el nivel de la mortalidad materna¹² y el índice de necesidades de salud pro-

¹¹ Bobadilla, J. L., 1989; Vinacur, J. *et al.*, 1989; Laurenti, R., 1988, y Walker, G.J., 1985, encontraron cifras menores en otros estudios, pero no inferiores al 40%.

¹² En la cuantificación del nivel de la mortalidad materna se utilizó la última información conocida en las bases de datos de la OPS y del Programa de Salud Materno-infantil de la OPS (1991); fue preparada con datos obtenidos de la notificación directa de los países, de los estudios de mortalidad materna de la Argentina, Brasil, Colombia, Honduras y Jamaica, y de la Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia.

Cuadro 2. Total de defunciones de mujeres de 15 a 49 años y total de defunciones por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (630-676) en países de la Región de las Américas, último año disponible.

Año	País	Total de defunciones de mujeres 15-49	Por complicaciones	Porcentaje
1986	Argentina	7 409	369	5,0
1986	Brasil	41 685	1 814	4,4
1988	Canadá	3 994	18	0,5
1984	Colombia	7 965	642	8,1
1988	Costa Rica	489	15	3,1
1988	Cuba	3 143	73	2,3
1987	Chile	2 607	135	5,2
1987	Ecuador	3 088	355	11,5
1984	El Salvador	1 626	99	6,1
1987	Estados Unidos	49 874	251	0,5
1984	Guatemala	3 888	236	6,1
1984	Guyana	268	16	6,0
1982	Honduras	1 145	149	13,0
1984	Jamaica	444	14	3,2
1986	México	21 177	1 681	7,9
1987	Panamá	442	22	5,0
1986	Paraguay	692	140	20,2
1983	Perú	5 333	611	11,5
1987	Puerto Rico	732	11	1,5
1985	República Dominicana	1 568	106	6,8
1986	Trinidad y Tabago	366	18	4,9
1987	Uruguay	629	15	2,4
1987	Venezuela	4 345	251	5,8

Estimados según datos del Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud que se publican en *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (24).

puesto por la OPS en 1988.¹³ De acuerdo con estas dos grandes variables, el Plan clasificó a los países en cuatro grupos (Cuadro 3).

En cada uno de los grupos, los países mostraron una sólida consistencia interna entre los diferentes indicadores analizados: la tasa global de fecundidad, el porcentaje de población urbana, la proporción porcentual de población en condiciones de pobreza, la tasa de alfabetización femenina y la magnitud, tendencia y estructura de la mortalidad materna. Además pusieron de manifiesto diferencias importantes entre grupos, como lo muestran los datos del Cuadro 4.

Los dos grupos de países extremos¹⁴ exhibieron marcadas divergencias entre los diferentes indicadores. La tasa global de fecundidad que en el Canadá se estima en 1,7 hijos por mujer, en Bolivia, en el mismo año, fue de 5,9, mientras que los países de los otros dos grupos mostraron valores intermedios, por ejemplo, 2,9 la Argentina y

3,3 México (1). De la misma manera, en el Perú 65% de la población vivía en condiciones de pobreza, mientras que en los Estados Unidos este grupo era de 13%; la tasa de alfabetización y los otros indicadores mostraron un comportamiento similar.

Si bien todavía no se dispone de análisis que expliquen las relaciones del nivel de mortalidad materna en los países y cada una de las diferentes variables socioeconómicas, culturales y de servicios de salud, se pudo observar en los cuatro grupos una relación inversa entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores de cobertura prenatal y del parto, y de prevalencia del uso de anticonceptivos (véase el Cuadro 4). Se establecieron, además, correlaciones negativas entre la tasa de mortalidad materna, por un lado, y el uso de anticonceptivos y la atención profesional del parto, por el otro (25).

Otro enfoque para medir las relaciones de la mortalidad materna con la calidad de los servicios de salud y su accesibilidad geográfica y cultural lo dan los estudios que consideran el rasgo realzado al comienzo de este trabajo: el del carácter evitable o prevenible de las defunciones maternas. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado en México, Bobadilla *et al.* (26) analizaron 240 defunciones maternas y concluyeron que 85% de ellas eran potencialmente prevenibles. Suponiendo que tal prevención hubiera tenido lugar, la tasa estimada de mortalidad materna de 114 por 100 000 nacidos vivos registrada por el estudio se hubiera reducido 6,7 veces. El mismo estudio estableció

¹³ Este índice fue elaborado por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS utilizando para ello indicadores sociodemográficos (tasa de crecimiento, % de población menor de 15 años, % de población de 60 años y más, tasa de fecundidad, % de población mayor de 15 años alfabetizada); estado de salud (esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años, % de nacimientos con bajo peso al nacer); cobertura de servicios (% de niños menores de 1 año totalmente inmunizados contra difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis, número de egresos hospitalarios por 100 habitantes, número de camas por 1000 habitantes); recursos humanos (médicos, dentistas, enfermeras y auxiliares de enfermería por 10 000 habitantes), y económicos (PIB en dólares estadounidenses, gasto total en salud como % del PIB, % del presupuesto total de salud correspondiente al Gobierno Central).

¹⁴ El Canadá y los Estados Unidos por una parte y Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana por la otra.

Cuadro 3. Índice de necesidades de salud y mortalidad materna en países seleccionados de la Región de las Américas.^a

Índice de necesidades de salud ^c	Mortalidad materna ^b (tasa por 100 000 nacidos vivos)				
	Baja		Media	Alta	Muy Alta
	Menos de 20		20-49	50-149	150 o más
Bajo (2,79 a 1,29)	Canadá Estados Unidos	(4,0) (6,6) ^e	Cuba (26) ^d		
Medio (0,83 a 0,5)		Bahamas Costa Rica Chile Panamá Uruguay	(21) (26) (41) (49) (26)	Argentina Suriname Trinidad y Tabago	(91) ^f (88) (80)
Alto (-0,09 a 0,83)				Brasil Colombia Guyana Jamaica México Venezuela	(140) (100) (80) (115) (82) (60)
Muy alto (-0,90 a -1,99)				El Salvador Guatemala Nicaragua República Dominicana	(148) (240) ^h (159) (100)
					Ecuador Perú Bolivia Haití Honduras Paraguay
					(160) (303) (332) ^g (230) (221) (270)

^a Excluye algunos países y territorios del Caribe Oriental: Anguila, Antigua, Dominica, Grenada, Montserrat, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente e Islas Vírgenes Británicas, que no informan defunciones maternas o informan cifras pequeñas del orden de la unidad.

^b Datos de referencias tomados de las bibliografías de la Base de Datos OPS-HPM.

^c Organización Panamericana de la Salud. *Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos*. Washington, D.C., Cuaderno Técnico 14, 1988.

^d Cuba se incluye en este cuadro bajo el supuesto de que su índice de necesidades de salud es bajo.

^e Información de la División de Salud Reproductiva de los CDC, mayo de 1992.

^f Se usó la tasa ajustada encontrada para Buenos Aires (Vinacur, J. y Cuman, G. Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 8, No. 13, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, Argentina, 1992).

^g Encuesta de Fecundidad y Salud.

^h Información obtenida de los resultados parciales de la investigación nacional de mortalidad materna presentados en la Conferencia de Maternidad sin Riesgo, Ciudad de Guatemala, 1992.

que 70% de las defunciones se hubieran evitado si la calidad de la atención médica e institucional hubiera sido la adecuada. A su vez, los patrones de conducta de la mujer o su familia, en este ejemplo particular, estuvieron relacionados con la cadena de hechos que produjo el 22% del total de las defunciones maternas prevenibles.

Tendencias de la mortalidad materna

Manteniendo la reserva en cuanto a la calidad de los datos, podría decirse que durante el período 1970-1988 se registró un descenso de la mortalidad materna en 25 países y territorios de las Américas, descenso que varió de 22% en Belice a 88% en las Bahamas.¹⁵ Merecen destacarse en esta serie los descensos superiores al 60% en las Bahamas, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay, países que además cuentan con una mejor calidad e integridad de la información. De los países con mortalidad materna alta o muy alta solo uno, el Paraguay, notificó una disminución de sus tasas superior a 80%; este descenso tuvo un rango de 23% en el Ecuador y 43% en México.

¹⁵ Se registraron aumentos en seis países: El Salvador, Guyana, Jamaica, Nicaragua, Perú y Suriname; en 12 países más no se disponía de información para los tres años del análisis (Laurenti, 1992).

Si se analizan series cronológicas más extensas se pueden observar diferencias en la velocidad del descenso en algunos países. En un estudio sobre el comportamiento de la mortalidad materna durante 30 años en Costa Rica se identificaron tres tendencias diferentes en la evolución decreciente de la mortalidad materna (14). La primera, correspondiente al período 1957-1969, mostró un promedio de descenso anual de 2,3%. La segunda, producida en el lapso 1970-1980, presentó una disminución promedio más acelerada, de 6,9% anual. La tercera, registrada en el período 1981-1986, dio lugar a una variación anual promedio de solo 0,1%. Los autores de esta investigación concluyen acertadamente que el período de descenso acelerado correspondió al de la universalización del seguro social, el aumento de la cobertura de la atención institucional del parto y una creciente cultura sanitaria de la población.

Influencia de los factores sociales, culturales, geográficos e individuales en las diferenciales de la mortalidad materna

En los últimos años, en América Latina y el Caribe se ha iniciado un reducido número de estudios que se propo-

Cuadro 4. Indicadores relacionados con la salud materna en países de la Región de las Américas, circa 1985-1988.

Grupo de países	Mortalidad materna (100 000 nacidos vivos) ^a	Fecundidad global ^b	% de pobreza ^b	% Alfabetización ^b	% Población urbana ^b	Cobertura de servicios (%)		
						Uso de anticonceptivos ^c	Atención prenatal ^a	Atención del parto ^a
Grupo 1								
Bolivia	332	5,9	...	78	51	30	50	38
Ecuador	160	4,1	53	86	56	44	53	56
El Salvador	148	4,7	26	73	44	47	34	50
Guatemala	104	5,6	34	55	39	23	34	22
Haití	230	4,9	73	53	28	10	...	20
Honduras	117	5,2	51	74	44	35	66	26
Nicaragua	103	5,3	20	...	60	27	92	73
Paraguay	270	4,5	35	90	47	45	...	22
Perú	303	3,8	65	86	70	46	61	49
República Dominicana	100	3,5	44	84	60	50	52	52
Grupo 2								
Brasil	140	3,3	...	82	75	66	70	70
Colombia	100	3	51	87	40	66	76	75
Guyana	60	...	...	...	35	31	33	90
Jamaica	115	2,5	40	99	52	51	95	82
México	82	3,3	...	88	73	53	62	77
Venezuela	58,7	3,6	...	94	90	49	31	97
Grupo 3								
Argentina	69	2,9	...	96	86	...	...	93
Bahamas	21	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	26	3,1	14	93	47	70	90	93
Cuba	26,1	1,9	...	94	75	...	98	100
Chile	48	2,7	16	94	86	43	...	98
Panamá	60	3	26	88	53	58	89	96
Suriname	...	...	...	...	48	...	...	...
Trinidad y Tabago	80	2,8	20	...	69	53	...	...
Uruguay	26	2,4	11	97	85	...	...	96
Grupo 4								
Canadá	4	1,7	...	...	77	73	...	...
Estados Unidos	9,6	1,8	13 ^d	99	75	74	...	...

Fuentes:^a Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, 1990.^b UNICEF. The State of the World's Children, 1992.^c 1990 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Inc.^d US Bureau of the Census. Current Population Reports, Poverty by Family, Sex and Race 1988.

...Información no disponible.

nen detectar las diferencias de magnitud de la mortalidad materna en función de ciertos factores sociales que inciden sobre ella. Diversas variables, tales como lugar de residencia habitual y condición socioeconómica, entre otras, se han utilizado para valorar estas diferencias. Las siguientes observaciones provienen de esos estudios y se refieren a los efectos de variables socioeconómicas, tales como nivel de desarrollo y grupo étnico; se discuten, también, los efectos de la edad y de la paridad.

Es posible constatar diferencias de magnitud de la mortalidad materna relacionadas con variaciones en el nivel de desarrollo y de salud de las divisiones territoriales o político-administrativas de los países. Así lo demuestran los datos de Cuba, Ecuador, Guatemala y Honduras. En Cuba, en 1988 la tasa de mortalidad materna en la ciudad de La Habana fue de 18,5 por 100 000 nacidos vivos, mien-

tras que en Cienfuegos llegó a 63,4 por 100 000 nacidos vivos.¹⁶ En Guatemala, en Alta Verapaz se encontró una tasa de mortalidad materna de 214,2 por 100 000 nacidos vivos y en Progreso, una de 53,8 por 100 000 nacidos vivos (3). En Honduras, la tasa de mortalidad materna varió de 878 por 100 000 nacidos vivos en el departamento de Gracias a Dios y 116 por 100 000 nacidos vivos en el departamento de las Islas de Bahía (4). En el Ecuador, un estudio que abarcó el período 1979-1986 demostró diferencias entre Pichincha, con una tasa de mortalidad materna de 116,1 por 100 000 nacimientos, y Zamora Chinchipe, cuya mortalidad materna llegó a 222,5 por 100 000 nacimientos (5).

¹⁶ Cuba, Ministerio de Salud Pública. Informe anual 1988, datos estadísticos. Datos provisionales. La Habana, 1989, pág. 55.

Cuadro 5. Mortalidad materna estimada y riesgo de mortalidad materna en tres áreas deprimidas de América Latina, circa 1980.

Área	Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	Riesgo de mortalidad materna
Lima, Perú	262	1 de cada 98
Cautín, Chile	414	1 de cada 53 ó 55
Abaroa, Bolivia	1379	1 de cada 10

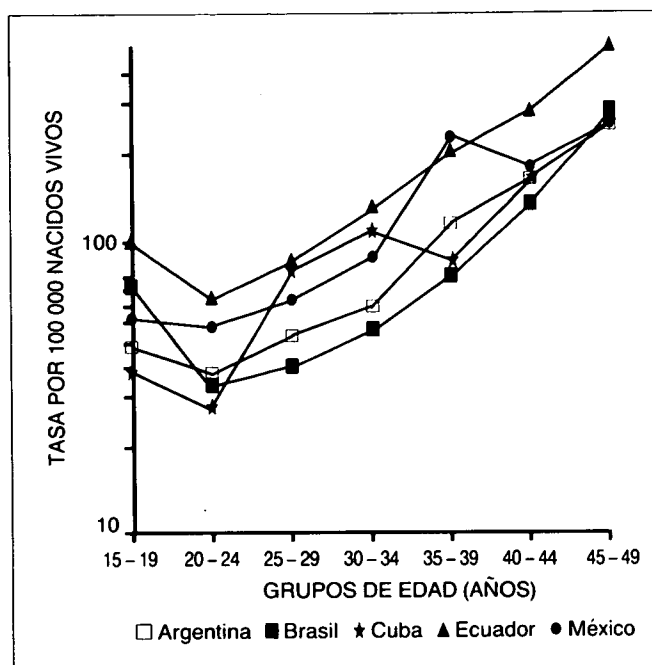
Fuente: CELADE, 1990.

En algunas zonas deprimidas urbanas y rurales que carecen de servicios de salud adecuados se estimó por encuesta (9) la probabilidad de mortalidad materna, y para algunos años iniciales de la década de 1980 se encontraron cifras muy superiores a las obtenidas de los registros de estadísticas vitales, las cuales podrían constituir, además, un probable estimador de lo que ocurre entre los 35 millones de mujeres en edad de procrear que habitan las zonas deprimidas de América Latina y el Caribe (Cuadro 5).

En algunos países se ha comprobado un diferente riesgo de mortalidad materna según la raza. En la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, Syverson *et al.* (27) encontraron que en el quinquenio 1980-1984 el riesgo de mortalidad materna de las mujeres de raza negra había sido 4,2 veces mayor que el de las de raza blanca, mientras que el de las mujeres de otras razas duplicaba al de aquellas. Aun controlando los valores por edad, el indicador resultó 3,4 y 12,6 veces mayor, respectivamente, en las mujeres de raza negra de los dos grupos de edad extremos. En Guatemala, la tasa de mortalidad materna más baja para la población indígena fue 1,6 veces mayor que la de la población no indígena (3). Tales distribuciones demuestran el grado de inequidad y marginación que afecta a estos grupos de población.

El efecto de la edad sobre la mortalidad materna ha sido bien documentado. Los países que tienen tasas altas de mortalidad materna presentan una curva en U o en J, con la mayor magnitud de la mortalidad materna en los extremos de la vida reproductiva. En la Figura 2 se mide esta relación con los datos disponibles (28) para la Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador y México. Es evidente el aumento de la tasa de mortalidad materna con el envejecimiento. El riesgo de muerte en el grupo de mujeres mayores de 35 años es siempre mayor, tanto en los países o regiones con bajas tasas de mortalidad materna como en los que presentan tasas más altas. En los Estados Unidos, la mortalidad materna de este grupo de edad cuadruplicó la del grupo de 20 a 34 años de edad (29). En Honduras, la tasa se duplicó en las madres mayores de 35 años de edad (4). Algo similar ocurrió con las madres del grupo de 15 a 19 años de edad, en comparación con las del tramo de edad siguiente. Esta diferencia desapareció y se hizo in-

Figura 2. Mortalidad materna por grupos de edad en países seleccionados de la Región de las Américas, 1985 (escala semilogarítmica).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica. Poblaciones y tasa de fecundidad de CELADE.

cluso negativa en los países con mejores condiciones de vida y de salud, posiblemente por la mejora de la atención materna.

En una serie analizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social para el período 1982-1984, el exceso de mortalidad en las menores de 20 años, en comparación con el grupo de 20 a 24 años de edad, fue de 13 por 100 000 nacidos vivos, y de 106 por 100 000 nacidos vivos para el grupo de 35 años y más. Esta diferencia fue negativa para las menores de 20 años en el período 1987-1989, 8,2 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos (6).

Existe también exceso de mortalidad por efecto de la paridad, y aparece una curva en J, es decir, que la menor mortalidad se verifica en relación con el segundo y el tercer hijo (30). Otros autores han documentado datos semejantes (4, 27). Asimismo se ha encontrado una relación inversa entre la mortalidad materna y el espaciamiento entre los embarazos.

Estructura de la mortalidad materna por causas

Las causas de la mortalidad materna pueden clasificarse en obstétricas directas e indirectas. Las directas son las relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y

Cuadro 6. Porcentaje de causas de mortalidad materna en países seleccionados de la Región de las Américas, circa 1987.

País	Año	Aborto (630-639)	Hemorragias del embarazo, del parto y del puerperio (640, 641)	Toxemias (642.4- 642.9, 643)	Complicaciones del puerperio (670-676)	Residual (642.0- 642.3, 644-646, 651-665)	Obstétricas indirectas (647-648)
Argentina	1986	35	14	16	14	19	2
Brasil	1986	13	16	29	16	19	7
Canadá	1988	5	17	28	44	6	0
Colombia	1984	23	17	20	9	30	1
Costa Rica	1988	7	27	27	13	27	0
Cuba	1988	22	3	8	16	17	33
Chile	1987	35	8	12	24	16	5
Ecuador	1988	7	25	25	7	34	2
El Salvador	1984	7	7	5	8	72	1
Estados Unidos	1987	18	13	14	33	16	6
Guatemala	1984	17	2	10	15	53	3
Guyana	1984	29	41	18	6	6	0
Honduras	1982	6	3	1	1	89	0
Jamaica	1984	64	7	21	0	7	0
México	1986	9	25	20	9	36	1
Panamá	1987	23	5	18	0	50	4
Paraguay	1986	14	31	18	17	16	4
Perú	1983	11	33	8	14	33	1
Puerto Rico	1987	0	9	27	45	18	0
República Dominicana	1985	17	16	25	0	33	9
Trinidad y Tabago	1987	31	8	38	8	15	0
Uruguay	1988	5	9	10	38	38	0
Venezuela	1987	19	17	26	12	18	8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1992.

del puerperio, incluidas las complicaciones del aborto, y contribuyen con una proporción mayor de 90% del total de las defunciones maternas, con excepción de Cuba (Cuadro 6). Las indirectas se refieren a enfermedades previas al embarazo pero que se agravan con el embarazo mismo o el parto.

Se puede suponer que el subregistro que afecta la calidad de los datos de mortalidad materna debe ser mayor para las causas indirectas, principalmente porque en el certificado de defunción no se registra la condición gravídico-puerperal de la mujer. La contribución proporcional de los distintos tipos de causas varía sensiblemente entre los países de la Región.¹⁷

Mortalidad materna por causas obstétricas directas

Aborto. La incidencia de aborto inducido en los países de América Latina y el Caribe no es bien conocida debido a sus características de ilegalidad en la mayoría de ellos. Esto también es válido para el registro de la mortalidad

por aborto. Pese al subregistro en la determinación del aborto como causa de defunción, según cifras oficiales recientes el aborto aparece como la primera causa de mortalidad materna en 7 de los 23 países analizados, y ocupa el segundo lugar en otros seis. De acuerdo con estas mismas cifras, las defunciones por aborto constituirían entre 5% (Canadá y Uruguay) y 35% (Argentina y Chile) del total de las defunciones maternas. Esta contribución proporcional a la mortalidad materna durante los cinco o más años notificados oficialmente por algunos países en el período 1979-1987 no indicó grandes cambios.

Las disminuciones observadas en las tasas de mortalidad materna por aborto son más marcadas en los países donde esta no es la primera causa de mortalidad materna. Aun con estos descensos, las tasas se mantienen altas y se relacionan con el acceso de las mujeres en edad de procrear a métodos anticonceptivos modernos.

Tomando como base la mortalidad por esta causa en el Canadá, los datos del Cuadro 7 muestran un exceso de la mortalidad por aborto en la mayoría de los países que varía entre 2 y 20 por 100 000 nacidos vivos. Costa Rica es la excepción, probablemente debido a la alta prevalencia de uso de anticonceptivos (70% en mujeres en edad de procrear y en unión). La reducción de la mortalidad por esta causa está ligada a la disponibilidad y el uso de anti-

¹⁷ Para el análisis se utilizaron los datos del último año notificado al Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud por 20 países (Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela).

Cuadro 7. Causas de mortalidad materna en países seleccionados de la Región de las Américas, tasas por 100 000 nacidos vivos, último año disponible.

País	Año	Aborto (630-639)	Hemorragias del embarazo, del parto y del puerperio (640, 641)	Toxemias (642.4- 642.9, 643)	Complicaciones del puerperio (670-676)	Residual (642.0- 642.3, 644-646, 651-665)	Obstétricas indirectas (647-648)
Argentina	1986	20	8	9	8	11	1
Brasil	1986	6	8	13	8	9	3
Canadá	1988	0	1	1	2	0	0
Colombia	1986	18	0	0	0	0	0
Costa Rica	1988	1	5	5	3	5	0
Cuba	1988	9	1	3	7	7	14
Chile	1987	16	4	6	11	7	2
Ecuador	1988	8	27	27	8	37	2
El Salvador	1984	4	4	3	5	42	1
Estados Unidos	1987	1	1	1	2	1	0
Guatemala	1984	12	1	7	11	38	2
Honduras	1983	4	0	0	0	0	1
México	1986	7	19	15	7	28	1
Panamá	1987	9	2	7	0	19	2
Paraguay	1986	15	34	20	19	18	5
Perú	1983	10	30	8	13	30	0
República Dominicana	1985	9	9	14	0	18	5
Uruguay	1988	2	4	4	15	15	0
Venezuela	1987	10	9	14	7	10	4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica.

conceptivos modernos, a la calidad de los servicios donde estos se ofrecen, y a la disponibilidad de servicios adecuados para el tratamiento del aborto incompleto y de sus complicaciones, la hemorragia y la infección.

Con datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad para ocho países, Maine (31) estimó que en América Latina y el Caribe se puede prevenir un 33% de las defunciones maternas evitando los embarazos no deseados. El análisis preliminar de los datos de las encuestas de demografía y salud realizadas en la última década en América Latina señaló una gran proporción de embarazos no deseados entre las mujeres entrevistadas que tuvieron un hijo durante el año previo, cifra que osciló entre 13% para Guatemala y 40% para Bolivia (32); esto pese a que más del 90% de las mujeres de este grupo, casadas o en unión libre, conocían algún método anticonceptivo (33).

Por otra parte, y según los resultados de estas encuestas, en los países de baja fecundidad en los cuales el nivel educativo es alto, el aborto pareciera estar incorporado a la conducta reproductiva de la población como método de control de la fecundidad. Dado que se supone que en esos países la prevalencia del uso de anticonceptivos es elevada, es posible sugerir como hipótesis la utilización del aborto inducido en los casos de fracaso de los métodos de control de la fecundidad.

En los demás países, el hecho de que el aborto no figure como la primera causa de mortalidad materna no indica que su incidencia sea pequeña, ya que en la mayoría de ellos no se conoce el valor real de este indica-

dor, dadas las mencionadas connotaciones de ilegalidad que tiene el aborto inducido. Es indispensable, por lo tanto, prestar mayor atención a esta tragedia, reconociendo científicamente las estrategias más idóneas para la prevención de estas muertes inaceptables. Entre estas cabe mencionar, en primer lugar, la puesta a disposición de toda la población, sin discriminación por edad, sexo, estado civil o capacidad adquisitiva financiera, de medios anticonceptivos idóneos en función de las necesidades del individuo o de la pareja. Pero además, considerando no solo que existe cierta proporción de fracasos en el uso de todos los métodos anticonceptivos, sino también que las restricciones económicas y sociales para su utilización (muchas veces impuestas por las normas vigentes en los servicios de salud) inciden al menos en cierta discontinuidad del uso de estos métodos, es imprescindible pronunciarse definitivamente acerca de la respuesta que los servicios de salud deben otorgar a las mujeres en edad de procrear que no desean nuevos embarazos.

Toxemias. Las toxemias representan la primera causa de mortalidad materna en 6 de los 23 países analizados de la Región, y la segunda, en nueve más. En 1985, 29% de las defunciones maternas en el Brasil y 25% en el Ecuador se produjeron por esta causa (véase el Cuadro 6). En el Brasil, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela esta causa ocupó el primer lugar el último año notificado. Las diferencias del indicador entre países son notables: la mortalidad materna por esta causa es nueve veces mayor en el Ecuador que en Cu-

ba (véase el Cuadro 7). Esto hace suponer que existen diferencias sustanciales en la calidad y en la cobertura de la atención prenatal y del parto.

Hasta ahora no existen predictores seguros para pronosticar la enfermedad hipertensiva del embarazo. Pero durante su transcurso, en una alta proporción de los casos es posible pronosticarla con una prueba simple que mide el cambio de la presión arterial en dos posiciones diferentes.¹⁸ De allí la importancia de una buena atención tanto prenatal como durante el parto y el posparto inmediato, para su control.

Hemorragia. Las hemorragias del embarazo, del parto y del puerperio ocupan el primer lugar como causas de mortalidad materna en cinco países y el segundo en otros dos países. En el Ecuador y México, el 25% de las defunciones maternas se debe a esta causa (véase el Cuadro 6). El Ecuador y el Perú presentan tasas de 27 a 30 veces superiores a las del Canadá y Cuba (véase el Cuadro 7), lo que refleja la disponibilidad y la oportunidad de la utilización de la transfusión de sangre en los establecimientos del primer nivel de envío, así como otras características de la calidad y del acceso a los servicios de salud. Un indicador de esta situación es la proporción de partos atendidos en hospitales o por personal profesional, que en Costa Rica supera el 99%, mientras que en el Ecuador es de 52,5% y en el Perú, de 49,5%.

La contribución de la hemorragia a la mortalidad materna refleja, además de la calidad de los servicios de salud, la falta del traslado oportuno de la mujer, por el tiempo tan breve que existe entre el comienzo y la defunción (según algunos autores, menos de dos horas) (32). A esto se agrega la inexistencia de medidas relativamente simples para el tratamiento de la hemorragia, que pueden aplicarse en los servicios de salud de menor capacidad resolutoria de las zonas rurales.

Complicaciones del puerperio. El grupo de las complicaciones del puerperio constituye un conjunto de causas de mortalidad materna cuya interpretación se remite habitualmente a la cobertura y a la calidad de los servicios de atención del parto y de vigilancia del período puerperal. En cinco países (Canadá, El Salvador, Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay) fue la primera causa, mientras que en cuatro (Brasil, Chile, Guatemala y Perú) figuró en el segundo lugar. De los cinco países donde esta causa ocupó el primer lugar, la contribución proporcional del Canadá no tuvo cambios durante el período 1977-1988, en contraste con Puerto Rico y el Uruguay, donde se observaron aumentos de 22 y 23%, respectivamente.¹⁹

Uno de los factores que contribuyen al mantenimiento de elevadas tasas de mortalidad materna por complicacio-

nes del puerperio es, como ya se señaló, el exceso de intervención médica durante el parto y, en particular, la práctica indiscriminada de la cesárea, al punto de que hoy se puede hablar, sin riesgo de error, de una mortalidad materna por cesárea. El abuso de la cesárea se transforma en un problema adicional (34, 35), ya que existen evidencias de que el riesgo relativo de mortalidad materna es hasta 12 veces superior en el parto por cesárea, en relación con el parto vaginal (36).

En América Latina y el Caribe no existe información específica sobre la mortalidad por cesárea. Un estudio realizado en los Estados Unidos (23) demostró una tendencia ligeramente ascendente de la mortalidad materna por esta causa, frente a la disminución del resto de las causas. Otros estudios estiman el riesgo relativo de mortalidad materna por cesárea en cifras que fluctúan entre 2 y 26 veces, en comparación con el parto vaginal (37).

En países como el Brasil, donde la proporción de parto por cesárea es muy alta, 35% en las zonas urbanas y 21% en las rurales (38), esta debe ser una causa importante en la configuración de la alta tasa de mortalidad materna que se presenta. En otros países, el fenómeno puede ser similar si se considera que entre 17 y 29,4% de los partos hospitalarios terminan en cesárea (36). Observaciones parecidas se podrían hacer en relación con ciertos segmentos de la población femenina en edad de procrear de algunos países que exhiben proporciones de partos por cesárea aún mayores. En un estudio de la calidad del registro de las defunciones maternas realizado recientemente en la Argentina (39) se encontró que en Buenos Aires la mayor parte de las defunciones, especialmente las no registradas, habían tenido lugar en clínicas privadas. En Chile, a su vez, si bien no hay datos acerca de la influencia del exceso de cesáreas en la mortalidad materna, sistemáticamente se constata que la proporción de partos por cesárea entre las beneficiarias de los seguros privados de salud, en el quinquenio 1986-1990 superó al 50% de los mismos (40).

Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas

Las defunciones maternas por causas obstétricas indirectas son las más afectadas por el subregistro; cualquier enfermedad que agrava el embarazo y conduce a una defunción materna tiene mayor probabilidad de que no se registre como tal. Por eso, la aparición de una contribución creciente del número de defunciones maternas por este grupo de causas podría considerarse como un indicador de la mejora de la calidad de la notificación de estas defunciones, como ocurrió en Cuba al comienzo de los años ochenta.

En todo caso, la reducción de las defunciones maternas por causas obstétricas indirectas depende en gran medida de la prevención de los embarazos deletéreos para la salud

¹⁸ Esta prueba mide el aumento de la presión arterial cuando la mujer cambia su posición acostada.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica, 1992.

de la mujer, y del acceso de las mujeres embarazadas que presentan este tipo de embarazos a una atención idónea.

LA MORBILIDAD MATERNA

En América Latina y el Caribe existe poca información sobre la morbilidad materna a nivel poblacional. Los datos disponibles se basan en registros de consultas y egresos hospitalarios, con las limitaciones de comparabilidad y de positivos falsos que esto implica. Measham y Rochat (41) estimaron una relación de 10 a 15 episodios mórbidos de cierta gravedad por defunción materna. De acuerdo con este estimador se pudo calcular que tendrían lugar de 280 000 a 420 000 episodios de enfermedad grave anuales entre los aproximadamente 12 millones de mujeres que dan a luz cada año en la Región.

Morbilidad materna hospitalaria

En los Estados Unidos, en 1987 se produjeron 860 000 hospitalizaciones relacionadas con el embarazo y no asociadas con el parto, lo cual equivale a un episodio de enfermedad que requirió hospitalización por cada cinco embarazos. De estas mujeres, 27% fueron hospitalizadas por trabajo de parto prematuro, 9% por aborto espontáneo, 8% por infección genitourinaria, 8% por hemorragia en la primera mitad del embarazo, 6% por vómito, 7% por hipertensión inducida por el embarazo, 5% por diabetes mellitus y 4% por aborto fallido (37).

En 1989, un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social encontró que de 740 000 egresos hospitalarios, 80,5% se relacionó con el parto y 19,5% correspondió a diferentes episodios de morbilidad durante el embarazo. Esto significaría que por cada cuatro partos se registra una hospitalización por complicaciones del embarazo, con la siguiente distribución: abortos, 44,2%; otras complicaciones del embarazo, 30,6%; hemorragias, 13,7%, y toxemias, 11,5% (42).

Si se aplica la relación parto-complicaciones del embarazo de estas dos series a la cifra estimada de 12 millones de nacimientos en América Latina y el Caribe, se podría suponer que el número probable de hospitalizaciones necesarias durante el embarazo oscilaría entre 2,4 y 3 millones, es decir, sería de seis a siete veces mayor que las cifras estimadas por Measham y Rochat.

Morbilidad durante el período prenatal

De acuerdo con la información obtenida en varios países de la Región mediante un instrumento de recolección

estandarizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP),²⁰ entre las cinco primeras causas de morbilidad del período prenatal registradas alternaron la ruptura prematura de membranas, la infección urinaria, la amenaza de parto prematuro, la preeclampsia y la hipertensión inducida por el embarazo (Schwarcz, R., CLAP, comunicación personal, 1991). En este estudio, la infección urinaria ocupó el primer lugar en las instituciones de la Argentina (área suburbana) y de Ecuador; la ruptura prematura de membranas fue predominante en las instituciones de la Argentina (área metropolitana), el Brasil y Chile; la amenaza de parto prematuro y la preeclampsia se encontraron también entre las cinco primeras causas de morbilidad en todos los países.

No existen elementos de juicio para afirmar que la prevalencia de estas condiciones en la población general sea similar, pero se considera que en esta serie el aborto y la hemorragia tienen una menor representación porque en su mayor parte se tratan como emergencias médico-quirúrgicas o no se busca ninguna atención. En el caso del aborto, para América Latina se estima una tasa de 65 abortos por 1000 mujeres en edad de procrear, y esta es aún mayor en las zonas urbanas (43), lo cual supondría una proporción de por lo menos un aborto por cada dos o tres partos. De ahí que se trate de un grave problema de morbilidad de las mujeres en edad de procrear, que afecta al conjunto de la sociedad y cuya solución requerirá de prontas medidas para mejorar los programas tanto de prevención como de atención de sus complicaciones.

Morbilidad durante el parto y el posparto

Resulta difícil estimar el volumen de la morbilidad del parto y del puerperio, salvo mediante la información obtenida de los registros hospitalarios, lo cual es válido en los países donde existe una alta proporción de atención institucional del parto y de vigilancia del puerperio.

Como ya se señaló, uno de los fenómenos que está adquiriendo proporciones graves en la Región es el exceso de partos por cesárea. En el estudio en colaboración del CLAP, ya mencionado, que abarcó 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), se constató que más de la mitad de los 176 hospitales estudiados exhibió una proporción de partos por cesárea de 17 a 29,4% en el período 1981-1985. Según la misma investigación, la cesárea aumenta la mortalidad materna 12 veces, la morbilidad materna de 7 a 20 veces y la estancia hospitalaria dos veces, aumentando en consecuencia el costo de la atención del parto.

²⁰ Historia Clínica Perinatal Simplificada, CLAP, OPS, 1990.

SERVICIOS PARA LA SALUD MATERNA

A pesar de los avances observados, la cobertura y la calidad de los servicios de atención prenatal y del parto, así como los de regulación de la fecundidad, son aún inadecuados en un gran número de países.

Cobertura de la atención materna

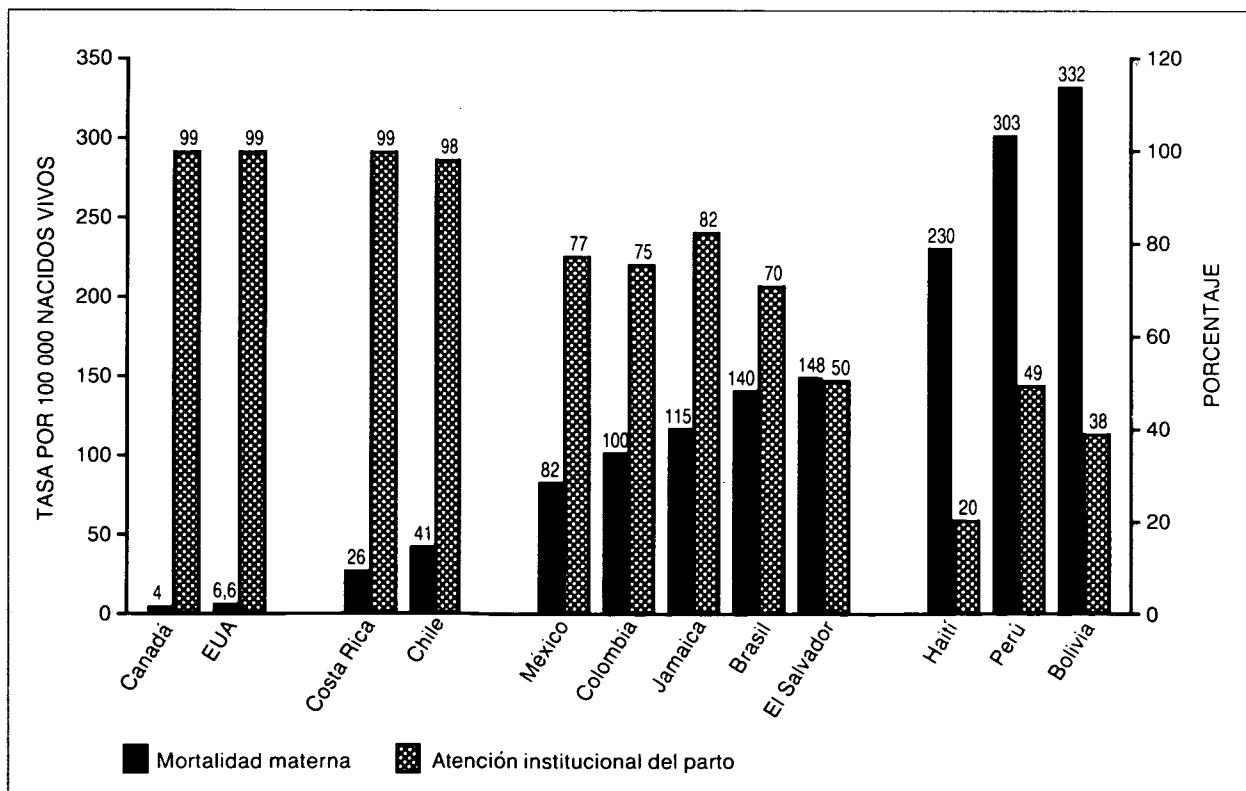
En cuatro países de la Región las coberturas conocidas de atención prenatal no superan al 50% de las mujeres embarazadas; en nueve, estas se ubican entre el 50 y el 90%, y solo en cuatro son superiores al 90% (véase el Cuadro 4). De manera similar, en seis países se observa que menos del 50% de las mujeres embarazadas recibe atención institucional del parto. En tres países que concentran el 60% del total de la población de América Latina y el Caribe, la cobertura institucional del parto varía entre 70 y 80%. Solo en siete países la cobertura de la atención institucional del parto supera el 90%. La relación inversa entre magnitud de la mortalidad materna y cobertura de la atención institucional del parto se presenta en la Figura 3.

Calidad de los servicios

La deficiente cobertura y la escasa calidad de los servicios de atención materna no logran satisfacer las necesidades de salud de la población en cuestión. Una evaluación de la eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil realizada entre 1985-1989 en 15 países de la Región mostró que tanto los servicios de atención materna ambulatoria como los de atención obstétrica hospitalaria eran deficientes, y que solo 39% de los primeros y 8% de los segundos gozaban de condiciones aceptables para cumplir con su cometido (44). Pero lo que es aún más inquietante es que, si se observa el comportamiento de las principales causas de mortalidad materna a lo largo del tiempo, se constata que los servicios de salud han logrado muy poco o casi nada para reducir estos indicadores en los últimos 10 ó 12 años, ya que las causas de mortalidad materna que ocupan el primer lugar en las estructuras de causas de cada país se han mantenido prácticamente estáticas en este lapso, salvo en algunos pocos casos.

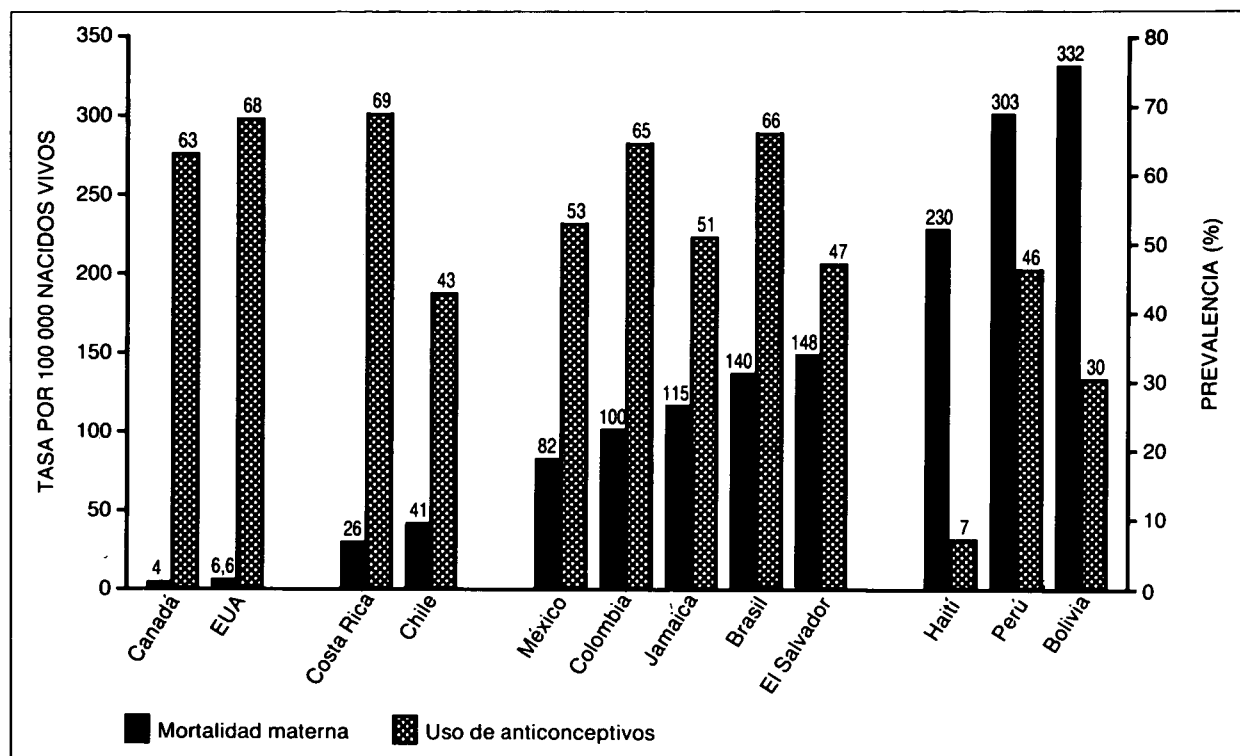
Es indudable, por otra parte, que el deterioro de la cobertura y de la calidad de los servicios de salud en la Región es fundamentalmente resultado de las restriccio-

Figura 3. Mortalidad materna y atención institucional del parto en países seleccionados de la Región de las Américas, último año disponible (escala semilogarítmica).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica.

Figura 4. Mortalidad materna y uso de anticonceptivos en países seleccionados de la Región de las Américas, último año disponible (escala semilogarítmica).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Técnica.

nes financieras del sector público que acompañaron a las políticas de ajuste estructural de la economía. En los servicios de salud de la Región siguen existiendo características de funcionamiento que propician fallas en la detección oportuna de la hipertensión inducida por el embarazo y en la atención oportuna de la hemorragia. El elevado número de defunciones maternas por infección y por parto obstruido demuestran la calidad deficiente de la atención del parto.

Servicios de planificación familiar

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en los países de la Región es alto. Más del 90% de las mujeres de 15 a 44 años conoce, al menos, un método anticonceptivo, según la última información disponible (33).

En Costa Rica, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad de procrear, casadas o en unión libre, es de 70%, cifra ligeramente inferior a la de los Estados Unidos (74%) y el Canadá (73%). El Brasil y Colombia notifican que 66% de las mujeres en edad de procrear utilizan anticonceptivos. Chile, Guatemala, Ja-

maica, Martinica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela muestran prevalencias de uso variables de 23 a 58%, mientras que en Haití este indicador es de solo 10% (45) (véase el Cuadro 4). Se desconoce la prevalencia del uso de anticonceptivos en la Argentina, Cuba y Uruguay, pero se supone que puede ser moderadamente elevada, si se consideran los bajos niveles de fecundidad de estos países.²¹

Existe una asociación inversa entre la magnitud de la mortalidad materna y la prevalencia del uso de anticonceptivos, de modo que los países con baja prevalencia de uso de anticonceptivos presentan un elevado riesgo de mortalidad materna, al parecer producto de los embarazos y partos de orden quinto y superior, de los embarazos a edad avanzada, con intervalos intergenésicos reducidos, y de la mayor incidencia de abortos inducidos (Figura 4).

Cualquier esfuerzo por reducir la mortalidad materna deberá considerar como prioridad la atención de la demanda no satisfecha de servicios de regulación de la fecundidad, que en algunos países es alta, previniendo, ade-

²¹ A estos niveles bajos de fecundidad contribuye la incidencia de abortos inducidos, que se expresa en la importante mortalidad materna por esta causa.

más, los embarazos no deseados, de alta frecuencia en la Región según los resultados de las encuestas de demografía y salud (32). Herz y Measham (46) estimaron que en Colombia y México se podrían haber evitado 37 y 32% de las defunciones maternas, respectivamente, si todas las mujeres con necesidades no satisfechas de regulación de la fecundidad hubieran tenido acceso al uso de anticonceptivos eficaces y no hubieran tenido más hijos. Además, si las mujeres de 35 años o más no hubieran tenido más hijos, las cifras de defunciones evitadas hubieran subido a 59 y 56%, respectivamente (47).

Costo de los servicios de prevención de la mortalidad materna

La creciente importancia conferida a la medición de los costos de los servicios de salud ha creado una corriente de opinión en los gobiernos y en los organismos financieros, en el sentido de elaborar y aplicar una metodología que valore la eficiencia de los servicios de salud en relación con el costo. Para el caso de la salud materna esto implica, entre otras cosas, capacidad de cuantificar los costos en que se incurre al evitar una defunción materna y al prevenir los episodios de morbilidad en las mujeres embarazadas y puérperas. Este esfuerzo se dirige a demostrar a los aún escépticos —en cuyas manos descansa habitualmente la decisión de asignar recursos a los programas de salud materna— que el beneficio de una maternidad sin riesgo, en relación con el costo, sobrepasa los costos sociales y familiares de una muerte materna.

No se conocen trabajos que identifiquen y cuantifiquen los costos sociales y familiares de una defunción materna, ni se han evaluado las medidas compensatorias a que serían acreedoras las familias y la comunidad como retribución por la incapacidad o la defunción materna debidas a causas que hoy son prevenibles prácticamente en su totalidad (48). Lo anterior es consecuencia del papel y la valoración social de las mujeres en la mayoría de los países de la Región, dado que hasta hace pocos años hubiera sido impensable imputar costos a una “actividad no productiva”, que “no es objeto de un salario”, que corresponde precisamente a la función que en general desempeñan las mujeres.

En la actualidad se trabaja con algunas cifras. Por ejemplo, la propuesta del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, de la OPS, de reducir el indicador en un 50%, costaría un poco más de \$US300 millones adicionales por año (1). El Banco Mundial estimó también el costo de salvar una vida en valores que fluctúan entre \$190 y \$3100, y el de prevenir un episodio de enfermedad, en \$75 a \$100 (46).

En Tlaxcala, México, una investigación sobre el costo social de la mortalidad materna (49) midió la orfandad producida por las defunciones maternas, la pérdida escolar y el impacto familiar de estos hechos vitales. Sin embargo, se trata de enfoques parciales, donde parece no estar incluida la evaluación de las pérdidas económicas, laborales, políticas y culturales que derivan de una muerte materna por causas prevenibles a bajo costo. También sería oportuno llevar a cabo investigaciones sobre las diferencias de cobertura y calidad de los servicios de salud para mujeres y hombres, con el fin de verificar su asociación con el perfil de la salud materna en los países de la Región.

COMENTARIOS FINALES

Esta revisión sobre la mortalidad y la morbilidad materna permite concluir que en la mayoría de los países de la Región, aun con las limitaciones de la calidad de los datos, constituyen el principal problema de salud de la mujer en edad de procrear, en términos individuales, familiares y sociales. Es muy probable que la gran mayoría de las defunciones ocurran en las poblaciones marginadas de las grandes concentraciones urbanas y en las zonas rurales.

Aun cuando los tres grupos de países de América Latina y el Caribe considerados en el análisis hecho para el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas (1) registraron descensos variables en sus tasas de mortalidad materna, los cambios en la estructura de causas muestran una disminución desigual de las mismas.

El primer grupo de países registra una mortalidad materna similar —aun con subregistro— a la que tenía Suecia al comienzo del siglo, 227 por 100 000 nacidos vivos (50); el segundo grupo de países tiene una mortalidad materna equivalente a la de Italia en 1955, 133,3 por 100 000 nacidos vivos (51), y el tercer grupo, el más avanzado, presenta cifras parecidas a las del estado de Massachusetts, Estados Unidos, en 1950, 50 por 100 000 nacidos vivos (52). Esto significa que los países de América Latina y el Caribe tienen un retraso de 35 a 90 años respecto a los estados y países con tasas de mortalidad materna bajas. En consecuencia, mediante la mejora de la condición social de la mujer y la aplicación de la tecnología apropiada para la atención de su salud, deben superar ese desfase en solo una década: la actual.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen los aportes y comentarios de la Dra. Danuta Rajs a este trabajo.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas: Tema 5.9 del Programa Preliminar de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., 1990. Doc. CSP23/10 (Esp.), 20 de julio de 1990.
- (2) Rochat, R. W. The magnitude of maternal mortality: definitions and methods of measurement. Documento WHO/FHE/PMM/85.6.1.
- (3) Kestler, E. E. Maternal mortality in Guatemala. A big gap...but just start! Presentado en el I Taller Latinoamericano sobre Salud Maternoinfantil: Estrategias Operativas. Metepec, Puebla, México, 27 de mayo-1 de junio de 1991.
- (4) Castellanos, M. D. J., Ochoa Vázquez, J. C. y David, V. Mortalidad de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna. Honduras; UNAH, 1990. Presentado en el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Montevideo, diciembre de 1990.
- (5) Pino, A., Reascos, N., Villota, I., Landázuri, X. y Yépez, R. Mortalidad materna en el Ecuador y aspectos culturales en la atención de la mujer embarazada. *Revista del Instituto Juan César García* 1(1):33-56, 1991.
- (6) Mojarro, O. D., Hernández, D. F., Fuentes, J. V. y Martínez, J. M. La epidemiología de la mortalidad materna y las estrategias operativas de los comités de mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Presentado en el I Taller Latinoamericano sobre Salud Maternoinfantil: Estrategias Operativas. Metepec, Puebla, México, 27 de mayo - 1 de junio de 1991.
- (7) Rodríguez, J., Quintero, C., Bergonzoli, G. y Salazar, A. Avoidable mortality and maternal mortality in Cali, Colombia. Documento WHO/FHE/PMM/85.6.2.
- (8) Russell, J. K. Maternal deaths in England and Wales 1976-78. *Br Med J Clin Res* 286(6359): 82-83, 1983.
- (9) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). La fecundidad: niveles y tendencias. En: *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 524, vol. 1, págs. 19-21.
- (10) Estados Unidos de América. US National Academy of Sciences. National Research Council, Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility. Reproductive Patterns and Women's Health. En: *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Washington, D.C., National Academy Press, 1989.
- (11) Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Salud Maternoinfantil. Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Washington, D.C., marzo de 1987. Documento inédito.
- (12) Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Salud Maternoinfantil. Estrategias para la Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, D.C., agosto de 1989. Documento inédito.
- (13) Rajs, D. La mortalidad materna en América Latina y en el Caribe Latino. En: *Seminario sobre causas y prevención de la mortalidad de los adultos*. Santiago, Chile, CELADE, IUSSP, OPS, 1991.
- (14) Jiménez Gamboa, J., Mora Ramírez, G. y Ruiz Vásquez, J. Mortalidad materna en Costa Rica. Presentado en la Reunión Subregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna en Centro América y Panamá. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Nicaragua, FNUAP, UNICEF, 5-8 de septiembre de 1989.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas. Washington, D.C., marzo de 1990. Documento inédito.
- (16) Mosely, W. H. y Chen, L. C. An analytical framework for the study of child survival in development countries. *Popul Dev Rev* 10 (suppl.) 25-45, 1984.
- (17) McCarthy, J. An Analytic Model of Maternal Mortality. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Nueva York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, 1991, págs. 10-17.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. El nacimiento por cesárea hoy. *Salud Perinatal* 3(9):101-120, 1989.
- (19) Klinger, I. Intervención de la Representante de la OPS. En: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Conferencia Regional sobre la pobreza en América Latina y el Caribe. Cartagena, Colombia, agosto de 1988.
- (20) Paganini, J. M. y Chorny A. H. Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. *Bol Of Sanit Panam* 105(5-6):424-448, 1990.
- (21) Organización Mundial de la Salud. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision. Ginebra, 1992, vol. 1, pág. 1238.
- (22) Schkolnik, S., Simons, H., Wong, L. y Grahama, W. El método de hermanas para estimar la mortalidad materna: aplicaciones con especial énfasis en América Latina. Santiago, Chile, CELADE, 1990.
- (23) Koonin, L. M., Atrash, H. K., Rochat, R. W. y Smith, J. C. Maternal mortality surveillance, United States, 1980. *Morb Mort Wkly Rep* 37(SS-5):19-29, 1988.
- (24) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, 2 vol.
- (25) Laurenti, R. A saúde materna na Região das Américas. Presentado a la Organización Panamericana de la Salud, marzo de 1992, 20 págs.
- (26) Bobadilla, J. L., Reyes Frausto, S. y Karchmer, S. Magnitud y causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal, 1988-1989. Presentado en el Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los Países en Desarrollo, Santiago, Chile, 7-11 de octubre de 1991.
- (27) Syverson, C. J., Atrash, H. K. y King, G. E. Pregnancy-related mortality in New York City, 1980 to 1984: Causes of death and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 164:603-608, 1991.
- (28) Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Report "General purpose mortality retrieval". Washington, D.C., febrero de 1991.
- (29) Buehler, J. W., Kaunitz, A. M., Hogue, C. J., Hughes, J. M., Smith, J. C. y Rochat, R. W. Maternal mortality in women aged 35 years or older. *JAMA* 255(1):53-57, 1986.
- (30) Walker, G. J. A., McCaw, A. M., Ashley, D. E. C. y Bernard, G. W. Maternal mortality in Jamaica. *Lancet* 486-488, 1 de marzo de 1986.
- (31) Maine, D. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Nueva York, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University, 1991, pág. 57.
- (32) Marckwardt, A. M. y Ochoa, L. H. Comparative population and health data for the Latin American Region. Institute

for Resource Development/Macro International. Columbia, Maryland, enero de 1992.

(33) Organización Panamericana de la Salud. *Informes Finales: 106ª y 107ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS; XLIII Reunión Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C., 1991. Documento Oficial 247.

(34) Chi, I. C., Whatley, A., Wilkens, L. y Potts, M. In-Hospital maternal mortality risk by cesarean and vaginal deliveries in two less developed countries - A descriptive study. *Int J Gynaecol Obstet* 24:121-131, 1986.

(35) Faúndes, A., Herrmann, V. y Cecatti, J. G. Análise da mortalidade materna em partos cesáreos, no Município de Campinas, 1979-1983. *Femina* 516-524, 1985.

(36) Organización Panamericana de la Salud. El control prenatal. *Salud Perinatal* 3(10):121-136, 1990.

(37) Estados Unidos de América. National Hospital Discharge Survey, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, Hyattsville, Maryland, 1991.

(38) Brasil. DHS-Brasil Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar 1986-Relatório resumido. Rio de Janeiro, Brasil, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1989.

(39) Marconi, E. Use of vital statistics in programmes for the prevention of maternal deaths. Presentado en el Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los Países en Desarrollo, Santiago, Chile, CELADE, IUSSP, OPS, 1991.

(40) Chile. Boletín Estadístico, Fondo Nacional de Salud, 1989 e Informe Estadístico, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, 1990.

(41) Measham, A. R. y Rochat, R. W. Slowing the stork: Better health for women through family planning. Presentado en la International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, 1987.

(42) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Subdirección General Médica: Estadísticas de egresos hospitalarios 1989.

Tomado de 30 diagnósticos más frecuentes por sexo, págs. 1-2, México, D.F., mayo de 1990.

(43) Henshaw, S. K. Aborto inducido: Una perspectiva mundial. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número especial, 12-16, 1987.

(44) Suárez Ojeda, N., Moreno, E., Brant, J. C., Rodríguez, M. V., Araiz, S., Ruiz, F. y Miravet, M. D. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Condiciones de eficiencia en algunos países de América Latina. En: Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación de servicios de salud materno-infantil*. Washington, D.C., 1989, págs. 239-269.

(45) Population Reference Bureau, Inc. World Population Data Sheet-Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World. Washington, D.C., PRB, Inc., 1990.

(46) Herz, B. y Measham, T. *Safe Motherhood Initiative: Proposals for Action*. World Bank Discussion Paper 9. Washington, D.C., Banco Mundial, 1987.

(47) Acsadi, G. T. F., Johnson-Acsadi, G. y Vlassoff, M. Safe motherhood in Latin America and the Caribbean: Socio-cultural and demographic aspects of maternal health. Presentado a: Safe Motherhood Conferences in Latin America and the Caribbean. Nueva York, Acsadi Associates, 1991.

(48) Tinker, A. Safe motherhood: How much does it cost? Presentado a: Safe Motherhood Costing Workshop. Washington, D.C., Banco Mundial, abril de 1991.

(49) Elu, M. C. En: Informe Final del I Taller Regional sobre Investigación en Mortalidad Materna. Secretaría de Salud de México, Dirección General de Salud Materno-infantil, OPS/OMS, México, D.F., abril de 1990, 11 págs.

(50) Högberg, U. y Wall, S. Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bull WHO* 64(1):79-84, 1986.

(51) Parazzini, F., La Vecchia, C. y Mezzanotte, G. Maternal mortality in Italy, 1955 to 1984. *Am J Obstet Gynecol* 159(2):421-422, 1988.

(52) Sachs, B.P., Jewett, J.F., Brown, D. A. J., Driscoll, S. G., Schulman, E., Acker, D. y Ransil, B. J. Maternal mortality in Massachusetts: Trends and prevention. *N Engl J Med* 316:667-672, 1987.

NOTAS PARA LA DISCUSION SOBRE LA ATENCION Y LA PROMOCION DE LA SALUD DE LA MUJER ADULTA EN LAS AMERICAS

Helena E. Restrepo¹

A manera de introducción a los trabajos sobre cáncer y otras enfermedades crónicas de la mujer, es conveniente plantear una serie de reflexiones respecto a la forma como se ha abordado la atención de salud de la mujer adulta en compartimientos determinados más por intereses médicos que por las necesidades de un abordaje integral, en el cual la división de problemas, por su relación o no con la función reproductiva, es la que ha primado. Esta separación es arbitraria, puesto que varias condiciones que aparecen tardíamente en la vida de la mujer están relacionadas con la fisiología, historia sexual y reproductiva, y la calidad y el tipo de atención de salud recibida durante embarazos y partos.

La división marcada entre los problemas de salud relacionados directamente con la fecundidad y reproducción y todos los demás riesgos que afectan a la mujer en sus etapas de adultez, se refleja también en la organización de los servicios de salud para la mujer, en especial en los países en desarrollo donde la mujer pobre no tiene acceso fácil a servicios médicos de especialistas, principalmente los del sector privado. La red de servicios públicos ambulatorios en estos países, por lo general se orienta primordialmente a la atención de la “madre y el niño”, restringiendo el concepto a la atención de embarazos, partos y regulación de la fecundidad. La mujer que termina el ciclo de reproducción, o que nunca se expuso a embarazos, está desprotegida en general en cuanto a red de servicios periféricos y, al igual que a los hombres, le queda solo la posibilidad de servicios de las instituciones de seguridad

social, si es que está empleada o deriva algún beneficio como dependiente de un familiar asegurado, o acude en situaciones de gravedad a servicios de emergencia en los hospitales públicos.

Es importante clarificar que compartimos el principio general de que las prioridades de salud pública, indiscutiblemente, deben continuar centradas en los problemas que afectan a la población en los estratos socioeconómicos más bajos. La atención materno-infantil en dichos estratos, sin lugar a dudas continúa requiriendo la mayor prioridad y esfuerzos para asegurar la vida de la madre joven y el niño. Sin embargo, la mujer adulta continúa siendo un ser social valioso, sujeto a una serie de problemas y riesgos de tipo crónico que influyen en su bienestar y son causa de pérdidas de productividad y de vidas útiles.

Por otro lado, los cambios, unidos a la urbanización acelerada en los países de América Latina, están condicionando demandas y tensiones nuevas en la mujer trabajadora urbana, consumos y hábitos que aumentan los riesgos para enfermedades de diversa índole, como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades reumáticas y, sobre todo, los trastornos psicosociales. Todos estos problemas, catalogados genéricamente como “crónicos”, requieren de estudios más precisos de caracterización por género en cada estrato socioeconómico y de propuestas de acción específicas de promoción de salud, prevención y control, orientadas a la mujer perteneciente a dichos estratos sociales.

Sabemos que, cuando se trata de plantear problemas de salud de la mujer diferentes a los relacionados con el embarazo, parto y puerperio, saltan los argumentos conoci-

¹ Directora, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

dos de la supervivencia mayor de la mujer sobre el hombre y la aún inexplicable y controversial superioridad genética del llamado "sexo débil". Como anota Deborah Wyngard,² epidemióloga de la Universidad de California en San Diego, "en 10 de las 12 causas principales de defunción, cada una mata más hombres que mujeres", al menos en los Estados Unidos. Sin embargo, también es conocido y difundido universalmente el hecho de que la mujer se "enferma" más, ocasiona más consultas y presenta más incapacidades, sin que se haya profundizado mucho en los estudios que caractericen mejor las diferencias de comportamientos y actitudes bajo la perspectiva de género, con relación a riesgos ligados con enfermedades crónicas; en esta caracterización debe tenerse muy en cuenta las diferencias socioeconómicas que también determinan riesgos ligados a conductas y consumos.

Tampoco se había contado, hasta ahora, con datos sobre las diferencias de conductas médicas para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades, por sexo. En publicaciones recientes se observa que, por ejemplo, la cirugía cardiovascular se aplica mucho más a hombres que a mujeres en los Estados Unidos, aduciendo mayores dificultades técnicas para el éxito de la cirugía de coronarias debidas a condiciones anatómicas en la mujer. Estudios en Italia demuestran que las percepciones, actitudes y conocimientos de los médicos con respecto al cáncer de la mama, influyen en las conductas terapéuticas, aun cuando se cuente con guías y protocolos estandarizados con aprobación nacional.

Las consideraciones anteriores deben constituir estímulos para reforzar la investigación epidemiológica descriptiva, analítica y operativa, con perspectiva de género, en los riesgos de enfermedades crónicas. Si el hombre, como ser dominante en la sociedad, ha sufrido consecuencias para su salud ligadas a conductas autodestructivas, como el exceso de consumo de alcohol, el consumo de tabaco, la mayor exposición a violencias y accidentes, y a riesgos ocupacionales con mayor frecuencia, la mujer, por otra parte, ha sufrido muchos más problemas ligados con cambios hormonales, falta de ejercicio físico, consecuencias de embarazos repetidos, como venas varicosas, trastornos urinarios, artritis, hemorroides, anemia crónica y, sobre todo, fatiga y "depresión" por la forma como la sociedad patriarcal identifica su papel.

Los programas y las políticas de atención de salud deberán, por lo tanto, tener en cuenta todas estas diferencias de género anotadas. Se requiere avanzar en las acciones de promoción de salud de la población en su totalidad pero sin perder las perspectivas específicas por género. Así por ejemplo, a las mujeres de nuevas generaciones se les

deberá mostrar las ventajas y desventajas ligadas a la adquisición de conductas y comportamientos que, si bien han sido de dominio del hombre, no son saludables. De igual modo, se deben enfatizar aquellas que sí tendrán una repercusión favorable para la salud como la recreación, el derecho al descanso, el ejercicio físico regular y el cuidado en la alimentación.

Con el aumento de la esperanza de vida en los países en desarrollo, fenómenos como la menopausia deberán ser objeto de atención especial; deben formarse grupos multidisciplinarios que estudien las características del climaterio en mujeres de distintos ambientes físicos y socioculturales. Igual recomendación es válida para el abordaje de los problemas de la mujer anciana.

La salud mental de la mujer es un área en la cual la salud pública ha sido negligente. La necesidad de iniciar el movimiento de llamar la atención sobre ella y de promover la investigación transcultural, es muy grande; por ello es objeto de un capítulo especial en esta obra.

Las relaciones entre enfermedades crónicas y condiciones de trabajo indican que también debemos continuar poniendo en práctica las recomendaciones de Nairobi, que priorizan la acción de mejoramiento de las condiciones de trabajo de la mujer tanto en el sector formal como informal, público y privado, así como la necesidad de cobertura de seguridad social para la mujer.

En resumen, las necesidades de salud de la mujer adulta constituyen un campo de investigación y de acción concreto en que se requiere más compromiso político y una mayor toma de conciencia por parte de los grupos de mujeres organizados para lograr generar el conocimiento y las propuestas de trabajo que respondan en forma efectiva a ellas. Los sesgos inherentes al prejuicio de que la mujer no debe tener prioridad sino con relación a las necesidades de salud ligadas con la maternidad, deben empezar a cuestionarse. El acceso a servicios preventivos y a tecnología diagnóstica y de tratamiento, y el compromiso de las mujeres mismas en la promoción de su salud, deben ser objeto de las acciones de salud pública en nuestros países.

BIBLIOGRAFIA

Liberati, A. *et al.* The role of attitudes, beliefs and personal characteristics of Italian physicians in the surgical treatment of early breast cancer. *Am J Public Health* 81(1):38-42, 1991.

Restrepo, E. H. Health Issues Related to Middle Age and Elderly Women in the Region of Americas. Washington, D.C., OPS, Programa de Salud del Adulto, 1988. Documento inédito.

The Nairobi Forward-Looking Strategies for the Advancement of Women. Conference to review and appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. Nairobi, Kenya, 15-16 de julio de 1985.

² Citada por Dolnick, Edward. Super Women. En *Health*, julio-agosto de 1991, págs. 42-44.

LA MUJER Y LA ENFERMEDAD CRONICA EN AMERICA LATINA

*Myriam B. Debert-Ribeiro*¹

El presente trabajo contiene una discusión de las diferentes tasas de morbilidad y mortalidad por sexo causadas por los principales grupos de enfermedades crónicas no transmisibles, y sus tendencias actuales en los países de la Región.

En los últimos decenios, los perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los países de la Región han sufrido cambios trascendentales: la fecundidad, la mortalidad infantil y la mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales siguieron reduciéndose, y hubo un aumento de la esperanza de vida al nacer, la migración urbana y el tamaño de la población. Esos cambios de la estructura demográfica han resultado en el envejecimiento de la población y, junto con las modificaciones de los factores ambientales, en particular del estilo de vida, han provocado un considerable aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (1).

Las diferencias entre hombres y mujeres en la esperanza de vida al nacer han mostrado una tendencia ascendente en los últimos 30 a 40 años, y los cambios se han acentuado más a medida que bajan las tasas de mortalidad. En la mayoría de los países de la Región, esas diferencias oscilaron entre 3 y 5 años de 1970 a 1975, y aumentaron en el período subsiguiente. Se han mantenido estables en la Argentina, el Canadá y el Uruguay, pero han acusado una baja en los Estados Unidos de América (1). Este cambio ha sido objeto de amplia evaluación y se ha atribuido en gran medida a la marcada baja de la mortalidad de hombres blancos causada por cardiopatía coronaria y derrame cerebral (las diferencias por sexo observadas en la población negra afectada por el grupo de enfermedades citado se han mantenido estables) (2, 3).

La explicación de las diferencias en cuanto a la tasa de morbilidad y mortalidad de los hombres y mujeres com-

prende varios factores biológicos y sociales que no se excluyen mutuamente. La discusión de los factores sociales entraña funciones y patrones de conducta determinados de hombres y mujeres: las funciones de importancia examinadas son el matrimonio, la paternidad y el empleo; los patrones de conducta incluyen el tabaquismo, el consumo de alcohol y un estilo de vida sedentario.

FACTORES DE RIESGO

Las tendencias de los factores de riesgo a largo plazo parecen señalar un aumento del consumo de tabaco y alcohol por las mujeres, como ya se ha observado en muchos países. El aporte del tabaquismo a las diferencias en la tasa de mortalidad por sexo está no solo en las distintas características del hábito de fumar, sino también en los diversos efectos biológicos que tiene en cada sexo.² Las estimaciones del aporte del tabaquismo también pueden incluir los efectos de factores de confusión como la exposición ocupacional y de covariables como el consumo de alcohol (4).

Estas observaciones, junto con las del efecto del tabaquismo en la mortalidad general y en la causada por enfermedades cardiovasculares, se han convertido en un asunto sumamente polémico. Algunos autores sugieren que la variación de las tasas de tabaquismo explica las diferencias en la esperanza de vida de cada género (5), dado que estas casi no existen en hombres y mujeres no fumadores. Sin embargo, en otra serie, sí se observaron en estos últimos (6-8). Cabe señalar que las actuales diferencias en la mortalidad por sexo reflejan el hábito de fumar en los úl-

¹ Profesora Asociada de Epidemiología, Departamento de Medicina Preventiva, Escuela Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.

² Para un análisis más detallado sobre las diferencias del tabaquismo por sexo, véase el trabajo de Sylvia Robles titulado "El tabaquismo en la mujer de las Américas", en la página 178.

timos 20 ó 30 años; en consecuencia, es posible que un aumento del tabaquismo en la mujer muestre su efecto en la mortalidad en los años venideros.

Bajo el patrocinio de la OPS, durante 1985 y 1986 se realizó una encuesta en las comunidades urbanas de seis países latinoamericanos para estimar la prevalencia de ciertos factores de riesgo normal de enfermedades crónicas. Los resultados del Cuadro 1 indican una razón entre hombres y mujeres fumadores en el momento del estudio que varía de 1,22 en Santiago a 2,60 en México. Los datos muestran tasas muy altas de tabaquismo en ambos sexos. En el caso de las mujeres, pese a la gama relativamente amplia de variación, la tasa media parece ser mayor que la observada en los países desarrollados en el mismo período. Se determinó que la vida de las mujeres era 20% más sedentaria que la de los hombres, pero el índice de masa corporal no mostró marcadas diferencias por sexo. En lo que se refiere al consumo de alcohol, el número de hombres que reconocieron que eran bebedores en el momento del estudio fue el triple que el de mujeres. Las mujeres cubanas y mexicanas notificaron la menor frecuencia de consumo de alcohol (en términos absolutos y relativos en comparación con los hombres). Sin embargo, no se sabe a ciencia cierta si estas últimas diferencias son reales o si sencillamente guardan relación con la actitud respecto del

consumo de alcohol. Por último, las mujeres notificaron más casos de hipertensión que los hombres.

LA MUJER, EL TRABAJO Y LA SALUD

El cambio trascendental¹ que han tenido en fecha relativamente reciente las tendencias a largo plazo de las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres en algunos países de América Latina vuelve a abrir la discusión sobre los factores determinantes de las diferencias por sexo. Los factores sociales y ambientales surgen otra vez con carácter influyente en la conformación final de la morbilidad y la mortalidad; la creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo es un cambio de esa índole.

Según el modelo de estrés en el empleo, la combinación del trabajo y las responsabilidades familiares pueden ejercer suficientes presiones en las mujeres al punto de provocar efectos desfavorables para su salud física. Un segundo marco de trabajo, el modelo de beneficios para la salud, tiene que ver con el trabajo y la salud de la mujer e indica que el medio de trabajo puede ofrecer beneficios, tales como oportunidades de fomento de la estima propia y la confianza en las decisiones tomadas, apoyo social para individuos que, de

Cuadro 1. Prevalencia de tabaquismo, consumo de alcohol, estilo de vida sedentario e hipertensión notificada por los propios pacientes, ajustada por edad, e índice de masa corporal, por sexo, en comunidades urbanas seleccionadas de las Américas, 1985-1986.

Ciudad	Fumadores		Vida		
	en ese momento (%)	Bebedores (%)	sedentaria (%)	Hipertensión (%)	Índice de masa corporal ^a
Hombres					
Porto Alegre	48,9	59,6	66,6	19,0	23,9
São Paulo	(69,3) ^b	53,1	s/d	14,2	23,7
Santiago	51,7	40,2	56,9	5,5	23,3
La Habana	49,5	9,2	61,7	11,0	22,8
México	41,8	34,1	40,2	8,6	25,8
Caracas	(60,9) ^b	(42,0) ^b	(40,7) ^b	11,3	s/d
Todas ^c	47,5	38,0	57,8	11,5	-
Mujeres					
Porto Alegre	30,6	24,6	(82,3)	26,8	23,5
São Paulo	(51,1) ^b	18,5	s/d	16,9	23,8
Santiago	42,5	14,0	73,9	15,1	24,1
La Habana	28,4	0,5	77,7	21,2	22,7
México	16,1 ^b	0,7 ^b	73,8 ^b	24,8	25,7
Caracas	(47,2)	(5,5)	(64,7)	35,0	s/d
Todas ^c	30,7	13,4	69,5	22,1	-

^a El índice de masa corporal se calculó con la mediana de la estatura y el peso correspondiente a cada sexo y ciudad.

^b No se dispone de la tasa ajustada; se citan las tasas brutas.

^c Los cálculos de las tasas de todos los centros incluyen las ajustadas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Promoción de la Salud. Risk Factors of Chronic Noncommunicable Diseases: Survey in Latin American Urban Groups, 1985-1986.

otro modo, estarían aislados, y experiencias que fomentan la satisfacción con la vida. En tercer lugar, en el modelo de expansión de funciones se examina el número y la clase de funciones que desempeña una persona y se analiza la situación de empleo junto con otras funciones, tales como el matrimonio y la paternidad (9). Se supone que el sentido de eficacia en el empleo derivado de este o de otra fuente puede cambiar los efectos del estrés del trabajo y beneficiar la salud fomentando cambios de actitud y de conducta favorables para la salud, como ejercicio o menor consumo de tabaco o alcohol. El apoyo social del trabajo puede ampliar el grado de adopción de patrones de conducta en pro de la salud, como el dejar de fumar (10).

Las mujeres empleadas declaran tener menos síntomas crónicos, hacen menos consultas al médico y, cuando están enfermas, restringen sus actividades con menos frecuencia que las amas de casa (11, 12, 21, 22). Los estudios de prevalencia de ciertas afecciones crónicas, así como los de mortalidad, han mostrado constantemente que la tasa de prevalencia y mortalidad en las mujeres trabajadoras es menor que la observada en la población en general o en las amas de casa (13, 14). Estos resultados se pueden explicar, por lo menos en parte, por el "efecto del trabajador sano", según el cual el empleo selecciona a los más aptos, incluso a quienes tienen un mejor estado de salud. Esas vías causales se pueden examinar solo por medio de estudios longitudinales; sin embargo, todavía son escasos los datos de esos estudios sobre la relación existente entre la participación en la fuerza de trabajo y el cambio subsiguiente de la salud. En un análisis se observó una relación de importancia entre el cambio subsiguiente de la salud notificado por la propia persona y su participación en la fuerza de trabajo. Por otra parte, no se obtuvieron pruebas fehacientes de que el empleo fuera perjudicial o provechoso (15).

En el estudio de Framingham (16) no se observó ninguna diferencia entre las mujeres trabajadoras y las amas de casa, ni en la incidencia de enfermedades cardiovasculares ni en los factores de riesgo relacionados, como tensión arterial, concentración de colesterol total, tabaquismo o intolerancia a la glucosa. En ese estudio se emplearon datos acopiados a mediados del decenio de 1960, y se podría suponer que la participación en la fuerza de trabajo en esa época puede haber sido ser distinta.

En fecha más reciente, el estudio del corazón hecho en San Antonio, Estados Unidos, con mujeres blancas tanto de origen mexicano-estadounidense como no hispanas (17), permitió comparar los factores de riesgo de cardiopatía coronaria a que estaban expuestas las mujeres empleadas y las amas de casa de tiempo completo de ambos grupos étnicos. Se observaron importantes diferencias favorables para las mujeres trabajadoras de ambos grupos en lo que respecta a la concentración de colesterol LAD y la relación entre este y el colesterol total y los triglicéridos, lo que no se registró al considerar los factores de riesgo normal. El efecto

protector del empleo fue mayor para las mujeres con cargos profesionales y administrativos que para las obreras. Al repetir el análisis con una muestra secundaria de mujeres sanas se descartó, por lo menos parcialmente, el efecto del trabajador sano como explicación del perfil más favorable de lípidos y lipoproteínas de las mujeres empleadas.

No se han evaluado todavía sistemáticamente las consecuencias que para la salud de la mujer tiene su mayor participación en la fuerza de trabajo en América Latina. Sin embargo, se prevé que un conjunto de condiciones desfavorables puede agravar el estado de salud de grandes segmentos de la población femenina. Esos factores incluyen un creciente número de mujeres solteras con hijos y que son jefes de familia, con empleos mal remunerados, falta de acceso a servicios adecuados de atención infantil, reducción progresiva del tamaño de la familia extensa y falta de apoyo social. Este fenómeno, llamado "feminización de la pobreza", se ha discutido extensamente en los Estados Unidos, donde parece que las minorías han sido las más afectadas (18). La crisis económica y social que golpeó a la mayoría de las sociedades latinoamericanas en el decenio de 1980 ocasionó una mayor tasa de desempleo y subempleo de los hombres, y posiblemente empeoró la pobreza de las mujeres.

La evaluación de la influencia del empleo en la salud de la mujer debe abarcar la exposición de esta a los peligros ocupacionales tanto físicos como químicos y de otra índole. Pese a la tendencia general ascendente del empleo de la mujer en el sector de bienes y servicios en varios países latinoamericanos, el trabajo agrícola cuenta con una gran proporción de mujeres. Además, las estadísticas oficiales durante una recesión tal vez no reflejen adecuadamente la participación de la mujer en el sector informal, lo que puede exponer a las trabajadoras a determinados peligros.

Las pruebas de la relación existente entre el empleo y la salud recopiladas en estudios hechos en los países desarrollados deben evaluarse con cuidado al aplicarlas al ambiente latinoamericano, porque se observan diferencias importantes en las condiciones de trabajo en ambos grupos de países. Además, mientras que las investigaciones realizadas en los países desarrollados incluyen grupos homogéneos de personas (clase media), en la mayoría de los países latinoamericanos las condiciones socioeconómicas y el acceso a la buena atención de salud y, por lo tanto, a un buen estado de salud, varían mucho de un estrato social a otro.

ENFERMEDAD, CONDUCTA DURANTE LA ENFERMEDAD Y USO DE LOS SERVICIOS

La morbilidad, medida por la frecuencia notificada por el paciente, la restricción de la actividad, las consultas médicas, la hospitalización o el examen clínico, ha mostrado ciertas diferencias constantes entre ambos sexos. Por ejem-

plo, es común que los hombres y mujeres difieran en cuanto a la forma de percibir los síntomas: las mujeres parecen estar más interesadas en la salud, y se afirma que eso es así porque ellas siempre se han encargado de la salud de la familia (19); sin embargo, parece más aceptable que las mujeres se enfermen o hablen de enfermedades. Otra propuesta es que la mujer es particularmente vulnerable a las presiones institucionales que la llevan a definir sus problemas en términos médicos (11).

Además, los indicadores de la conducta durante la enfermedad, tales como los días de discapacidad y de reposo en cama, han señalado cifras mayores cuando se refieren a la mujer, mientras que en los días de trabajo perdidos no se observó diferencia alguna entre ambos sexos (20). Una comparación de las mujeres trabajadoras con las amas de casa mostró que las primeras tienen menos días de descanso (12). Según se ha señalado, las mujeres trabajadoras también declaran tener menos síntomas crónicos, hacen menos consultas al médico y, cuando están enfermas, restringen sus actividades menos que las amas de casa (11, 12, 21, 22).

Los patrones de utilización de los servicios indican que las mujeres usan los servicios de salud más que los hombres, y las diferencias reflejan tanto la enfermedad como la conducta durante esta (11). A su vez, cada contacto con el médico amplía la posibilidad de diagnóstico de otras enfermedades crónicas.

Están todavía por aclararse los asuntos que rodean los factores relacionados con el género en lo que respecta a los patrones de conducta durante la enfermedad y la utilización de los servicios de salud, particularmente cuando se trata de enfermedades crónicas. Además, es preciso establecer parámetros de medición de enfermedades y síntomas bien definidos, y hacer una comparación de los días de discapacidad por episodio de características similares.

DIABETES Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES

En el Cuadro 2 se presentan la tasa de mortalidad de hombres y mujeres por diabetes, y la razón por edad y sexo. La razón disminuye al avanzar la edad, y es constantemente inferior a 1 en personas de 65 años y más en todos los países examinados. Sin embargo, a edad más temprana (de 25 a 44 años), es superior a 1 en 12 de los 17 países examinados, y a una edad intermedia (de 45 a 64 años) es inferior a 1 en la mayoría de los países de la Región.

Los datos sobre mortalidad parecen ser compatibles con las cifras derivadas de los estudios de prevalencia en varios países, donde se han observado tasas más altas en las mujeres, particularmente las mayores de 50 años (23). A edad

más temprana, la mayor tasa de mortalidad de los hombres, que no es compatible con una mayor prevalencia, podría encontrar explicación en las formas más graves de la enfermedad en los jóvenes. Los factores de riesgo de particular importancia para la mujer incluyen obesidad (de dos a tres veces más frecuente en ella), diabetes gravídica y paridad.

En el Cuadro 3 se presenta la razón de mortalidad entre hombres y mujeres por infarto agudo del miocardio. Las cifras indican que el tamaño y la variabilidad de esa razón disminuyen al avanzar la edad. En países seleccionados osciló entre 1,0 y 5,2 en el grupo de 25 a 44 años, y entre 1,3 y 1,8 en el de 65 y más. Esas tendencias parecen sugerir que los factores determinantes de la enfermedad a menor edad podrían ser bastante distintos de los observados a una edad más avanzada, lo que, a su vez, parece constituir un grupo más homogéneo. Dadas estas observaciones, hasta donde sea posible, en los estudios de las diferencias entre hombres y mujeres se debe restringir la escala de edad de la población objeto de investigación.

En los últimos decenios, las actividades de investigación sobre estudios de cardiopatía coronaria se han centrado en los hombres. Sin embargo, a fines del decenio de 1970 y en el de 1980, se reconoció con frecuencia cada vez mayor que en los estudios de este grupo de enfermedades se deben abarcar las peculiaridades del género en la búsqueda de nuevos conocimientos. Uno de esos factores es la relación entre las lipoproteínas y el riesgo de cardiopatía coronaria.

En estudios de población se ha demostrado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares guarda relación directa con la concentración en plasma de colesterol que contiene lipoproteínas de baja densidad (LBD), y que este tiene una relación inversamente proporcional con el colesterol que contiene lipoproteínas de alta densidad (LAD) (24).

En general, se supone que la relación existente entre las lipoproteínas y el riesgo es similar en los hombres y en las mujeres, y en el primer ensayo clínico se estimó que las LBD eran un blanco más apropiado para reducir el riesgo que las LAD (25). Otro ensayo realizado con hombres permitió confirmar la importancia de la reducción de las LBD para aminorar el riesgo, y sugirió que el aumento de las LAD podría conferir más protección contra las enfermedades cardiovasculares (26).

Aunque no se pueden negar los beneficios de una alimentación con poca grasa para las personas cuyas concentraciones de LBD son muy elevadas, todavía no se han determinado a cabalidad los que reporta para las mujeres expuestas a poco riesgo. El efecto relativo de los factores de riesgo y la interacción de estos según el sexo pueden ofrecer distintas configuraciones de la historia natural de la enfermedad y aun diferentes estrategias de intervención. Es de esperar que los estudios prospectivos de los factores de riesgo para la mujer, y otros en que se busca un vínculo entre las hormonas sexuales endógenas, las lipoproteínas plasmáticas y las manifestaciones de cardiopatía

Cuadro 2. Tasas de mortalidad por diabetes mellitus y razón por edad y sexo, en países seleccionados de las Américas, 1987. Tasas por 100 000 habitantes.

País	Sexo	Grupo de edad 25-44		Grupo de edad 45-64		Grupo de edad 65+	
		Tasa	Razón	Tasa	Razón	Tasa	Razón
Estados Unidos de América	M	2,9	(1,52)	19,4	(1,12)	90,9	(0,91)
	F	1,9		17,2		99,6	
Canadá	M	1,7	(2,12)	15,4	(1,41)	107,4	(0,98)
	F	0,8		10,9		108,9	
Chile	M	1,3	(1,44)	19,5	(1,10)	123,4	(0,90)
	F	0,9		17,7		136,4	
Uruguay	M	3,6	(1,63)	23,2	(1,09)	135,5	(0,73)
	F	2,2		21,2		183,4	
Argentina	M	2,1	(1,23)	24,4	(1,20)	122,9	(0,96)
	F	1,7		20,2		126,9	
Brasil	M	4,5	(1,28)	30,5	(0,84)	131,5	(0,61)
	F	3,5		36,2		215,4	
México ^a	M	7,8	(1,34)	101,5	(0,91)	416,0	(0,80)
	F	5,8		110,4		521,0	
Venezuela	M	4,2	(1,68)	45,8	(0,98)	230,7	(0,78)
	F	2,5		46,6		294,6	
Colombia ^b	M	2,0	(0,9)	18,3	(0,69)	101,7	(0,68)
	F	2,5		27,3		149,4	
Ecuador	M	2,0	(1,42)	26,4	(0,75)	136,9	(0,66)
	F	1,4		35,1		207,2	
Puerto Rico	M	2,2	(1,22)	55,1	(1,17)	242,7	(0,80)
	F	1,8		47,0		302,2	
Cuba	M	3,1	(0,68)	16,1	(0,43)	93,5	(0,44)
	F	4,5		36,7		209,9	
Costa Rica	M	2,1	(0,77)	23,9	(0,65)	108,3	(0,72)
	F	2,7		36,3		148,5	
Trinidad ^a	M	8,1	(0,69)	218,5	(1,09)	643,9	(0,76)
	F	11,8		200,8		843,4	
Barbados ^a	M	0		40,5	(0,46)	583,2	(0,79)
	F	5,6		86,9		740,2	
Jamaica ^b	M	5,2	(1,67)	78,8	(0,85)	319,3	(0,70)
	F	3,1		92,5		455,9	
Guatemala	M	3,1	(2,82)	13,1	(0,62)	66,4	(0,77)
	F	1,1		21,0		86,2	

^a Último año disponible, 1986.^b Último año disponible, 1984.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Promoción de la Salud. NCD mortality trends project. Washington, D.C., 1991.

Cuadro 3. Razón de mortalidad entre hombres y mujeres por infarto agudo del miocardio, por edad, en países seleccionados de las Américas, 1987.

País	Edad		
	25-44	45-64	65+
Estados Unidos de América	4,24	2,89	1,48
Canadá	4,45	3,65	1,65
Chile	3,45	2,56	1,48
Uruguay	5,18	3,72	1,76
Argentina	3,50	4,00	1,75
Brasil	2,47	2,38	1,38
México	2,60	2,59	1,47
Venezuela	2,54	2,33	1,34
Colombia	1,67	1,62	1,48
Ecuador	1,71	1,63	1,34
Puerto Rico	3,00	2,77	1,25
Cuba	2,63	2,02	1,30
Costa Rica	4,68	2,68	1,80
Trinidad	2,37	2,33	1,44
Barbados	1,01	3,62	1,52
Jamaica	1,69	1,83	1,39
Guatemala	1,20	1,85	1,57

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Promoción de la Salud. NCD mortality trends project. Washington, D.C., 1991.

coronaria aclaren las diferencias de esta enfermedad por sexo.

La diabetes mellitus constituye un factor de riesgo de cardiopatía coronaria más importante para la mujer que para el hombre (27). Cabe afirmar que esta es la única afección conocida que anula la ventaja que tiene la mujer respecto a morbilidad y mortalidad por cardiopatía coronaria.

En la actualidad, el uso de anticonceptivos hormonales aumenta el triple o el cuádruple el riesgo de infarto agudo del miocardio, pero no se sabe con claridad cuáles son los efectos de esas sustancias después de discontinuar su uso. Son muchos los mecanismos que explican el riesgo excesivo para las usuarias de anticonceptivos hormonales, incluso cambios en el metabolismo de lípidos y carbohidratos, y en los mecanismos hemostáticos (28, 29).

En otra aclaración de la relación existente entre los anticonceptivos hormonales y el infarto agudo del miocardio se deben considerar la duración del uso y las diversas formulaciones hormonales. Respecto a la salud de la mujer, sigue habiendo dos asuntos de importancia en la relación de las enfermedades cardiovasculares con el uso de anticonceptivos hormonales: el primero tiene que ver con la posibilidad de que haya un riesgo excesivo al administrar progestágeno solo y anticonceptivos en dosis bajas; el segundo, que es pertinente para los países latinoamericanos, tiene que ver con riesgos similares o diferentes para la mujer de poblaciones con distintos perfiles de riesgo básico. En ese sentido, los estudios de anticonceptivos hormonales y enfermedades cardiovasculares se han referido casi exclusivamente a poblaciones femeninas de los países en desarrollo, a pesar de que las tasas de morbilidad y mortalidad por ese grupo de enfermedades son elevadas en otras partes del mundo, incluso en América Latina. Además, los datos disponibles muestran que la prevalencia de anticonceptivos hormonales es muy alta en la Región, y que no se conocen a cabalidad las prácticas de prescripción y los patrones de utilización de las píldoras de baja dosis de fabricación reciente.

Un estudio hecho por la OMS con varios centros de países desarrollados y en desarrollo de cuatro continentes se ha formulado de manera que permita abordar esos asuntos en relación con el infarto agudo del miocardio, los accidentes cerebrovasculares y la tromboembolia venosa (30). Cuatro países latinoamericanos, a saber, el Brasil, Colombia, Chile y México, participan en el estudio, y se prevé que en los próximos dos a tres años se conocerán mejor el perfil de uso de medicamentos y los riesgos afines.

ARTRITIS REUMATOIDE

La mayoría de los estudios de población indican que la prevalencia de casos bien definidos de artritis reumatoide es de dos a tres veces mayor en las mujeres que en los hom-

bres. En las personas de 55 años y más, la prevalencia es de 5 y 2%, respectivamente (31).

Las tendencias seculares de la incidencia de la enfermedad indican un punto máximo para las mujeres en el período comprendido entre 1960 y 1964, que luego bajó a un nivel mínimo (39,7 por 1000) durante el período comprendido entre 1970 y 1974 (32). La característica interesante de esta reducción fue el hecho de que hubiera tenido lugar exclusivamente en mujeres y coincidió con la introducción y el uso de anticonceptivos orales en el decenio de 1960 (32). Se ha observado una menor incidencia de artritis reumatoide en estudios de evaluación de los efectos de los anticonceptivos orales (33).

El sexo parece afectar no solo la incidencia sino el curso natural de la enfermedad. En ese sentido, se han recopilado pruebas de que las mujeres jóvenes están parcialmente protegidas de complicaciones más graves (34, 35). Se desconocen hasta ahora los mecanismos mediante los cuales obran los anticonceptivos hormonales en el sistema inmunitario y la inflamación.

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria se puede definir como "una afección en que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social e higiénico y puede demostrarse objetivamente" (36). Esta afección es una causa común de envío a clínicas de atención ginecológica, aunque todo parece indicar que la verdadera magnitud del problema se subestima. Las afecciones subyacentes de mayor importancia son una verdadera incontinencia por tensión, inestabilidad del músculo detrusor y urgencia sensorial.

Las cifras sobre la prevalencia de los episodios de incontinencia producidos dos o más veces al mes se aproximan al 8,5% en las mujeres adultas (de 15 a 64 años) y aumentan después. Varios estudios han indicado que después de los 15 años la incontinencia urinaria parece ser de 1,5 a 2,0 veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Las cifras oscilan entre 11 y 25% para las mujeres mayores de 65 años y entre 7 y 15% para los hombres (37).

La epidemiología de la incontinencia es un asunto mal entendido. Cuando la mujer es joven, la paridad parece ser un importante factor de riesgo, y se ha comprobado que los ejercicios del diafragma de la pelvis son más eficaces cuando se realizan después de cada parto para evitar la incontinencia por tensión.

Los aspectos mecánicos de la estructura del diafragma de la pelvis pueden obrar recíprocamente con otros mecanismos no tan bien conocidos, lo que agrava la situación. A mayor edad, un presunto factor de riesgo de importancia puede ser el hipoestrogenismo, aunque sigue sin elucidarse la importancia de las hormonas estrogénicas en la etiología y patogénesis de la disfunción de las vías urinarias inferiores (38).

Los síntomas urinarios crónicos afectan el estilo de vida de la mujer y son una causa importante de ansiedad e incomodidad. Cualquiera que sea el mecanismo causal, la psicoterapia ha dado resultados alentadores en algunos estudios (39).

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se puede definir como una reducción de la masa ósea caracterizada por un aumento del riesgo de fractura. La involución ósea en la mujer comienza a los 35 años y avanza a una velocidad aproximada de 1% anual. En cambio, en los hombres se demora; empieza alrededor de los 45 años y prosigue a menor velocidad.

En los países desarrollados, de 25 a 50% de las mujeres mayores de 60 años muestran pruebas de desmineralización ósea, y de 35 a 50% de las de 65 y más sufren fracturas del extremo distal del antebrazo, los cuerpos vertebrales y el cuello del fémur. A los 50 años, una mujer blanca tiene un riesgo de fractura del antebrazo de 15% en lo que le resta de vida, y un hombre de la misma edad, de 2% (40). Las pruebas existentes indican que la masa ósea se reduce, y que el número de fracturas aumenta con la edad y en los años posteriores a la menopausia.

Hay varios factores ambientales y biológicos que intervienen de una manera compleja en la osteoporosis; se estima que la concentración hormonal, la actividad física, la alimentación, una constitución delgada, el tabaquismo y la raza son importantes factores de riesgo.

Actividad física

En algunos ensayos hechos con casos y testigos se ha indicado aumento de la masa ósea o una tasa más lenta de disminución de esta en mujeres posmenopáusicas que hacen ejercicio moderado en comparación con testigos sedentarias. El ejercicio no sustituye la pérdida de masa ósea ya producida, pero puede evitar que prosiga (41).

Aunque todavía están sin respuesta varios interrogantes relativos a la actividad física y a la masa ósea, las pruebas existentes señalan que una actividad física moderada durante toda la vida es una forma de mantener un volumen máximo de masa ósea antes de la menopausia.

Sustitución hormonal

Varios estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado que las mujeres tratadas con estrógeno (por lo general, poco después de la menopausia) tienen menos fracturas osteoporóticas que otras (42, 43) señalan el papel que desempeña la carencia de estrógeno en las manifestaciones de osteoporosis. Lamentablemente, no se ha eva-

luado a cabalidad el efecto del tratamiento con estrógeno en la mujer expuesta a factores de riesgo. En la mayoría de los estudios prospectivos de la eficacia del estrógeno para prevenir la pérdida de masa ósea en la menopausia no se estratificaron los factores de riesgo (44, 45).

Tabaquismo

Se ha demostrado que las mujeres fumadoras tienen menos masa ósea y están expuestas a un mayor riesgo de fracturas. Además, el hábito de fumar cigarrillos reduce el peso de la mujer y la concentración de estrógeno en plasma, y acelera la menopausia. Por otra parte, al discontinuar el hábito, se reduce la pérdida de masa ósea y se evitan las fracturas en mujeres posmenopáusicas.

En América Latina se desconoce el problema que pueden representar la osteoporosis y las fracturas en las mujeres, en gran parte porque el envejecimiento de la población femenina es un fenómeno relativamente reciente. Además, otros asuntos pueden presentar una imagen bastante distinta de la osteoporosis en relación con lo observado en el hemisferio norte. El clima, las diferencias étnicas y los patrones de alimentación pueden modificar mucho su historia natural en las mujeres.

Alimentación

La carencia de calcio en la dieta puede ser un factor de riesgo de osteoporosis (46). No se ha notificado que la ingesta dietética de ese mineral afecte la proporción de la pérdida de masa ósea (47) ni que su aumento tenga un importante efecto protector contra esta en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas (48). Cabe afirmar que la pérdida de masa ósea se debe a carencia dietética de calcio solamente cuando la ingesta es inferior a 500 mg diarios antes de la menopausia, y a 800 mg, después. Por lo general, se recomienda que las mujeres posmenopáusicas tomen una dosis diaria de calcio de 1200 a 1500 mg.

Como se indicó antes, falta información sobre el porcentaje de la población latinoamericana cuya ingesta de calcio es equilibrada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante mucho tiempo se ha abordado la salud de la mujer solo en su aspecto reproductivo; sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a considerar con frecuencia cada vez mayor la totalidad de la salud durante su ciclo de vida. Al ver las cosas de esa forma, si bien no se descuidan las repercusiones de suma importancia que tiene la vida reproductiva para la salud de la mujer, se trata de incorporar las características sociobiológicas de la reproducción y la

anticoncepción a las de salud y enfermedad, en particular respecto a las causas de enfermedad crónica.

En la presente reseña se fija la atención en los grupos de enfermedades que, según se ha demostrado, afectan la mortalidad o menoscaban la calidad de la vida de la mujer. Dentro de ese marco se escogieron para discusión la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la artritis reumatoide y la incontinencia urinaria.

Cabe señalar desde el principio que el interés en las diferencias por género y la mala salud es muy reciente. Las publicaciones sobre el tema, en su mayoría, salieron al mercado en el decenio de 1980 y, en América Latina, el panorama no es más alentador. Por el contrario, hay una aguda escasez de estudios sobre los factores determinantes de las enfermedades crónicas de la mujer.

Los factores sociales incluidos en la discusión cubrieron funciones como el matrimonio, la paternidad, el empleo y diversos patrones de conducta, como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y el estilo de vida sedentario.

En lo que se refiere a factores de riesgo, los escasos datos disponibles en los países latinoamericanos sugieren que las mujeres tienen elevadas tasas de tabaquismo y un estilo de vida más sedentario, así como más casos de hipertensión notificados por ellas mismas. En ese sentido se podría recomendar el establecimiento de un sistema de vigilancia sencillo y barato que permitiera seguir las tendencias de esos factores de riesgo.

A medida que aumenta la participación de la mujer en la fuerza de trabajo se puede agregar otra dimensión a las enfermedades crónicas que la afectan. En relación con eso, se supone que existen dos marcos contrarios de importancia: el modelo de estrés en el trabajo y el modelo de beneficios para la salud, que se han ensayado particularmente en casos de enfermedades cardiovasculares. Una propuesta más compleja tiene que ver con la complicada interacción del empleo, el matrimonio y la paternidad. Las pruebas presentadas se basaron en estudios hechos en países desarrollados. Las principales diferencias entre los dos grupos de países ciertamente incluyen condiciones de trabajo muy diferentes y exposición a peligros en el trabajo, una jornada más larga y un mayor segmento de la población femenina de los países en desarrollo que trabaja en el sector informal. Además, el estado de salud básico y el acceso a una atención de salud de buena calidad, que varían mucho entre los grupos sociales de los países en desarrollo, caracterizan a los grupos que pueden estar expuestos a diferentes riesgos para la salud.

Se ha demostrado constantemente que los factores relacionados con el género, además de influir en la frecuencia de la enfermedad, su curso y la mortalidad, alteran la afección correspondiente, la conducta durante la misma y el uso de los servicios. Algunos de esos efectos están por aclararse, y se recomienda establecer parámetros de medición de enfermedades y síntomas bien definidos para efec-

tos de comparación de los días de discapacidad por episodio de características similares.

Cuando hay riesgo de enfermedades cardiovasculares, las estrategias de intervención para reducir la concentración de colesterol LAD tal vez no sean la mejor alternativa para las mujeres expuestas a poco riesgo, ya que para ellas ese es un importante factor de protección contra afecciones coronarias.

En lo que respecta a promoción de la salud, el instar a la mujer a que realice una actividad física moderada durante toda la vida para establecer un máximo volumen de masa ósea antes de la menopausia parece ser importante para prevenir las fracturas osteoporóticas. También se le debe recomendar mucho que deje de fumar, ya que el tabaquismo, además de provocar daños conocidos a los sistemas cardiovascular y pulmonar, se ha asociado con la reducción de la concentración de estrógeno en plasma y el adelanto de la menopausia.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, vol. I.
- (2) McKinlay, J. P., McKinlay, S. M. y Beaglehole, R. A. Review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *Int J Health Serv* 19(2):181-203, 1989.
- (3) Cooper, R., Sempos, C. y Hsieh, S. C. Slowdown in the Decline of Stroke Mortality in the United States, 1978-86. *Stroke* 21(9):1274-1279, 1990.
- (4) Waldron, I. The contribution of smoking to sex differences in mortality. *Public Health Rep* 101(2):163-173, marzo-abril de 1986.
- (5) Miller, G. E. y Gerstein, D. R. The life expectancy of non-smoking men and women. *Public Health Rep* 98:343-349, julio-agosto de 1983.
- (6) Enstrom, J. E. Smoking and longevity studies. *Science* 225:878, 31 de agosto de 1984.
- (7) Wingard, D. L., Soares, L. y Barrett-Connor, E. The sex differential in mortality from all causes and ischemic heart disease. *Am J Epidemiol* 117:165-172, febrero de 1983.
- (8) Friedman, G. D., Dales, L. G. y Ury, H. K. Mortality in middle aged smokers and nonsmokers. *N Engl J Med* 300:213-217, 1 de febrero de 1979.
- (9) Sorensen, G. y Verbrugge, L. M. Women, work and health. *Ann Rev Public Health* 8:235-251, 1987.
- (10) Sorensen, G., Pechacek, T. y Palloner, U. Occupational and worksite norms and attitudes about smoking cessation. *Am J Public Health* 76:544-549, 1986.
- (11) Nathanson, C. A. Social roles and health status among women. The significance of employment. *Soc Sci Med* 14:463-471, 1980.
- (12) Waldron, I. Employment and women's health. *Int J Health Serv* 10:435-454, 1980.
- (13) Debert-Ribeiro, M. B., Ribeiro, A. B., Stabile Neto, C. et al. *Hypertension* 3(6):233-237, noviembre-diciembre de 1981, sup. II.
- (14) Hovell, H. F., Sipan, C., Hofsetter, C. R. et al. Occupational health risks for Mexican women: The case of the maqui-

ladora along the Mexican-United States border. *Int J Health Serv* 18(4):617-627, 1988.

(15) Waldron, I., Harold, J. y Dunn, D. Reciprocal effects of health and labor force participation among women. Evidence from two longitudinal studies. *J Occup Med* 24(2):127-132, 1982.

(16) Haynes, S. G. y Feinleib, M. Women, work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham Heart Study. *Am J Public Health* 70(9):133-141, 1980.

(17) Hazuda, H. P., Haffner, S. y Stern, M. P. Employment status and women's protection against coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 123(4):623-640, 1986.

(18) Gimenez, H. E. The feminization of poverty: Myth or reality. *Int J Health Serv* 19(1):45-61, 1989.

(19) Lewis, C. E. y Lewis, M. A. The potential impact of sexual equality in health. *N Engl J Med* 297:863-869, 1977.

(20) Wingard, D. L. The sex differential in morbidity, mortality and lifestyle. *Ann Rev Public Health* 5:433-458, 1984.

(21) Waldron, I. Employment and women's health: An analysis of causal relationships. *Int J Health Serv* 10:435-454, 1980.

(22) Woods, N. P. y Hulka, B. S. Symptom reports and illness behavior among employed women and homemakers. *J Community Health* 5:36-45, 1979.

(23) Franco, L. J. Multicentric study on the prevalence of diabetes mellitus in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract*, sup. 15345, 1989.

(24) Kannel, W. B., Castelli, W. P. y Gordon, T. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease. *Ann Intern Med* 90:85-91, 1979.

(25) Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinic's primary prevention trial results. *JAMA* 251:351-364, 1984.

(26) Frick, M. E. y Elo, O. Haap. Helsinki heart study. Primary prevention trial with Gemifibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. *N Engl J Med* 317:1237-1245, 1987.

(27) Thompson, S. C., Greenberg, G. y Meade, T. W. Risk factors for stroke and myocardial infarction in women in the United Kingdom as assessed in general practice: A case control study. *Br Heart J* 61:403-409, 1989.

(28) Roller, L. y Thomson, J. M. Clotting factors during oral contraceptives. Further report. *Br Med J* 2:23-25, 1966.

(29) Wessler, G., Gitel, S. W., Wan, L. S. *et al.* Estrogen containing oral contraceptive agents. *JAMA* 236:2179-2182, 1976.

(30) Poulter, N. y Marmot, M. Multicentre case control study of cardiovascular diseases and steroid hormone contraceptive use. *Final Protocol*, 1990.

(31) Hochberg, M. C. Adult and juvenile rheumatoid arthritis: Current epidemiologic concepts. *Epidemiol Rev* 3:27-44, 1981.

(32) Linos, A., Worthington, J. W. *et al.* The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota: A study of in-

cidence, prevalence and mortality. *Am J Epidemiol* 111:7-98, 1980.

(33) Wingraves, S. J. y Kay, C. R. Reduction in incidence of rheumatoid arthritis associated with oral contraceptives. *Lancet* 1:569-571, 1978.

(34) Vandembrouke, J. P., Valkenburg, H. A. y Boem, J. W. Oral contraceptives and rheumatoid arthritis. Further evidence for a preventive effect. *Lancet* ii:839-842, 1982.

(35) Symmons, D. P. M., Prior, P. y Scott, D. L. Factors influencing mortality in rheumatoid arthritis. *J Chronic Dis* 39(2):137-145, 1986.

(36) Hilton, P. Urinary incontinence in women. *Br Med J* 295:425-432, agosto de 1987.

(37) Palmer, M. H. Incontinence: The magnitude of the problem. *Nurs Clin North Am* 23(1):139-157, marzo de 1988.

(38) Fantl, J. A., Wyman, J. F., Anderson, R. L. *et al.* Postmenopausal urinary incontinence: Comparisons between non-estrogen supplemented and estrogen supplemented women. *Obstet Gynecol* 71(6), 1988.

(39) Maculay, A. J., Stern, R. S., Holmes, D. M. y Stanton, S. L. Micturition and the mind: Psychological factors in the etiology and treatment of urinary symptoms in women. *Br Med J* 294:540-553, febrero de 1987.

(40) Cummings, B. R., Kelsey, J. L., Nevitt, M. C. *et al.* Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 7:178-208, 1985.

(41) Smith, E. L. y Raab, D. M. Osteoporosis and physical activity. *Acta Med Scand* sup. 711:149-156, 1986.

(42) Krieger, N., Kelsey, J. L., Holford, T. R. *et al.* An epidemiologic study of hip fracture in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 116:141-148, 1983.

(43) Ettinger, B., Genant, H. K. y Cann, C. E. Long-term estrogen replacement therapy prevents bone loss and fractures. *Ann Intern Med* 102:319-324, 1985.

(44) Horseman, A., Gallsher, J. C., Simpson, M. y Nordin, B. E. C. Prospective trial of estrogen and calcium in postmenopausal women. *Br Med J* 2:789-792, 1977.

(45) Finn, J. G., Christiansen, C. y Transbol, J. Fracture frequency and home prevention in postmenopausal women treated with estrogen. *Obstet Gynecol* 60:493-496, 1982.

(46) Parfitt, A. M. Dietary risk factors for age-related bone loss and fractures. *Lancet* 2:1181-1185, 1983.

(47) Riggs, B. L., Wahner, H. W., Melton, L. J. III, Richelson, L. S., Judd, H. L. y O'Fallon, W. M. Dietary calcium intake and rates of bone loss in women. *J Clin Invest* 80:979-982, 1987.

(48) Ettinger, B., Genant, H. K. y Cann, C. E. Postmenopausal bone loss is prevented by low-dosage estrogen with calcium. *Ann Intern Med* 106:40-45, 1987.

EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DEL CANCER DE LA MUJER EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Helena E. Restrepo¹

INTRODUCCION

Los cánceres que afectan en particular a la mujer se localizan principalmente en el aparato reproductor. Este trabajo trata en extenso de los dos tipos de cáncer que por su frecuencia y mortalidad producen mayor impacto en la salud de la mujer en los países de América Latina y el Caribe, a saber, el del cuello uterino y el de la mama. Los otros tipos de cánceres específicos de los órganos genitales de la mujer, endometrio y ovario, se describen brevemente.

En relación con cánceres en localizaciones distintas de los órganos ginecológicos se mencionan aquellos que en algunas poblaciones afectan en forma diferente a los dos sexos, con el fin de destacar la necesidad de promover la investigación sobre las causas de las diferencias por sexo y proponer así las medidas de prevención y control apropiadas.

En los países en desarrollo, en general no se cuenta con suficientes fuentes de información confiable sobre la incidencia y la mortalidad por cáncer. La información sobre mortalidad, que por lo común es la más disponible, tiene grandes limitaciones para dar a conocer las características y el comportamiento epidemiológico de los diferentes tipos y localizaciones de los tumores malignos; las fuentes de datos más confiables disponibles para los estudios epidemiológicos y de patología geográfica son los registros de incidencia de cáncer que abarcan a la población general de áreas bien delimitadas. Lamentablemente, estos re-

gistros son escasos en América Latina y el Caribe, y solo unos pocos países cuentan con ellos.

Las fuentes de datos consultadas para este trabajo fueron, fundamentalmente, los registros de incidencia y la información sobre mortalidad proporcionada por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo primordial del análisis que aquí se presenta es aumentar el interés por la investigación y la prevención en el campo del cáncer de la mujer.

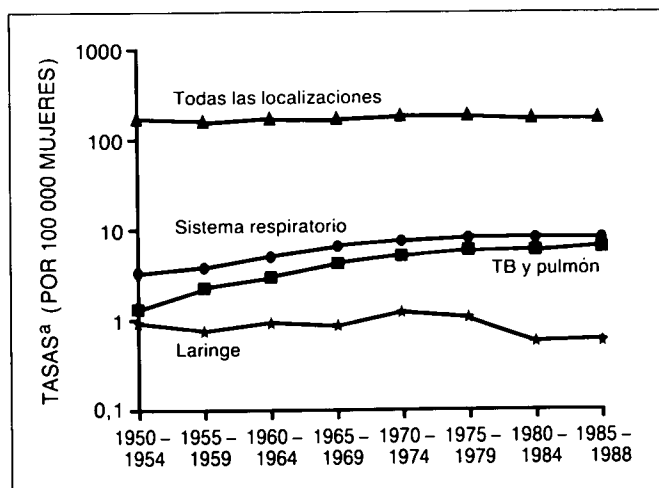
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE ALGUNOS TUMORES MALIGNOS, POR SEXO

Dentro del grupo de tumores malignos que, al parecer, afectan en forma diferente a los dos sexos se destaca, en primer lugar, el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios, el cual en todo el mundo tiene mayor incidencia en los hombres. Las tasas de este cáncer en las mujeres han sido tradicionalmente bajas; sin embargo, en la actualidad se ha comprobado que existe un aumento creciente del cáncer de pulmón en las mujeres, principalmente en los países desarrollados, lo cual señala cambios en los estilos de vida de la mujer en la sociedad moderna y confirma la asociación entre la incidencia de este tipo de cáncer y el aumento del tabaquismo en las mujeres (1-5).

También en los países en desarrollo empieza a documentarse el aumento en la incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres (6), posiblemente debido a los efectos deletéreos del tabaco (en la Figura 1 se ilustra el aumento de la tendencia en Puerto Rico). Asimismo, cada día hay más

¹ Directora, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Figura 1. Evolución de las tasas de incidencia de cáncer del aparato respiratorio en mujeres, 1950-1954 a 1985-1988.



^a Tasa ajustada a la población de Puerto Rico, 1970.

Fuente: Puerto Rico. Registro del Cáncer. Cáncer en Puerto Rico, 1988.

evidencia científica de que la exposición ambiental pasiva al humo del tabaco es causa de cáncer y de otras enfermedades respiratorias crónicas (7).

Si al efecto sobre el aparato respiratorio se agrega el riesgo que representa el cigarrillo para el cáncer de otros órganos, incluidos los ginecológicos, y para un sinnúmero de enfermedades diferentes del cáncer, es indispensable crear en forma urgente una mayor conciencia en los grupos de mujeres jóvenes sobre el peligro de este nuevo comportamiento social; de igual modo, es necesario crear conciencia colectiva sobre el peligro del tabaquismo y sobre la necesidad de ofrecer apoyo a las víctimas reales y potenciales de esta adicción. El apoyo debe incluir la discusión activa sobre la responsabilidad de las mujeres frente al consumo, a nivel individual y colectivo, en el hogar y en el trabajo.

De acuerdo con la información contenida en los registros de incidencia de cáncer enviados a la Unión Internacional contra el Cáncer y al Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, a continuación se com-

paran distintas localizaciones de cáncer, por sexo, en diferentes partes del mundo. Algunas diferencias notorias por sexo son, por ejemplo, el exceso de cáncer de tiroides y de vesícula biliar en las mujeres, documentado en la mayor parte de los registros del mundo. En algunas poblaciones de América Latina, el cáncer de vesícula biliar es importante en ambos sexos pero predomina en las mujeres, lo cual coincide con la distribución también más frecuente de litiasis biliar en la mujer. En la actualidad se realizan algunos estudios en poblaciones de Bolivia y México, donde se ha documentado una incidencia alta de cáncer de vesícula, sin que aún se hayan dilucidado las causas de la mayor frecuencia de este cáncer. En los hombres es notorio el exceso de algunos cánceres, además del sistema respiratorio; entre ellos cabe señalar el de estómago y el de colon.

En el Cuadro 1, basado en la información recopilada por Whelan *et al.* (8), se ilustran las diferencias por sexo de tres de las localizaciones de cáncer más frecuentes, documentadas en algunos registros seleccionados. Las frecuencias relativas de cáncer de pulmón, estómago y colon producen razones hombre/mujer que varían de acuerdo con la localización del cáncer y el sitio geográfico considerado: el exceso en los hombres es mayor para el cáncer de pulmón y de estómago en las seis poblaciones incluidas en el cuadro; en cambio, el cáncer de colon es sensiblemente semejante para los dos sexos, con ligero predominio de exceso en la mujer con excepción de Fortaleza, Brasil. La diferencia entre países también es notoria: la razón hombre/mujer de la proporción de cáncer de pulmón en Finlandia es 7, mientras que en Cali, Colombia, es 2,7. Estos hallazgos señalan diferencias de género, principalmente en cuanto a consumo de cigarrillos y de alcohol, y a hábitos alimentarios.

Es necesario insistir en la importancia de continuar los esfuerzos para generar más información diferenciada por sexo sobre los distintos tipos de cáncer en la población general, así como en la de efectuar análisis epidemiológicos que permitan plantear hipótesis sobre los posibles factores genéticos y ambientales responsables de las diferencias, para intervenciones futuras.

Cuadro 1. Frecuencias proporcionales (%) y razón por sexo de tres localizaciones^a de tumores malignos, en registros seleccionados.

Registro	Pulmón			Estómago			Colon		
	Hombres	Mujeres	Razón hombre/mujer	Hombres	Mujeres	Razón hombre/mujer	Hombres	Mujeres	Razón hombre/mujer
Fortaleza, Brasil	10,5	2,2	4,8	20,9	7,8	2,7	3,3	3,0	1,1
Cali, Colombia	12,1	4,4	2,7	23,6	11,9	2,0	2,5	2,8	0,9
Canadá (país)	21,2	7,1	3,0	4,6	2,5	1,8	8,3	9,5	0,9
Finlandia (país)	29,0	4,0	7,0	9,6	7,4	1,3	3,9	5,9	0,7
Osaka, Japón	15,0	7,0	2,1	31,7	23,8	1,3	5,0	5,4	0,9

^a Tres de las 10 más frecuentes. El 100% corresponde a todas las localizaciones.

Fuente: Whelan, S.L., Parkin, D.M. y Masuyer, E. (eds.). *WHO/IARC Patterns of Cancer in Five Continents*. Lyon, 1990. (IARC Scientific Publications 102.)

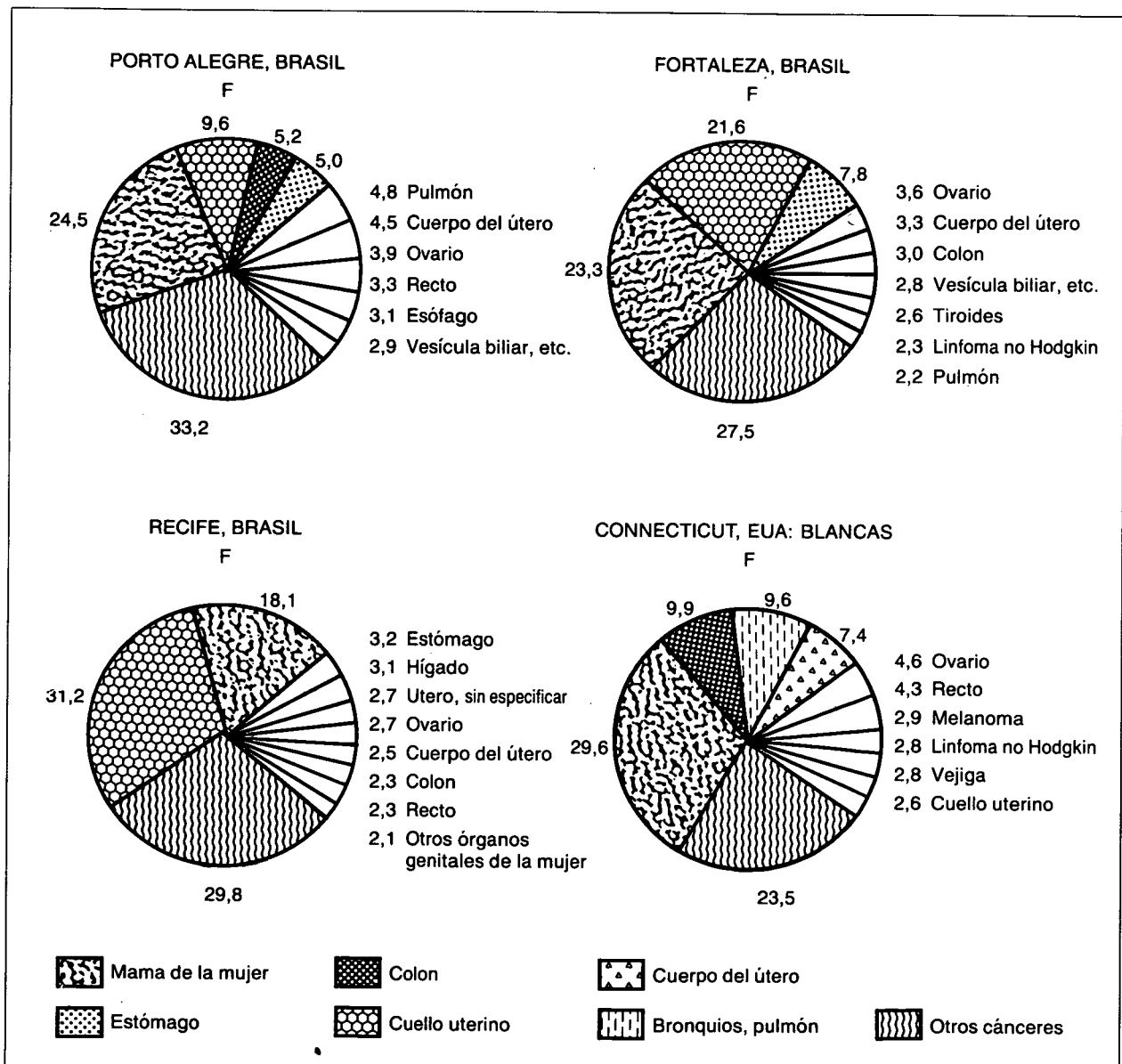
CANCER GINECOLOGICO

Desde el punto de vista de la frecuencia del cáncer ginecológico hay que destacar que, en general, la suma de los cánceres que se localizan en los órganos genitales de la mujer superan todas las demás localizaciones individuales de otros cánceres. Para ilustrar este hecho, en la Figura 2 se muestra la frecuencia proporcional de incidencia de cáncer en mujeres, basada en los datos de tres registros del Brasil (Porto Alegre, Fortaleza y Recife) y un registro

de los Estados Unidos de América (Connecticut, mujeres blancas). En todos ellos el porcentaje de la suma de cánceres ginecológicos supera grandemente el de cada localización específica en otros órganos. En los hombres, en cambio, los tumores malignos de los órganos genitales tienen frecuencias más bajas que, por ejemplo, el cáncer de pulmón en los países desarrollados o el de estómago en los países donde este cáncer es frecuente.

En la misma Figura 2 se puede observar otro hecho importante desde el punto de vista epidemiológico, res-

Figura 2. Frecuencia proporcional de incidencia anual de tumores malignos de la mujer. Registros seleccionados del Brasil y los Estados Unidos de América.



Fuente: Whelan, S.L., Parkin, D.M. y Masuyer, E. (eds.). WHO/IARC Patterns of Cancer in Five Continents. Lyon, 1990. (IARC Scientific Publications 102.)

pecto a la magnitud de la frecuencia de las diferentes localizaciones de los cánceres ginecológicos. En las poblaciones de mayor desarrollo socioeconómico predomina el cáncer de la mama (en este caso, Connecticut, y en mujeres blancas con mayor frecuencia); en contraste, la frecuencia más alta de cáncer del cuello uterino y “de útero sin especificar” se registra en Recife, Brasil. Más adelante se comentará esta característica de la frecuencia por clase socioeconómica de esos dos tumores malignos.

En cuanto al orden de frecuencia global en el mundo actual, se observa la siguiente jerarquización de las distintas localizaciones de los tumores malignos de los órganos genitales de la mujer, en orden descendente: mama, cuello uterino, cuerpo del útero, ovario y “otros ginecológicos”; en este último grupo se encuentran los cánceres de vagina, placenta y trompas de Falopio, que en general tienen una frecuencia relativamente baja. Las frecuencias relativas de cáncer del útero y de la mama varían no solo entre países sino, también, dentro de un mismo país, según el grado de desarrollo y la organización de los programas de control respectivos.

El cáncer de endometrio es el más común de los que afectan el cuerpo del útero, es decir, localizados fuera del cuello o cérvix. Los factores de riesgo conocidos hasta ahora asociados a este tumor, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, son la ingestión de hormonas durante la menopausia, la obesidad y el alto consumo de calorías (9). El control médico estricto de la terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia y posmenopausia es absolutamente necesario, y en los Estados Unidos y otros países desarrollados ha probado su beneficio en la reducción de la incidencia de este cáncer. Con las limitaciones de la atención ginecológica que afecta a la mayoría de las mujeres de edad avanzada en los sectores más pobres de América Latina y el Caribe, es indispensable recomendar que se informe a las mujeres sobre los peligros del uso de hormonas sin prescripción médica, e insistir en la importancia de que las mujeres de edad avanzada tengan acceso a una atención médica general y especializada en ginecología. De igual modo, se debe difundir la información y educación sobre la prevención del cáncer de endometrio evitando la obesidad y el consumo exagerado de calorías.

El cáncer de ovario tiene una incidencia relativamente baja, pero la mortalidad de las mujeres afectadas es alta, por lo que es necesario tomar conciencia de su existencia para buscar atención médica pronta ante la sospecha del diagnóstico. Lamentablemente, no se ha avanzado mucho en el conocimiento de la epidemiología y los factores causales de los tumores de ovario, y es necesario promover la investigación al respecto (10).

Cáncer de la mama

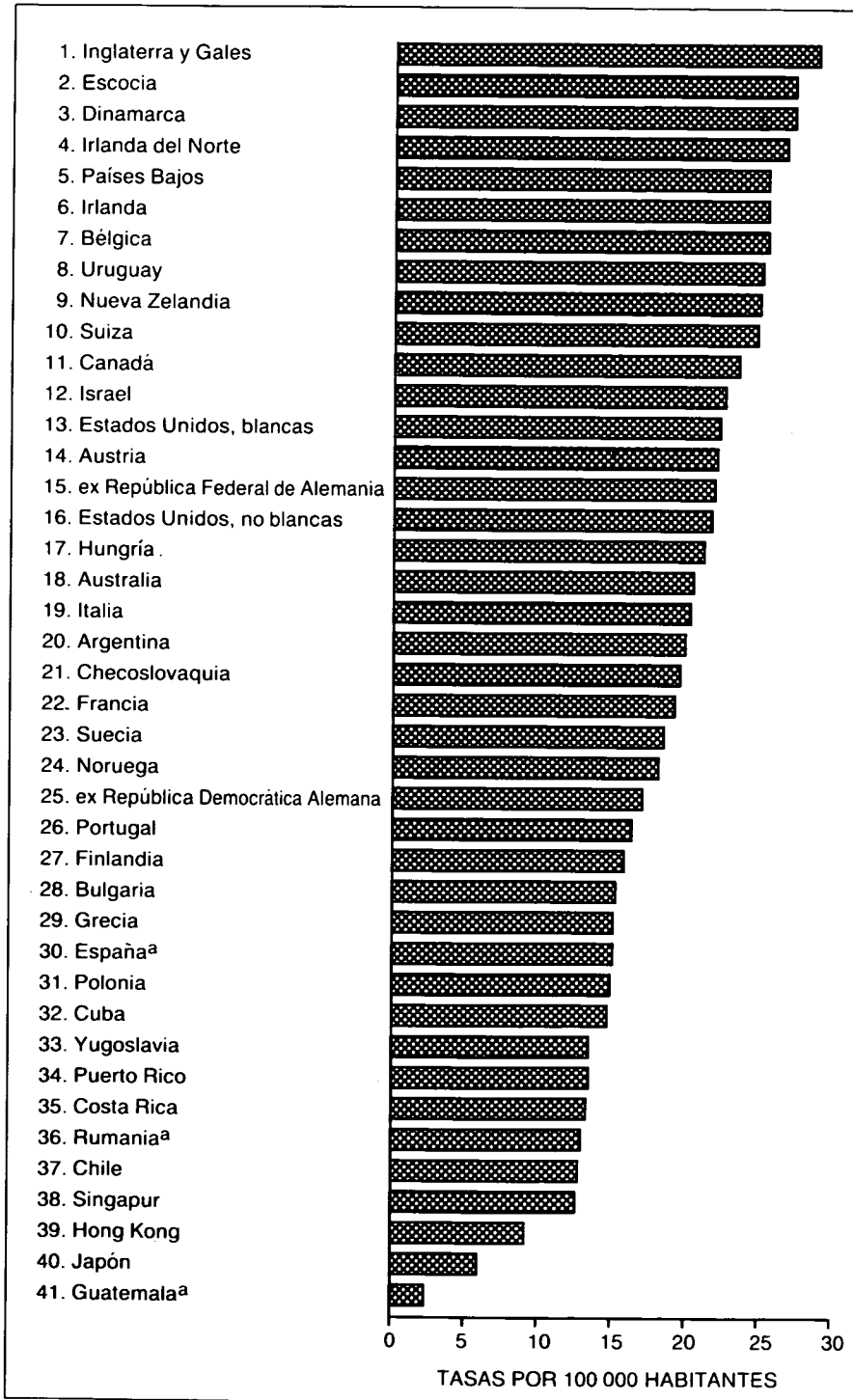
Si bien el cáncer de la mama es responsable de un número apreciable de las defunciones por cáncer de la mujer en todo el mundo, la incidencia es mucho mayor en el mundo desarrollado occidental, y en los países de América del Norte y Europa occidental presenta características epidémicas. En los Estados Unidos, se dice que una de cada 10 mujeres están en riesgo de padecer un cáncer de la mama durante su vida, y que este riesgo aumenta aceleradamente (11).

En general se observa una notoria correlación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de los países y la mortalidad por cáncer de la mama, como puede apreciarse en la Figura 3, la cual ilustra el orden de los países según las tasas respectivas. Este mismo tipo de gradiente se registra en otras fuentes de datos, independientemente de la magnitud estimada de sus tasas; por ejemplo, en la Figura 4, que presenta las tasas de mortalidad ajustadas por edad en países seleccionados de las Américas, es posible corroborar tasas más altas en los Estados Unidos, países del Cono Sur y Cuba, y tasas mucho más bajas en los países de América Central y la Subregión Andina. Existen, también, indicios de que el riesgo de padecer cáncer de la mama está aumentando en los países en desarrollo; tal tendencia se ha podido observar en los registros de cáncer de Cali, Colombia (12), Costa Rica (13), Cuba (14) y Puerto Rico (6).

Dentro de cada país también existen diferencias importantes por nivel socioeconómico en la frecuencia de cáncer de la mama; esto explicaría, por ejemplo, las diferencias en las tasas de mortalidad por cáncer de la mama descritas por Matos (15) en la Argentina, donde las provincias más prósperas del centro y del este del país muestran las tasas más altas, llegando a duplicar, en algunos casos, las de provincias del norte y del sur, de menor desarrollo socioeconómico.

En la actualidad se especula sobre las causas del aumento del cáncer de la mama en el mundo; la mayor parte de los autores señalan a los estilos de vida como los responsables principales. Sin embargo, el problema es muy complejo y aún está lejos de haberse dilucidado. Por ejemplo, un trabajo reciente efectuado en Noruega (16) concluye que las diferencias por clase socioeconómica, en cuanto a riesgo de cáncer de la mama, están ligadas a diferencias en los factores reproductivos: las mujeres de más alto nivel de educación son las que tienen el primer hijo a mayor edad, menor número total de hijos y mayor tendencia al uso de anticonceptivos orales, factores todos que se han asociado con la mayor incidencia de cáncer de la mama.

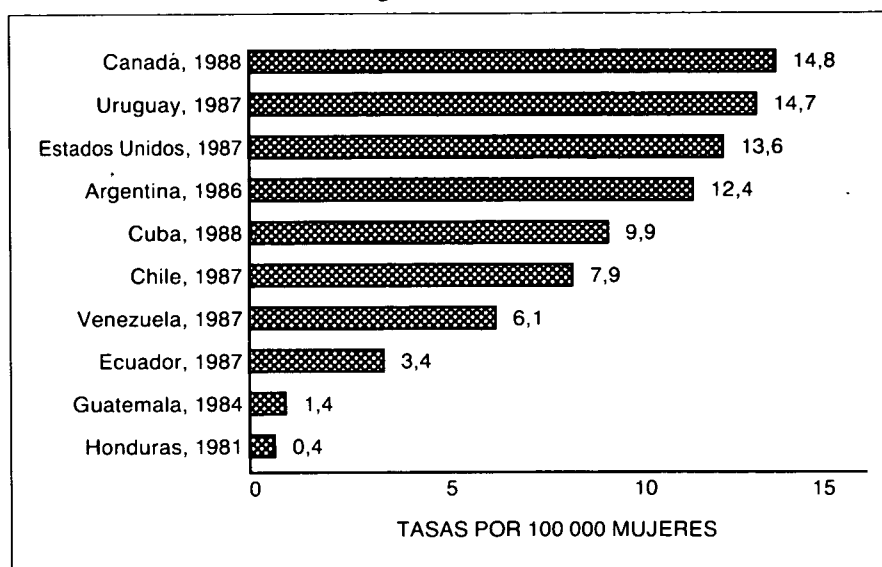
Figura 3. Tasas de mortalidad por cáncer de la mama en mujeres, ajustadas por edad, en 41 países, 1984-1985.



^a 1984.

Fuente: Unión Internacional contra el Cáncer. *Cancer Mortality Statistics in the World 1950-1985*. Kurihama, M., Aoki, K. y Hisamichi, S. (eds.). The University of Nagoya Press, 1984.

Figura 4. Tasas de mortalidad por cáncer de la mama en mujeres, por 100 000 mujeres, ajustadas por edad, en países seleccionados de la Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. (Publicación Científica 524.)

Revisando la literatura sobre posibles factores causales del cáncer de la mama (17-19) se concluye que los factores de riesgo que con más frecuencia se han identificado son los siguientes:

- Factores genéticos. La herencia está ligada especialmente al cáncer de la mama que afecta a las mujeres menores de 50 años.
- Cambios en los patrones reproductivos. Tener el primer hijo después de los 30 años de edad, tener menor número de hijos y un mayor número de ciclos menstruales durante la vida serían factores de riesgo. También se ha mencionado un factor de protección por la lactancia.
- Consumo de anovulatorios por largos períodos de tiempo. La relación entre anticonceptivos y cáncer de la mama aún sigue siendo controversial.
- Antecedentes de enfermedad benigna de la mama, especialmente de tipo proliferativo.
- Factores nutricionales relacionados con el tipo de dieta. La alimentación rica en grasas de origen animal y la obesidad se aceptan hoy como condiciones de riesgo; el consumo de alcohol parece aumentar el riesgo, sobre todo si el consumo es regular y cotidiano, aunque no sea excesivo.
- La exposición frecuente a los rayos X durante la adolescencia y la juventud ha sido también señalada como un factor de riesgo.
- Están en estudio otros factores diversos, entre ellos el tabaquismo.

Al tratar el tema de cáncer de la mama desde la perspectiva de género cabe preguntarse por qué ante una “epidemia” de esta magnitud no se han promovido y apoyado programas intensos de investigación y de prevención, como lo plantean algunos grupos de mujeres de los Estados Unidos (20, 21).

Si bien el conocimiento disponible aún no permite lograr un gran impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de la mama por medio de la prevención primaria, sí se debe crear conciencia en la población sobre la importancia de la dieta, sobre todo porque el beneficio de reducir el consumo de grasas es múltiple, si se tiene en cuenta su efecto negativo en la salud cardiovascular.

Por otra parte, la mujer debe tener conocimientos sobre la importancia de la herencia para que, en caso de existir antecedentes de cáncer de la mama en la madre, hermanas, tías o abuelas, esté alerta a cualquier cambio en sus mamas y se someta, además, a exámenes médicos frecuentes.

El avance de la tecnología de diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama ha sido mayor en las últimas décadas, resultando en una mayor supervivencia y una menor mutilación física de las mujeres afectadas; los grupos feministas norteamericanos argumentan que esto se ha debido a la presión ejercida por ellos y, con mucha razón, insisten en el hecho de que la investigación no ha sido suficiente y que deben dedicarse mayores recursos a ella (11, 20, 21) con el fin de encontrar solución a corto plazo para este devastador problema de salud de la mujer. No

existen elementos para juzgar si en América Latina y el Caribe los grupos feministas también han desempeñado alguna función activa en la promoción de investigaciones en este campo, pero es sabida la poca presión que tradicionalmente han ejercido los grupos de mujeres en los países en desarrollo para reclamar un mayor acceso a la tecnología de prevención y curación.

Un aspecto muy importante del cáncer de la mama es el psicológico; la sociedad da un valor muy grande al atractivo físico de la mujer ("mujer objeto"); por lo tanto, si a la pérdida normal por la edad de dicho atractivo se suma una mutilación de órganos tan importantes para su autoestima, como son las mamas, la mujer tiende a derrumbarse psicológicamente. Por fortuna, ha habido notables avances en los tratamientos, que son cada vez menos mutilantes y con mayores posibilidades desde el punto de vista de la cirugía reparativa. No obstante, es necesario insistir en la importancia del soporte social que requieren las mujeres que padecen cáncer de la mama, por las implicaciones que tiene esta enfermedad en su vida afectiva.

La prevención secundaria de cáncer de la mama, que se basa en el diagnóstico de formas tempranas con mayor probabilidad de ser curables, mediante la aplicación de técnicas de detección, es un área de difícil análisis en países pobres con relativo bajo riesgo de cáncer de la mama, debido a la gran controversia existente sobre el beneficio real de la aplicación de técnicas de detección de alto costo. Aun en los países con posibilidades y recursos tecnológicos superiores a los de los países en desarrollo, continúan debatiéndose los resultados a largo plazo de la tecnología de detección.

Las conclusiones de un grupo de expertos convocado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (22) en 1990 señalan que la detección por mamografía practicada con un intervalo de 1 a 3 años puede reducir sustancialmente la mortalidad por cáncer de la mama en las mujeres de 50 a 70 años; en contraste, en las mujeres menores de 50 años hay poca evidencia del beneficio, al menos sobre la base de los resultados de 10 años de seguimiento posteriores a la detección; asimismo, consideran que la eficacia en función del costo de la mamografía practicada cada 2 ó 3 años en las mujeres de 50 a 70 años de edad es comparable con el de otros procedimientos médicos.

La introducción de técnicas de detección del cáncer de la mama en los países en desarrollo debe ser cuidadosamente analizada y debe ir acompañada de un gran componente de educación y comunicación social, como lo señala Miller (23). Las técnicas complejas como la mamografía requieren de considerables recursos económicos y de preparación de personal, no solo para la detección sino para la adecuación de la red de servicios que responda en forma eficiente a la demanda de diagnósticos y tratamientos subsecuentes. Lo anterior debe analizarse cuidadosamen-

te considerando que no se cuenta con la evidencia suficiente para asegurar que los beneficios de la mamografía compulsiva y masiva sean mucho mayores que los que darían técnicas menos complejas (por ejemplo, el examen periódico de las mamas efectuado por personal médico capacitado), como indicarían los resultados de algunos estudios citados por Miller (23).

De acuerdo con lo expuesto, las recomendaciones sobre este problema son, en primer lugar, mejorar la información sobre la incidencia y mortalidad por cáncer de la mama en los diferentes grupos de población, con el fin de determinar la situación de riesgo y promover la investigación epidemiológica. En segundo lugar, promover estudios controlados sobre métodos de detección alternos que posibiliten su extensión a toda la población de mujeres, especialmente del examen clínico anual practicado por personal de salud capacitado; a este respecto la OMS está llevando a cabo un estudio multinacional (24) con participación de varios países de Europa, América del Norte y América Latina.

A pesar de que el autoexamen de las mamas, por sí solo, no ha probado aún su beneficio como método de detección (25, 26), sí es un instrumento útil para la promoción de la salud, en el sentido de que contribuye a un mejor conocimiento del cuerpo y, sobre todo, a crear conciencia sobre el problema y la importancia de la responsabilidad de la mujer por su propia salud.

Finalmente, deben hacerse esfuerzos para adecuar tecnológicamente los servicios de salud al diagnóstico y tratamiento oportuno de toda lesión de la mama, y es necesario que en los países de América Latina y el Caribe se promueva la investigación sobre los factores de riesgo y las tendencias del cáncer de la mama con objeto de que se inicien programas eficaces de prevención y control de esta creciente enfermedad de la mujer en la sociedad moderna.

Cáncer del cuello uterino

En América Latina y el Caribe, el cáncer del cuello uterino es, en comparación con el cáncer de la mama, un problema de salud pública todavía mayor a pesar de que —a diferencia de lo que sucede con el cáncer de la mama— desde hace más de 30 años existe la tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases 100% curables: la prueba de citología vaginal ideada por Papanicolaou. Para el tratamiento en esas fases tempranas existen, también, técnicas relativamente sencillas, generalmente disponibles en todos los países; por el contrario, la tecnología requerida para el tratamiento de las formas avanzadas de la enfermedad es de mucho mayor complejidad y de alto costo, lo cual tiene implicaciones serias para hacer-

la accesible a toda la población. Aún más, las mujeres más pobres son las que generalmente requieren de tratamientos para formas avanzadas, porque son las que han tenido menos acceso a los servicios de detección temprana; este hecho constituye una paradoja que necesita ser comprendida por los encargados de tomar decisiones en materia de políticas de salud.

Desde el punto de vista de la salud pública, el problema del cáncer del cuello uterino tiene una transcendencia muy grande en los países pobres, no solo por su alta frecuencia sino porque la población de mujeres más afectadas son las de clases socioeconómicas bajas y, por lo tanto, las más desprotegidas en cuanto al acceso a servicios de salud y a la atención ginecológica. Las causas de este hecho son variadas y difíciles de abordar; van desde la misma complejidad de la historia natural de la enfermedad, ligada a la actividad sexual y a los múltiples factores que aparentemente intervienen en las condiciones de riesgo, hasta los problemas ya señalados de disponibilidad de servicios específicos de atención a la mujer en todas las etapas de su vida.

A pesar de la copiosa literatura científica existente sobre la epidemiología y los factores de riesgo de este cáncer, persisten grandes vacíos de conocimientos sobre su etiología y red causal que expliquen el papel que desempeñan cada uno de los factores identificados hasta el presente. A continuación se resume la situación epidemiológica del cáncer del cuello uterino en la Región de las Américas; se revisan los problemas metodológicos y de interpretación de los estudios que dificultan la comprensión de las interrelaciones de los factores de riesgo identificados hasta el presente, y se plantean algunas consideraciones sobre los problemas que existen en los países de América Latina y el Caribe para establecer programas de control eficaces que produzcan una reducción importante de la mortalidad por cáncer del cuello uterino.

Situación epidemiológica

Las tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino se notifican en los países de América Latina, Asia, África y Europa oriental. Debido a las deficiencias en la calidad de la información de mortalidad de varios países de América Latina, algunos informan tasas relativamente bajas, lo cual no corresponde a la realidad observada en los servicios de tratamiento, ni a la información recolectada a partir de los pocos registros de incidencia y de tipo hospitalario que existen. Hecha esta salvedad, en el Cuadro 2 se muestra el exceso de mortalidad por esta causa en algunos países seleccionados, expresado en términos de tasas y tomando como patrón de comparación la tasa de mortalidad del Canadá. Asimismo, en el cuadro se puede ver un gradiente en las tasas de mortalidad ajustadas por edad, con mayores tasas para los países con menor de-

Cuadro 2. Exceso de mortalidad por cáncer del cuello uterino en países seleccionados de la Región de las Américas. Comparación de riesgos con el Canadá.

Países	Período 1980-1984	
	Tasa ajustada por edad por 100 000	Razón de riesgo ^a
Dominica	17,6	6,1
Barbados	14,9	5,1
Chile	13,7	4,7
Trinidad y Tabago	13,3	4,6
México	13,1	4,5
Costa Rica	11,1	3,8
Panamá	10,5	3,6
Colombia	10,0	3,4 ^b
Venezuela	9,7	3,3
Bahamas	8,3	2,9
Uruguay	4,9	1,7
Argentina	4,8	1,7
Cuba	4,6	1,6
Estados Unidos de América	3,0	1,0
Puerto Rico	2,9	1,0
Canadá	2,9	1,0

^a Calculada tomando como base la tasa del Canadá para el período considerado.

^b Considera período 1975-1979.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programas de Salud del Adulto y Maternoinfantil. Situación epidemiológica y de los programas de control de cáncer de cuello uterino en América Latina. Actualización a 1989-1990. Documento inédito.

sarrollo socioeconómico y conocidas deficiencias en la cobertura de los programas de control.

Diferencias semejantes se encuentran también dentro de los países; así por ejemplo, dentro de los Estados Unidos (Cuadro 3), las tasas de incidencia de cáncer invasor en las mujeres de raza negra superan a las de las mujeres blancas (27); en la Argentina, las tasas de mortalidad por este cáncer son más altas en las provincias de menor desarrollo económico, en comparación con las de la provincia de Buenos Aires (15).

De acuerdo con la información más confiable disponible en la OPS se ha calculado que en la Región de las Américas se producen anualmente de 20 000 a 30 000 defunciones por cáncer del cuello uterino (28), con el agravante de que la mayor parte de estas defunciones son prevenibles y sobrevienen en mujeres todavía en edad productiva. Aún más preocupante es el hecho de que, aparentemente, la tendencia de la mortalidad por este cáncer en la mayoría de los países se mantiene estacionaria; aun los países en los cuales la mortalidad mostró un descenso importante en el decenio de 1970 —como es el caso de Cuba, posiblemente del Uruguay y de algunas provincias de la Argentina— en los últimos años no ha continuado el descenso; en otros, como Chile, Colombia y Venezuela hay una ligera tendencia ascendente (29). Podría especularse que este incremento se debe al deterioro de los servicios ocasionado por la crisis económica de los ochenta, sin descartar la influencia del aumento de la población en riesgo sin que se produjera el consiguiente aumento de los re-

Cuadro 3. Tasas de incidencia anual de cáncer del cuello uterino, por 100 000 mujeres, ajustadas a la población estándar mundial.

AMERICA LATINA		TASA	AFRICA		TASA
Brasil	- Recife ^a	83,1	Sudáfrica	- Johannesburgo ^c	(Bantúes) 52,0
	Fortaleza ^c	52,3		Natal ^c	(Africanas) 49,4
	São Paulo ^c	37,5			(Indias) 34,9
	Porto Alegre ^b	20,0			
Bolivia	- La Paz ^c	57,8			
Jamaica	- Kingston ^b	29,8			
Argentina	- Tandil ^a	28,2			
	La Plata ^a	19,7			
Antillas Neerlandesas ^c		25,9			
Puerto Rico ^c		18,4			
Cuba ^c		17,1			
EUROPA			AMERICA del NORTE		
Ex República Democrática Alemana ^c		30,1	Estados Unidos	- Atlanta ^c	(Negras) 26,4
Suecia ^c		12,7			(Blancas) 9,2
Finlandia ^c		8,5		Nueva Orleans ^c	(Negras) 23,1
España	- Zaragoza ^c	5,6		(Blancas) 9,1	
	Navarra ^c	3,9		Los Angeles ^c	(Hispanas) 22,9
				(Negras) 19,1	
				(Chinas) 10,5	
				(Blancas) 10,2	
				(Japonesas) 8,6	
				Connecticut ^c	8,4
			Canadá	- Columbia Británica ^c	12,2
				Quebec ^c	10,8
				Alberta ^c	9,1
ASIA					
India	- Madrás ^c	45,1			
Hong Kong ^c		30,4			
Indonesia	- Java, Surabaya ^c	27,9			
Japón	- Nagasaki ^a	27,0			
	Osaka ^a	17,2			
Israel ^c	(todas judías)	4,9			
	nacidas en Africa y Asia	5,2			
	nacidas en Israel	4,2			
	nacidas en Europa y América	3,8			
	no judías	2,1			

^a Registros basados en anatomía patológica solamente.

^b Registros de regular calidad.

^c Registros de buena calidad incluidos en *Cancer Incidence in Five Continents*, vol. IV, 1982.

Fuente: Muñoz, N. Epidemiological Aspects of Cervical Cancer. WHO Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri, Ginebra, 4-8 Nov., 1985. Working Paper 4.1, Epidemiology and Etiology. WHO CAN/CCC/85/4.

cursos para atenderla. De todos modos es inexcusable que en países como Venezuela y Colombia mueran, en promedio, más de tres mujeres al día por cáncer del cuello uterino, puesto que el número de defunciones sobrepasa las 1000 por año.

En el Cuadro 4 se muestran las tasas de mortalidad por cáncer del cuello uterino en algunos países seleccionados en dos puntos del período comprendido entre 1975 y 1985; se puede comprobar la escasa reducción de la mortalidad en el período. Lamentablemente, la información, como ya se señaló, hay que tomarla con reservas debido a las deficiencias en los registros de defunción en varios países.

Otro factor que hay que tener en cuenta al interpretar los datos de mortalidad por cáncer del cuello uterino en los países en desarrollo son los errores frecuentes de clasificación dentro del grupo de tumores malignos del útero; esto hace que un número importante de los originados en el cuello, por las deficiencias de certificación médica y sobre todo por el estado avanzado en que se diagnostican, se notifiquen como de "otras partes del útero" o, simplemente, en el grupo de causas mal definidas. Esto sugiere que muy probablemente la mortalidad real supere a la información de mortalidad registrada en los países de menor desarrollo; es probable que dentro de este grupo estén la mayoría de los países de América Central, Bolivia,

Cuadro 4. Mortalidad por cáncer del cuello uterino (ajustada por edad), cambio porcentual promedio anual y riesgo relativo de morir, respecto al Canadá. Países y subregiones de las Américas, 1975 y 1985.

País y Subregión	Mortalidad (tasas por 100 000 ajustadas por edad)		Cambio %	Riesgo relativo	
	1975	1985		1975	1985
Area Andina					
Bolivia	—	—	—	—	—
Colombia	—	—	—	—	—
Ecuador	4,0	4,0	- 0,9	1,5	2,1
Perú	4,4	4,0	- 0,8	1,7	2,4
Venezuela	7,7	6,6	- 1,3	3,0	3,9
Cono Sur					
Argentina	2,7	3,4	+ 2,4	1,0	2,0
Chile	10,2	8,3	- 1,7	3,9	4,9
Paraguay	10,0	6,8	- 2,9	3,8	4,0
Uruguay	3,6	3,3	- 0,7	1,4	1,9
Brasil	—	—	—	—	—
Istmo Centroamericano					
Belice	—	2,4	—	—	1,4
Costa Rica	6,3	8,8	+ 3,6	2,4	5,2
El Salvador	2,8	3,4	+ 1,9	1,1	2,0
Guatemala	3,5	4,0	+ 1,3	1,3	2,4
Honduras	0,1	0,3	+18,2	0,0	0,2
Nicaragua	—	—	—	—	—
Panamá	5,8	7,0	+ 1,9	2,2	4,1
Caribe latino					
Cuba	3,4	4,3	+ 2,4	1,3	2,5
Haití	—	—	—	—	—
Puerto Rico	2,9	2,4	- 1,6	1,1	1,4
República Dominicana	2,7	4,2	+ 5,0	1,0	2,5
Caribe inglés					
Barbados	10,5	12,6	+ 1,8	4,0	7,4
Guadalupe	1,0	5,3	39,1	0,4	3,1
Guayana Francesa	—	10,0	—	—	5,9
Guyana	—	5,4	—	—	3,2
Jamaica	—	—	—	—	—
Martinica	2,8	2,9	+ 0,3	1,1	1,7
Suriname	3,7	10,5	+16,7	1,4	6,2
Trinidad y Tabago	10,0	8,5	- 1,4	3,8	5,0
América del Norte					
Canadá	2,6	1,7	- 3,1	1,0	1,0
Estados Unidos	2,8	1,8	- 3,2	1,1	1,1
México	7,1	8,4	+ 1,7	2,7	4,9

* Porcentaje de variación anual de la tasa entre 1975 y 1985.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud del Adulto. Condiciones de salud del adulto. Documento inédito, 1990.

Haití, Paraguay, Perú, República Dominicana y las regiones menos desarrolladas de otros países como Brasil, Colombia, Ecuador, México, Venezuela y el Caribe.

Un análisis más confiable lo proporciona la información de incidencia basada en los registros de cáncer existentes; el problema, como se dijo, es el número tan limitado de registros poblacionales de que se dispone en América Latina y el Caribe. En el Cuadro 3 se ilustran en forma comparativa las tasas de incidencia de cáncer invasor del cuello uterino en diversas poblaciones de las Américas y en algunos lugares seleccionados de otras regiones del mundo, según la información recolectada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (30). La información de incidencia confirma, una vez más, la frecuencia

tan alta de este cáncer en la población de América Latina, así como la frecuencia tan baja en la población de mujeres judías en Israel, hecho descrito desde hace mucho tiempo en la literatura científica y que ha dado origen a varias hipótesis respecto a las prácticas higiénicas de esta población, en especial a la posible protección de la circuncisión masculina; el carácter protector de esta práctica, no obstante, no ha podido comprobarse en otras poblaciones del mundo que también practican la circuncisión del hombre.

En algunas zonas de América Latina, la probabilidad que tiene una mujer de padecer durante su vida un cáncer invasor del cuello uterino es altísima, lo que puede verse al comparar los riesgos acumulativos aproximados calculados con datos de registros de incidencia. Esta es una me-

didada que refleja la suma de riesgos en cada grupo de edad a lo largo de la vida; en otras palabras, la probabilidad que se acumula de padecer un cáncer de este tipo. En la Figura 5 se ilustra este indicador de riesgo y se ve que en La Paz, Bolivia, una mujer, desde su nacimiento hasta la edad de 75 años, tiene una probabilidad cercana a 8 en 100 de desarrollar un cáncer invasor del cuello uterino y, por lo tanto, de morir por esta causa en ausencia de tratamiento adecuado; es posible que esta sea también la situación de muchas mujeres pobres de América Latina y el Caribe.

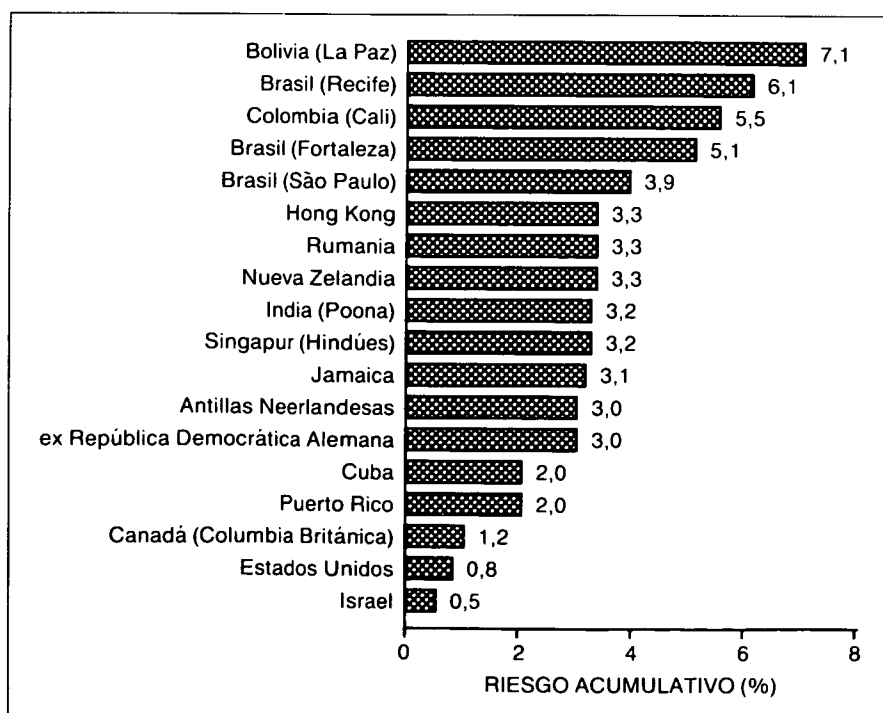
Etiología

La investigación epidemiológica ha acumulado gran cantidad de información sobre variables y factores relacionados con el comportamiento sexual y con posibles agentes infecciosos que se perfilan como determinantes de riesgo. Entre estos últimos existen evidencias sobre la asociación causal con algunos virus, especialmente el virus del papiloma. Otros factores relacionados con la vida sexual y reproductiva que se han encontrado asociados al riesgo de cáncer del cuello uterino son el número elevado de partos, la edad temprana de iniciación de las relaciones sexuales en la mujer, la promiscuidad femenina y masculina, y el empleo de anticonceptivos orales, aunque este último riesgo continúa siendo objeto de controversia.

En otras esferas del comportamiento parece que tendrían también alguna participación en la red de causalidad diversos factores como el consumo de tabaco y la carencia en la dieta de algunos elementos nutricionales protectores tales como la vitamina C y la vitamina A (31-38). La certeza actual, sin embargo, solo nos permite afirmar que el cáncer del cuello uterino se comporta epidemiológicamente como una enfermedad de transmisión heterosexual y que posiblemente algunos agentes biológicos (¿virus?) son necesarios para desencadenar el proceso de degeneración de las células del cuello uterino.

Por tratarse de un problema relacionado con la conducta humana en un área tan difícil como la de las relaciones sexuales, los estudios clásicos de epidemiología analítica, como los de casos y testigos —que comparan la frecuencia de factores que se sospecha están asociados causalmente con la enfermedad, entre las personas afectadas (casos) y las no afectadas (testigos), en condiciones semejantes respecto a edad y categoría socioeconómica— presentan sesgos estructurales que dificultan la interpretación de los resultados para la comprensión integral del proceso causal. Estos sesgos, en opinión de la autora, se deben principalmente a la limitación que tienen los estudios epidemiológicos de este tipo para interrelacionar los hallazgos de riesgo epidemiológico con el contexto sociocultural de la población en la cual se efectúan los estudios, para lo cual

Figura 5. Porcentaje de riesgo acumulativo aproximado de cáncer invasor del cuello uterino en mujeres de 0 a 74 años.



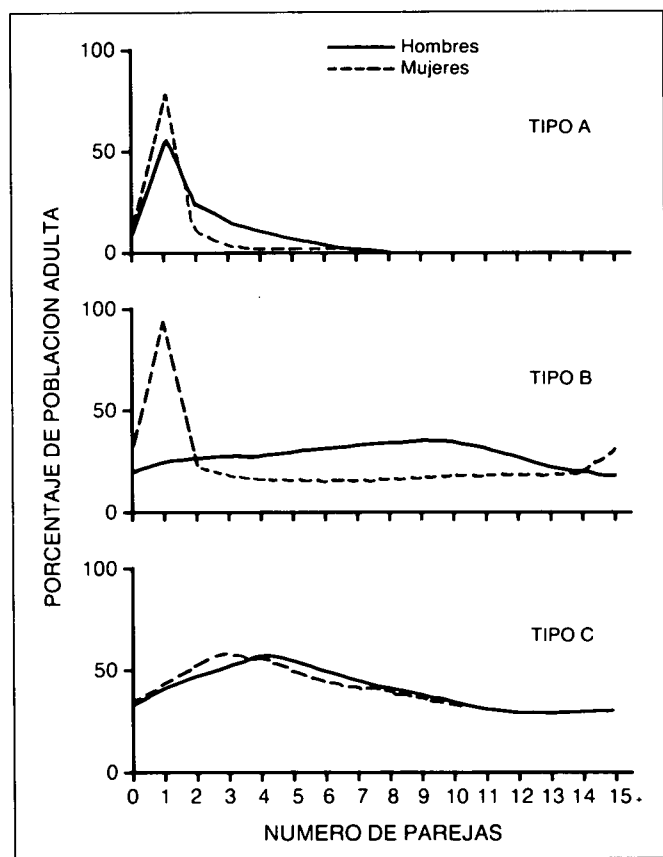
Fuente: Restrepo, H., González, J., Roberts, E. y Litvak, J. Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 102(6):578-593, 1987.

se requiere el aporte de la metodología de las ciencias sociales.

Así por ejemplo, a pesar de que Skegg *et al.* (39) plantearon en 1982 una hipótesis de tipo antropológico-cultural, muy atractiva desde la perspectiva de género, para explicar las grandes diferencias en la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino en diferentes regiones del mundo, esta aún no ha podido ser totalmente probada por medio de la investigación epidemiológica corriente, aunque algunos estudios han contribuido a darle validez a dicha hipótesis.

La Figura 6, tomada del trabajo de los autores mencionados (39), resume la hipótesis que consiste en relacionar la frecuencia del cáncer invasor del cuello uterino con tres

Figura 6. Patrones de conducta sexual en tres tipos de sociedades.



En el tipo A: Se recomienda enfáticamente a los hombres y las mujeres que no tengan relaciones extraconyugales. Este patrón puede observarse entre los miembros activos de varios grupos religiosos. Este grupo tiene la menor incidencia de cáncer del cuello uterino.

En el tipo B: Se espera que las mujeres tengan solo una pareja sexual, pero los hombres suelen tener muchas. Esta es una característica de algunas sociedades latinoamericanas. Este grupo tiene la mayor incidencia de cáncer del cuello uterino.

En el tipo C: Los hombres y las mujeres suelen tener varias parejas sexuales durante su vida. Es la "sociedad permisiva", que ha surgido en muchos países occidentales.

Fuente: Skegg, D., Corwin, P., Paul, C. y Doll, R. Importance of the male factor in cancer of the cervix. *Lancet* 2:581-583, 1982.

tipos de sociedades caracterizadas de acuerdo con algunos patrones culturales de comportamiento sexual. La mayor incidencia de la enfermedad se observa en la sociedad del tipo B, que Skegg describe como frecuente en las regiones donde predomina el machismo con la consiguiente promiscuidad masculina; la incidencia más baja corresponde a la sociedad más tradicional, con bajos índices de promiscuidad tanto masculina como femenina. Esta hipótesis despertó gran interés entre los epidemiólogos y se iniciaron varios estudios tendientes a probarla; Zunzunegui (40), entre ellos, efectuó un estudio de casos y testigos en una población de origen hispánico de California y encontró que el riesgo era mucho mayor en las compañeras de hombres que tenían más de 20 parejas sexuales durante su vida.

Recientemente, dos nuevos estudios de casos y testigos efectuados en poblaciones de América Latina han tenido en cuenta el "factor masculino" entre las variables por estudiar (34, 41). El primero de ellos (34), coordinado por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, incluyó poblaciones de Colombia, Costa Rica, México y Panamá. En todos estos sitios la investigación mostró que cuando la mujer o su compañero tienen múltiples parejas sexuales el riesgo de cáncer del cuello uterino era mayor; sin embargo, las limitaciones de este tipo de investigaciones para poder caracterizar con mayor profundidad a los grupos de estudio y a la población general de referencia en cuanto al comportamiento sexual de hombres y mujeres impide plantear conclusiones definitivas respecto a las condiciones reales de riesgo en cada población.

El segundo estudio, coordinado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, comparó dos poblaciones: una de alto riesgo (Cali, Colombia) y otra de muy bajo riesgo (algunas provincias de España). De acuerdo con los resultados preliminares comunicados por los autores (41), se observa el efecto que tienen ciertas conductas sexuales, como la frecuencia de visitas a prostitutas por parte de los hombres, en el aumento del riesgo de cáncer del cuello uterino en sus compañeras.

Los resultados de estos dos estudios llaman la atención sobre la importancia de profundizar aún más la investigación de posibles patrones de conducta sexual que, al parecer, determinarían la existencia de "nichos de ambientes de alto riesgo" (expresión de la autora de este trabajo). Tal sería el caso de Cali y otras poblaciones de América Latina, donde el hecho de que haya un alto índice de promiscuidad masculina y femenina en ciertos sectores de la población pertenecientes a subculturas de pobreza, unido a una deficiencia en los servicios de salud, las convierten en poblaciones con alta incidencia de cáncer invasivo del cuello uterino. Asimismo, habría mucho que estudiar respecto a la caracterización de la promiscuidad por género, porque en el caso de las mujeres, en muchos grupos carentes de todo bienestar y de recursos de subsistencia, ellas tienen que buscar periódicamente un hombre que les ayude a sopor-

tar las cargas de sus familias y las proteja en medios hostiles (M. Ronderos, Colombia, comunicación personal); es así que surgen múltiples uniones con múltiples frutos, sin que ello implique prostitución o conducta sexual promiscua. Este no es, en general, el caso de los hombres, en el cual la sociedad patriarcal y machista condiciona el patrón de promiscuidad del varón en varios estratos sociales, no solamente en los más pobres, mientras que, por el contrario, exige la monogamia y fidelidad de la mujer.

Es difícil interpretar el significado de hallazgos de riesgo epidemiológico, medido con métodos estadísticos, de un determinado factor, en contextos socioculturales diferentes; tal es el caso, de nuevo, de la edad temprana de iniciación de las relaciones sexuales por parte de la mujer. Si bien los diversos estudios han mostrado la consistencia de este factor de riesgo a lo largo del tiempo, la fuerza del riesgo medida por el valor del riesgo relativo (razón de la incidencia de personas expuestas al factor, sobre la incidencia de las no expuestas) muestra diferencias de un lugar a otro; el riesgo atribuible poblacional (la incidencia de la enfermedad en la población que puede adjudicarse al factor de riesgo) también es diferente. Esto lo ilustraron muy bien Parazzini *et al.* (42) en estudios comparativos de casos y testigos efectuados en Italia y los Estados Unidos (Cuadro 5). Mientras que en Italia el riesgo relativo de adquirir cáncer, asociado a la iniciación de las relaciones sexuales antes de los 18 años es de 2,32, en los Estados Unidos es de 1,78; no obstante, el peso poblacional de este factor es mayor en los Estados Unidos, precisamente porque el fenómeno está más extendido en la población de este país que en Italia; por lo tanto, si aumentara la edad de iniciación de las relaciones sexuales de la mujer en los Estados Unidos, el impacto en la reducción del cáncer sería mayor que si se aumentara en Italia.

Es muy posible que en las diferencias de riesgo en los subgrupos de población desempeñen algún papel otros

factores relacionados con las diferencias de clase social entre la pareja y con las circunstancias que rodean a la iniciación de las relaciones sexuales; por ejemplo, la edad y el tiempo de vida sexual anterior del compañero con quien inicia relaciones la mujer muy joven, y la frecuencia de infecciones de transmisión sexual de dicho compañero son algunos de los múltiples factores que se deben considerar.

Por lo tanto, las características socioambientales que rodean la iniciación de la vida sexual de la mujer y del hombre en cada población deberían ser objeto de mayor estudio para profundizar el conocimiento de las condiciones de riesgo de cáncer del cuello uterino. Esto evitaría las propuestas moralistas y discriminatorias contra la mujer, que con frecuencia se incorporan en los programas de control y en la información que se da al público general en los medios de comunicación.

Volviendo a la discusión sobre los posibles factores etiológicos, en la actualidad tiende a considerarse como el más importante el que se refiere a algunos tipos de virus del papiloma; aunque este sigue bajo profusa investigación, hasta el momento no se ha podido precisar su papel y por lo tanto proponer medidas preventivas específicas; además, dado que persisten problemas técnicos para la identificación de los diferentes subtipos de virus, así como para la caracterización del tiempo de la exposición y el efecto sobre las células del epitelio del cuello uterino, los expertos consideran que debe tenerse aún mucha cautela para declararlo como agente causal definitivo, y que es necesario profundizar las investigaciones al respecto disponiendo de los recursos tecnológicos y económicos para ello (33, 43).

Finalmente, es importante tener en cuenta que entre los factores protectores se han identificado los anticonceptivos de barrera; posiblemente el uso extendido del condón, hoy tan promocionado por los programas de

Cuadro 5. Riesgo atribuible poblacional de cáncer del cuello uterino en los Estados Unidos de América e Italia, de acuerdo con factores de riesgo seleccionados y su combinación.

Factor de riesgo	Porcentaje de riesgo atribuible	
	Estados Unidos	Italia
Parejas sexuales	32	12
Edad al primer coito ^a	37	22
Número de partos	24	43
Empleo de anticonceptivos orales	9	5
Alguna vez fumó	20	17
Prueba de Papanicolaou inadecuada (número y tiempo transcurrido desde la última prueba)	46	84
	76	69
	87	95

^a Riesgo relativo: Menos de 18 años de edad = Estados Unidos: 1,78. (IC) Intervalo de confianza 1:40-2:77, Italia: 2,32. (IC) Intervalo de confianza 1:30-4,07.

Fuente: Parazzini, F., Hildesheim, A., Ferraroni, M., La Vecchia, C. y Brinton, L. A. Relative and attributable risk for cervical cancer: A comparative study in the United States and Italy. *Int J Epidemiol* 19(3), 1990.

control del SIDA, tendría un efecto positivo en el control de este cáncer.

Situación de los programas de control

El mayor efecto protector probado ampliamente sigue siendo la prevención secundaria a través de la prueba de citología vaginal (23, 43-48). La evidencia que confirma la efectividad de los programas amplios de detección es cada vez mayor. Estos programas deben ser dirigidos a toda la población de mujeres adultas que tengan o hayan tenido actividad sexual, dando prioridad a las mujeres en edad de mayor riesgo de albergar alguna forma de lesión premaligna, lo cual ocurre con mayor frecuencia después de los 25 años de edad, cuando ha transcurrido un tiempo promedio de actividad sexual de aproximadamente cinco años; esta es la recomendación que cuenta con mayor respaldo desde el punto de vista epidemiológico y científico (44).

Sin embargo, a pesar de la evidencia existente sobre la necesidad de organizar las actividades de control del cáncer del cuello uterino con criterios de salud pública, teniendo como meta alcanzar amplias coberturas de mujeres que se beneficien de la protección dada por la detección de formas iniciales curables, las cifras de mortalidad y morbilidad muestran que en la mayor parte de los países no se ha logrado el establecimiento de tales programas (28, 49).

En general, en América Latina y el Caribe los programas se caracterizan por bajas coberturas de citologías (46). Aunque ni siquiera se dispone de datos verídicos sobre las coberturas, ya que no se hace un seguimiento rutinario, en algunas encuestas hechas con otros propósitos en algunos países se ha logrado incluir preguntas sobre cobertura citológica por grupos de edad. Por ejemplo, la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia de 1990 (50) muestra que 46% de las mujeres en edad fértil han tenido acceso a alguna citología durante su vida reproductiva, pero con marcadas diferencias por nivel de educación y por zonas del país, ya que la frecuencia es mayor en las zonas urbanas y en las mujeres con un mayor nivel de educación.

Por otra parte, en muchos países los servicios de salud desperdician recursos al efectuar citologías que se acumulan en los laboratorios y no se procesan en el tiempo óptimo para que, si fuera necesario, se siguiera con el diagnóstico y el tratamiento oportunos (H. Restrepo, OPS, observaciones en viajes de asesoría técnica, 1984-1990). Además se malgastan los escasos recursos disponibles para estos programas, efectuando citologías a mujeres muy jóvenes y en forma repetida no justificada. Los recursos escasos deben asignarse de tal manera que no se gasten en exámenes inútiles, y siguiendo las recomendaciones de expertos tales como los de la Asociación Nacional de Cáncer del Canadá (51).

Un aspecto de gran trascendencia para el éxito de los programas de control es dar la información y educación adecuadas a las mujeres objeto del programa. En esto hay grandes fallas de comunicación social. Así por ejemplo, un estudio efectuado en la Argentina (52) mostró que existen muchas limitaciones en los servicios para transmitir a la mujer los conocimientos apropiados sobre los exámenes citológicos y la importancia de su participación en el seguimiento de las pruebas positivas; en dicho estudio se encontró que cerca de un 40% de las mujeres con resultado de citología dudoso o anormal, que deberían volver rápidamente al servicio para una confirmación diagnóstica, abandonan el control y no regresan. Las causas de la deserción de pacientes, según los resultados del estudio, parecen estar relacionadas principalmente con la falla del personal médico para proporcionar a las pacientes información apropiada que las motive a reclamar su resultado y a continuar el tratamiento respectivo.

Es necesario mejorar la cantidad y calidad de la información para la mujer, sobre todo la de los estratos más pobres, para que no solo tome más conciencia sobre el problema sino también para que exija a los servicios de salud la atención adecuada y la aplicación de la tecnología de detección. Este trabajo debe emprenderse con los grupos y organizaciones de mujeres.

Por otra parte, debería estudiarse también si los sistemas de servicios de salud están en condiciones de ofrecer el tratamiento apropiado para los casos detectados; de lo contrario se producen situaciones con serias implicaciones éticas y tecnológicas que son aprovechadas por los que defienden la adquisición de equipos costosos de tratamiento, en lugar de racionalizar los recursos y planificar actividades eficaces en función del costo.

Pero la tarea más difícil de convencimiento es la que hay que acometer con los administradores de servicios de salud y con los que tienen a su cargo la toma de decisiones para que se dé mayor prioridad a la organización de programas de control del cáncer del cuello uterino aplicando los enfoques epidemiológicos y de salud pública necesarios, con el fin de que sean más eficaces y se logre disminuir la mortalidad que causa este cáncer en los países en desarrollo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En América Latina y el Caribe, los tipos de cáncer que afectan a las mujeres constituyen una causa importante de mortalidad. Si bien algunas localizaciones especiales presentan modalidades de distribución por sexo que deben ser objeto de mayor investigación epidemiológica, los cánceres de tipo ginecológico son los que más defunciones causan.

El tabaquismo, cuya frecuencia en la mujer joven está aumentando en los países desarrollados y en desarrollo, debe ser objeto de preocupación por parte de las autoridades de salud y de los grupos organizados de mujeres, para adelantarse a la epidemia de cáncer del aparato respiratorio que se puede desencadenar en las próximas décadas si siguen las tendencias de aumento del consumo de cigarrillos en la mujer, y para reducir el posible efecto en la causalidad de otros cánceres, incluidos los ginecológicos.

El cáncer de la mama, de carácter epidémico en los países de América del Norte, muestra tendencia a aumentar en los países con mayor desarrollo de América Latina y el Caribe. Es necesario promover aún más la investigación sobre los factores causales y sobre la aplicación de técnicas de detección, especialmente en los países en desarrollo donde el uso de tecnología de alto costo no es factible para aplicar masivamente en la población femenina adulta. Por su parte, el cáncer del cuello uterino es responsable de un número muy importante de defunciones de mujeres adultas en la Región de las Américas, sobre todo en las más pobres y con menos acceso a la tecnología de prevención y curación.

Este importante problema de salud de la mujer en los países en desarrollo ha recibido muy poca prioridad en los programas, planes y políticas de salud pública. Es necesario crear mayor conciencia sobre la magnitud y gravedad del problema así como sobre la necesidad de organizar los programas de control en forma eficiente. Es indispensable mejorar la información destinada a las mujeres sobre los tipos de cáncer que más las afectan, las condiciones que aumentan el riesgo de padecerlos y la manera de descubrirlos precozmente, con el fin de que tengan mayor responsabilidad en la prevención y el control, evitando así el costo social de un sinnúmero de pérdidas de vidas caras a la sociedad.

REFERENCIAS

- (1) Unión Internacional contra el Cáncer. *Cancer Mortality Statistics in the World 1950-1985*. Kurihama, M., Aoki, K. y Hisamichi, S., eds. The University of Nagoya Press, 1984.
- (2) López, A. D. The interrelationship between lung cancer and tobacco consumption: Evidence from national statistics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988. Documento interno.
- (3) Canadá. Canadian Cancer Statistics 1989. Toronto, Canadian Cancer Society, 1989.
- (4) Estados Unidos de América. 1986 Cancer Facts and Figures. Nueva York, American Cancer Society, 1986.
- (5) Smoking and women: Tragedy of the majority. [Editorial.] *New Engl J Med* 317(21):1343-1345, 1987.
- (6) Puerto Rico. Registro del Cáncer. Cáncer en Puerto Rico 1988.
- (7) Estados Unidos de América. Departamento de Salud y Servicios Sociales. The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General 1986. Maryland, 1986.
- (8) Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. *WHO/IARC Patterns of Cancer in Five Continents*. Whelan, S. L., Parkin, D. M. y Masuyer, E. (eds.). Lyon, 1990. IARC Scientific Publications 102.
- (9) Pagel, J. y Bock, J. E. Endometrial cancer. A review. *Dan Med Bull* 31(4):333-345, 1984.
- (10) Weiss, N. S. Ovary. *Cancer Epidemiology and Prevention*. En: Shottenfeld, D. y Fraumeni, J. F. Jr. (eds.). Philadelphia, Saunders, 1982, cap. 50.
- (11) Breast cancer. *Time Magazine*, 14 de enero de 1991.
- (12) Organización Mundial de la Salud y Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Datos del Registro de Cáncer de Cali, Colombia. En: *Cancer Incidence in Five Continents*, Vols. III (1976), IV (1982) y V (1982). Lyon, OMS/CIIC.
- (13) Sierra, R., Parkin, D. M. y Muñoz, G. Cancer in Costa Rica. *Cancer Res* 49: 717-724, 1989.
- (14) Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Tablas de incidencia y mortalidad de 1984, 1985 y 1986. Información enviada a la OPS, Programa de Salud del Adulto.
- (15) Matos, E. L., Parkin, D. M., Loria, D. I. y Vilensky, M. Geographical patterns of cancer mortality in Argentina. *Int J Epidemiol* 19(4):860-870, 1990.
- (16) Jacobsen, B. K. y Lund, E. Level of education, use of oral contraceptives and reproductive factors: The Tromso Study. *Int J Epidemiol* 19(4):967-970, 1990.
- (17) Petrakis, N. L., Ernster, V. L. y King, M. C. Breast. En: *Cancer Epidemiology and Prevention*. Shottenfeld, D. y Fraumeni, J. F. Jr. (eds.). Philadelphia, Saunders, 1982, cap. 49.
- (18) Seidman, H., Stellman, S. D. y Mushinski, M. A. A different perspective on breast cancer risk factors: Some implications of the nonattributable risk. *A Cancer Journal for Clinicians* 32(5), 1982.
- (19) Graham, S. Alcohol and breast cancer. [Editorial.] *N Engl J Med* 316(19):1211-1212, 1987.
- (20) Breast cancer. *Newsweek*, 17 de diciembre de 1990.
- (21) Breast cancer. A puzzling plague. *Time Magazine*, 14 de enero de 1991.
- (22) Miller, A. B., Chamberlain, J., Day, N. E., Hakama, M. y Prorok, P. C. WHO/UICC report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. Cambridge, 1990. Documento inédito.
- (23) Miller, A. B. Mamography: A critical evaluation of its role in breast cancer screening, especially in developing countries. *J Public Health Policy* 486-498, invierno de 1989.
- (24) Organización Mundial de la Salud. Protocol for a study of the effectiveness of physical examination of the breasts and breast self-examination in reducing mortality from breast cancer. A World Health Organization Cooperative Investigation. Moscú, mayo de 1988. Documento interno.
- (25) Newcomb, P. A., Weiss, N. S. et al. Breast self-examination in relation to the occurrence of advanced breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 83: 260-265, 1991.
- (26) Morrison, A. S. Is self-examination effective in screening for breast cancer? [Editorial.] *J Natl Cancer Inst* 83(4):226-227, 1991.
- (27) Estados Unidos de América. Cancer in the poor American. A report to the Nation. Findings of regional hearings. Cancer Society, 1989.
- (28) Restrepo, H., González, J., Roberts, E. et al. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 102(6):578-593, 1987.

- (29) Organización Panamericana de la Salud. Programas de Salud del Adulto y de Salud Maternoinfantil. Situación epidemiológica y de los programas de control del cáncer del cuello uterino en América Latina. Actualización a 1989-90. Documento inédito.
- (30) Muñoz, N. Epidemiological Aspects of Cervical Cancer. Working Paper 4.1, Epidemiology and Etiology. WHO Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Ginebra, 4-8 de noviembre de 1985. WHO CAN/CCC/85/4.
- (31) Cramer, D. W. Uterine cervix. Shottenfeld, D. y Fraumeni, J. F. Jr. (eds.). *Cancer Epidemiology and Prevention*. Philadelphia, Saunders, 1982, cap. 51.
- (32) Brinton, L. A. y Fraumeni, J. F. Jr. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chronic Dis* 39(12):1051-1065, 1986.
- (33) Muñoz, N., Bosch, F. X. y Jensen, O. M. (eds.). *Human Papiloma Virus and Cervical Cancer*. Lyon, 1989. IARC Scientific Publications 94, págs. 9-35.
- (34) Herrero, R., Brinton, L. A., Reeves, W. *et al.* Factores de riesgo de carcinoma invasor de cuello uterino en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 109(1):6-26, 1990.
- (35) Brock, K. E., Berry, G., Mock, P. A., MacLennan, R., Truswell, A. S. y Brinton, L. A. Nutrients in diet and plasma and risk of in situ cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 80(8):580-585, 1988.
- (36) Vessey, M., Lawlers, M., Mc Pherson, K. *et al.* Neoplasia of the cervix and contraception: A possible adverse effect of the pill. *Lancet* 930-934, 22 de octubre de 1983.
- (37) Lyon, J., Gardner, J., Stanish, W. *et al.* Smoking and carcinoma in situ of uterine cervix. *Am J Public Health* 73(5):558-562, 1983.
- (38) Brinton, L. A., Reeves, W. C., Brenes, M. M. *et al.* Parity as a risk factor for cervical cancer. *Am J Epidemiol* 130(3):486-496, 1989.
- (39) Skegg, D., Corwin, P., Paul, C. y Doll, R. Importance of the male factor in cancer of the cervix. *Lancet* 2:581-583, 1982.
- (40) Zunzunegui, M. V., King, M. C., Coria, C. I. *et al.* Male influences on cervical cancer risk. *Am J Epidemiol* 123(2):302-307, 1986.
- (41) Muñoz, N. y Bosch, F. X. Consulting Group on Cervical Cancer Research. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 9-10 de octubre de 1990.
- (42) Parazzini, F., Hildesheim, A., Ferraroni, M., La Vecchia, C. y Brinton, L. A. Relative and attributable risk for cervical cancer: A comparative study in the United States and Italy. *Int J Epidemiol* 19(3), 1990.
- (43) Organización Panamericana de la Salud. Consulting Group on Cervical Cancer Research: Summary Report. Washington, D.C., 9-10 de octubre de 1990.
- (44) IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. En: Hakama, M., Miller, A. B. y Day, N. E. (eds.). *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 1986. IARC Scientific Publications 76, págs. 133-142.
- (45) Geirsson, G., Kristianchutti, R. *et al.* Cervical cancer screening in Iceland: A case-control study. En: Hakama, M., Miller, A. B. y Day, N. E. (eds.). *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 1986. IARC Scientific Publications 76, págs. 37-41.
- (46) Aristizabal, N., Cuello, C., Correa P. *et al.* The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 34:5-9, 1984.
- (47) Boyer, D., Worth, A. y Anderson, G. Experience with cervical screening in British Columbia. *Gynecol Oncol* 12:143-155, 1981.
- (48) Organización Mundial de la Salud/Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. *Cancer: Causes, Occurrence and Control*. Lyon, 1990. IARC Scientific Publications 100, págs. 153, 243-244.
- (49) Restrepo, H. E. Epidemiología del cáncer de cuello uterino. Presentado en la reunión de la U.S.-Colombian Medical Association, New Orleans, Luisiana, 26-29 de julio de 1989.
- (50) Encuesta de Prevalencia de Demografía y Salud en Colombia, 1990. ProFamilia Colombia/Institute for Resource Development/Macro International Inc., Columbia, Maryland.
- (51) Canadian Cancer Society. Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix. The workshop group, Ottawa, Canadá, 27-29 de noviembre de 1989. Documento interno.
- (52) Ramos, S. y Pantelidess, E. A. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Buenos Aires, CEDES, 1990. Documento 43.

LA MUJER DE EDAD AVANZADA EN LAS AMERICAS. PROBLEMAS Y POSIBILIDADES

Lee Sennott-Miller¹

INTRODUCCION

Las dificultades que afronta la mujer de edad avanzada en las Américas son una extensión de las que sufre la mujer más joven y representan una carga más impuesta por la etapa del ciclo de vida a que ha llegado. Sin embargo, al mismo tiempo, la mujer de edad avanzada es un recurso de sabiduría y habilidad, sin explotar en gran parte, que ha adquirido para poder desenvolverse en un medio social y físico generalmente hostil.

Solo hace poco se reconoció la situación de la mujer de edad avanzada, es decir, las tareas que se le exigen, sus necesidades y los riesgos a que está expuesta a consecuencia de ello. Aunque en el último decenio se ha visto crecer el interés en la mujer de edad avanzada en el Canadá y los Estados Unidos de América, su mundo en América Latina y el Caribe se ha mantenido casi totalmente inexplorado. En 1987, como resultado de una singular actividad de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Americana de Personas Jubiladas (EUA) se preparó un extenso documento básico, además de una serie de trabajos de investigación original y sobre las repercusiones que tienen las políticas adoptadas para la mujer de edad mediana y avanzada en las Américas (1). El trabajo surgido de esa colaboración forma la base de nuestros conocimientos sobre este singular segmento de la población.

LA MUJER Y EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

Aunque la población mundial crece a una tasa de 1,7% anual, la tasa de crecimiento de la subpoblación representa-

da por las personas mayores de 60 años es de 2,5% anual. Ha habido una tendencia a hacer caso omiso de las repercusiones que tiene ese hecho en los países menos desarrollados de las Américas. Una razón de ello es el concepto equívoco de que la población de esos países todavía es bastante joven en general. Eso es cierto en algunos casos, pero las tasas de envejecimiento distan de ser iguales en toda la Región. En los países del Cono Sur, por ejemplo, la población envejece casi con la misma velocidad que la de los Estados Unidos y el Canadá. Además, con la rápida disminución de la mortalidad infantil en algunos países, se acelerará la tasa de crecimiento de la población de personas de edad avanzada. En realidad, la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más de los países en desarrollo es el triple de la observada en las naciones más industrializadas de la Región (2). Hay un peligro inminente de que los países menos preparados para manejar una población que envejece rápidamente tengan que afrontar ese mismo problema en un futuro próximo.

Las mujeres constituyen la mayoría de las personas de edad avanzada de los países desarrollados y en desarrollo de la Región. Los datos recientes sobre la esperanza de vida muestran que, al nacer, el número de años en proporción del cual se prevé que sobrepasará la mujer al hombre oscila entre un máximo de 7,1 en los Estados Unidos y un mínimo de 2,6 en Nicaragua (2); el desequilibrio entre los hombres y las mujeres es un fenómeno que aumenta con la edad. Por ejemplo, en 1980 en los Estados Unidos, en el grupo de edad de 66 a 69 años había 80 hombres por 100 mujeres, mientras que en el grupo de 85 años y más sobrevivieron solo 44 hombres por 100 mujeres (3). Además, las personas de edad muy avanzada son el segmento de la población que más crece en las Américas, lo que convierte a la salud y la situación de la mujer de edad avanzada en un motivo de preocupación de carácter urgente.

Aunque la longevidad de la mujer es señal de una sólida ventaja biológica, esta se empaña con frecuencia por las

¹ Investigadora y Profesora Adjunta, Universidad de Arizona; Consultora de la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Americana de Personas Jubiladas, Estados Unidos de América.

desventajas sociales y culturales que afronta. En gran medida, los problemas físicos y psicosociales comunes de la mujer de edad avanzada encuentran explicación en las condiciones sociales en que vive. Aunque los efectos pueden ser menos obvios en los países desarrollados de la Región, casi todas las mujeres han sufrido subordinación, dependencia y degradación a segunda clase, hasta cierto punto. Esto a menudo causa estragos de una forma sutil pero devastadora.

REPRODUCCION Y PRESTACION DE ASISTENCIA

En toda la Región, la mujer tiene la responsabilidad de la reproducción y prestación de asistencia. Sin embargo, a menudo no puede controlar las circunstancias que rodean esos deberes. En los países menos desarrollados, esto suscita problemas que se centran alrededor de la malnutrición y sus secuelas, la multiparidad, con las consiguientes dificultades genéticas y ginecológicas, y la carga de la atención de varias generaciones (2). En los países más desarrollados, pese a que la mujer tiene menos hijos, se ve afectada todavía por problemas ginecológicos, malnutrición en forma de obesidad y responsabilidades de prestación de asistencia igualmente exigentes (4-6).

Problemas nutricionales

La malnutrición puede darse en forma de desnutrición o de hipernutrición. Ambos tipos son comunes en toda la Región y su prevalencia es particular de cada sexo. Un estudio realizado en Jamaica con 98 mujeres y 30 hombres mayores de 65 años mostró una clara distinción en la clase de problemas nutricionales que sufre la población (7). Al computar el peso para la altura normales en términos porcentuales por sexo, se clasificó a 13% de los hombres y solo a 5% de las mujeres en el grupo con insuficiencia de peso (menos de 80% del peso normal). La mayoría de las personas de ambos sexos (85% de los hombres y 57% de las mujeres) se clasificaron como "normales" (escala de 80 a 120% del peso normal). Sin embargo, de las personas que tenían exceso de peso de 20 a 40%, solo 3% eran hombres, pero 22% eran mujeres. En el grupo de personas con peso excesivo de 40% no había hombres y 15% eran mujeres. En los países en desarrollo, las diferencias no son tan marcadas, pero la obesidad de las mujeres de 55 a 65 años es de más del doble de la observada en los hombres de la misma edad y, al parecer, su prevalencia va en aumento (5).

La preocupación por la obesidad surge por su condición de factor de riesgo importante de varias enfermedades crónicas, en particular, la hipertensión, la diabetes, el cáncer

y las enfermedades cardiovasculares. La predisposición a esas enfermedades aumenta con la edad, de manera que la mujer de edad avanzada está expuesta a un mayor riesgo en cualquier caso, y la obesidad sencillamente amplía la posibilidad de que se manifieste una de esas afecciones discapacitantes.

Aunque el consumo excesivo de alimentos con un alto contenido de calorías puede ser causa de obesidad, una razón más común en el caso de las mujeres pobres de las zonas desarrolladas y en desarrollo de la Región puede ser la imposibilidad de comprar alimentos ricos en proteínas de alta calidad y el empleo sustitutivo de grandes cantidades de almidones y azúcares de bajo costo (8). Esa hipótesis encuentra apoyo en un estudio realizado recientemente por la OPS en Chile, donde 10, 22 y 40% de las mujeres de ingresos elevados, medianos y bajos, respectivamente, tenían exceso de peso para la altura (2). Este problema puede agravarse porque, según información anecdótica citada con frecuencia, existe un concepto ideal de belleza en ciertas culturas que defiende la "gordura", por lo menos en el Caribe de habla inglesa.

La desnutrición, que se manifiesta generalmente en forma de anemia, también es común en personas de ambos sexos, pero es un problema más crítico para la mujer, especialmente en las zonas menos desarrolladas de la Región. Sus raíces pueden comenzar en la infancia. En algunas zonas rurales menos desarrolladas de América Latina y el Caribe, todavía es común que los hombres y los niños coman primero (9-11). Si la cantidad de alimentos es limitada, como sucede a menudo en las zonas rurales, la mujer comienza a sufrir los efectos de la desnutrición a temprana edad. La anemia de origen nutricional es común y se agrava por la mayor necesidad de hierro que tiene la mujer —el triple de la del hombre— cuando comienza a menstruar y a tener hijos. A mediana edad, es posible que tenga anemia crónica que, si bien no mata, reduce mucho la productividad, energía y calidad de vida. La debilidad, la fatiga, el letargo, la irritabilidad y la mayor vulnerabilidad a la infección son consecuencias de la anemia crónica. Es fácil ver cómo este trastorno puede afectar gravemente la capacidad de la mujer de edad avanzada para cumplir con sus deberes de prestación de asistencia.

Multiparidad y maternidad a edad avanzada

La mujer de edad avanzada de toda la Región suele tener una familia numerosa completa. A comienzos del siglo XX, aun en los países desarrollados, un gran número de hijos garantizaba que hubiera suficientes sobrevivientes para asumir las responsabilidades de mantenimiento de la familia y de cuidado de los padres cuando no pudieran trabajar. Aunque en la actualidad sobreviven más niños hasta la edad adulta, la falta de planes viables de seguridad

social en muchos países menos desarrollados de la Región hace que la necesidad de tener muchos hijos para compartir la carga del apoyo sea casi tan importante hoy en día como antes. Además, la tecnología eficaz de planificación familiar es una opción relativamente nueva para la mujer, y a menudo no existe o va acompañada de prohibiciones culturales y religiosas que siguen definiéndola como inaceptable.

Por tanto, la mujer sigue teniendo hijos hasta después de los 40 años, especialmente la de grupos socioeconómicos bajos, y en las zonas rurales menos desarrolladas se expone al riesgo de una mayor mortalidad y a una amplia gama de problemas ginecológicos. El riesgo de mortalidad materna y de la edad toma la forma de una curva en "J", de manera que después de los 35 años, cuanto mayor sea la mujer, mayor será el riesgo a que está expuesta (12). Los nacimientos múltiples y con poco intervalo también aumentan el riesgo, y hay muchas posibilidades de que las mujeres que continúan teniendo hijos después de los 50 años tengan antecedentes de esos factores de riesgo. La morbilidad que proviene de esos patrones suscita también un problema. La incidencia de prolapso uterino, incontinencia y fístula es mayor en las mujeres multíparas de edad avanzada (2). Los nacimientos múltiples y con poco intervalo agravan también los problemas de malnutrición, particularmente la anemia mencionada antes, porque agotan aún más las reservas ya bajas de hierro.

Carga de la prestación de asistencia

Un corolario de los problemas de multiparidad y maternidad a edad avanzada es la posibilidad de que la mujer de edad mediana y avanzada tenga que cuidar a varias generaciones. Una mujer puede tener al mismo tiempo la responsabilidad de cuidar a sus propios padres y abuelos y a los de su esposo, a sus hijos menores y aun a sus nietos. Aunque la carga real se puede dividir entre los miembros de la familia, y los adultos de mayor edad cuidan a los niños más pequeños mientras otros trabajan para proporcionar apoyo financiero, la responsabilidad definitiva del manejo del hogar recae generalmente en la mujer de edad mediana.

Si el cuidado se destina a un pariente anciano enfermo o débil, la carga de la mujer aumenta. En los países desarrollados de la Región, la mujer constituye 77% de los hijos adultos y 64% de los cónyuges que cuidan a los familiares enfermos (4); sufre mucha tensión, soledad y aislamiento. Puede haber tirantez en las relaciones familiares y a menudo falta de redes de apoyo social. La persistencia de la familia extensa en América Latina y el Caribe puede ayudar hasta cierto punto a aislar a la mujer de algunos de los efectos más desfavorables de la prestación de asistencia (13). Sin embargo, ella no se escapa de los

costos en términos de trabajo excesivo, conflicto entre la necesidad de prestar apoyo financiero y la de estar con el familiar enfermo, y tensión emocional por una tarea interminable.

Poco se sabe de la minoría de hombres que asumen responsabilidad por atender a otras personas. Sin embargo, es claro que las mujeres y los hombres afrontan este proceso de una manera distinta. El enfoque seguido por el hombre es a menudo de naturaleza servicial y, en su caso, la atención se reduce a una serie de deberes y actividades particulares. Por otra parte, la mujer suele sumergirse en el proceso y para ella es imposible mantener la distancia que podría protegerla de la tensión creada por cada situación (4). Se cree que las diferencias de socialización más que de afección o preocupación dan cuenta de esos patrones (14). En todo caso, la tarea de cuidar a otras personas dura toda la vida para muchas mujeres, y las diferentes etapas de ese trabajo coinciden a menudo. La tensión acumulada de esta carga con frecuencia lleva a la mujer a pasar directamente de la labor de prestar asistencia a la de ser asistida. Aun cuando ella misma necesita cuidado, a menudo ofrece sus servicios a la siguiente generación de personas que se encargarán de ese trabajo.

VIUDEZ, DIRECCION DEL HOGAR Y ESTABILIDAD ECONOMICA

Uno de los resultados de la longevidad de la mujer es la posibilidad de enviudar y, por tanto, de verse forzada a dirigir el hogar, con la responsabilidad financiera que ello implica. En un reciente informe del Fondo de la Mancomunidad del Caribe se señaló que 30% de la población de los Estados Unidos mayor de 65 años vive sola y que casi 80% de esa cifra corresponde a mujeres (15). En valores absolutos, eso significa que hay 6,5 millones de mujeres y menos de 2 millones de hombres. Los índices de viudez en América Latina varían de un país a otro pero, en todo caso, las tasas correspondientes a las mujeres son mayores. Los datos más recientes provienen de un estudio realizado por la OPS y 13 centros colaboradores en América Latina y el Caribe. Esas encuestas de las necesidades de las personas de edad avanzada han dado valiosa información sobre la salud y la actividad funcional de los adultos de mayor edad, que no se encuentra en ninguna otra parte. Se ha concluido el análisis de cinco países y en el Cuadro 1 se presentan patrones claros indicativos de tasas de supervivencia masculina mucho menores.

Las bajas tasas de viudez del hombre reflejan la mayor longevidad de la mujer y las mayores posibilidades que tiene el hombre de volver a casarse. Entre las mujeres, aun las de menor edad, por lo menos una de cada cinco es viuda y, en Guyana, una de cada tres. En el grupo de 80 años y más, dos tercios de las mujeres son viudas, excepto en Tri-

Cuadro 1. Porcentaje y frecuencia de viudez por edad, sexo y país.

País	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	60-64 (N)	80+ (N)	60-64 (N)	80+ (N)
Costa Rica	0,8 (1)	28,0 (21)	18,8 (36)	63,5 (47)
Chile (comunas de transición)	5,8 (6)	23,9 (11)	29,2 (47)	67,1 (53)
Guyana	16,0 (8)	35,5 (7)	32,9 (27)	66,0 (33)
Trinidad y Tabago	13,8 (15)	50,0 (19)	27,5 (33)	59,2 (29)
Argentina (Buenos Aires)	9,5 (14)	38,5 (15)	24,9 (47)	69,1 (47)
Argentina (otras cinco ciudades)	7,3 (36)	36,8 (43)	29,1 (198)	79,3 (242)

Fuente: (16-20).

nidad y Tabago, donde esa cifra es casi de 60%. Las tasas correspondientes a los hombres son mucho más bajas y oscilan entre menos de 1% de los más jóvenes en Costa Rica y 50% de los de 80 años y más en Trinidad y Tabago.

Los patrones de conformación del hogar no están bien definidos. Como puede observarse en el Cuadro 2, el porcentaje de personas de ambos sexos que viven solas es mucho más bajo que el de viudos, lo que sugiere que los adultos de mayor edad sin cónyuge pueden dejar que sus hijos vivan con ellos o irse a vivir con estos. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, todavía es verdad que en los países de América Latina viven más mujeres solas que hombres solos en ambas etapas de la vida, según se indica en el Cuadro 2. En el Caribe de habla inglesa, la situación es todo lo contrario y es mucho mayor el número de hombres que viven solos en Guyana, y un poco mayor en Trinidad y Tabago. Sin embargo, cabe señalar que, con excepción de los datos correspondientes a la Argentina, la información de este cuadro se basa en un número tan pequeño de casos de cada categoría que no es suficiente para extraer conclusiones de naturaleza estadística bien fundamentadas.

La diferencia de los dos cuadros indica posiblemente que si bien la viudez recibe gran influencia sobre todo de los factores de salud, el vivir con la familia es un fenómeno predominantemente cultural y en casi toda la América Latina y gran parte del Caribe existe todavía una sólida tradición de apoyo familiar. Aunque las mujeres se encuentran en desventaja en lo que se refiere a varios factores objetivos que se discutirán próximamente, su integración a la familia (ya sea que vivan con ella o no) como abuelas que gozan de respeto y como fuentes de consejo emocional y práctico recíproco, puede amortiguar hasta cierto punto el aislamiento y la soledad que sufrirían de otro modo.

Dirección del hogar

¿Qué tan preparada está la mujer de edad avanzada para dirigir el hogar? Varios factores, incluso la educación, los ingresos y el estado de salud, constituyen una parte importante de la respuesta a esa pregunta. En definitiva, la estabilidad económica es tal vez el factor más importante, pero este, a su vez, está estrechamente vinculado con la oportunidad educativa. El grado de escolaridad guarda una íntima relación con mejores perspectivas económicas, una familia más pequeña y sana, y una mejor nutrición y salud en general.

En los países en desarrollo de la Región, la educación de la mujer de edad mediana o avanzada es obviamente inferior a la del hombre en términos de cantidad y calidad. En ocho países de América Latina sobre los que existen datos relativos al porcentaje de quienes terminan por lo menos la escuela primaria, solo en el Paraguay y el Uruguay el número de mujeres excedió del de hombres. En Cuba, Brasil, Colombia, Perú, Panamá, Costa Rica y Guatemala, el porcentaje de hombres de edad mediana (45-59 años) osciló entre 31,4 y 70,9% en las zonas urbanas y 4,7 y 32,0% en las rurales. El porcentaje de mujeres del mismo grupo de edad osciló entre 25,2 y 67,5% en las zonas urbanas y 2,9 y 17,4% en las rurales. El porcentaje de hombres de edad avanzada (60-74 años) que terminaron por lo menos la escuela primaria osciló entre 26,4 y 58% en las zonas urbanas y entre 3,2 y 13,0% en las rurales. El porcentaje de mujeres de ese grupo de edad osciló entre 22,6 y 53,0% en las zonas urbanas y entre 1,7 y 9,0% en las rurales (21).

Las tasas medianas de alfabetismo de la mujer mayor de 10 años en 1980 en los mismos países osciló entre 90% en las zonas urbanas de los países muy urbanizados y 41%

Cuadro 2. Porcentaje y frecuencia de hogares habitados por una sola persona, por edad, sexo y país.

País	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	60-64 (N)	80+ (N)	60-64 (N)	80+ (N)
Costa Rica (zonas urbanas)	4,3 (3)	2,9 (1)	4,1 (5)	15,9 (7)
Chile (comunas de transición)	1,0 (1)	2,2 (1)	5,6 (9)	8,9 (7)
Argentina (Buenos Aires)	2,7 (4)	10,3 (4)	10,1 (19)	20,6 (14)
Argentina (otras cinco ciudades)	6,1 (30)	10,3 (12)	12,0 (82)	23,3 (71)
Guyana	14,0 (7)	40,0 (8)	4,9 (4)	20,0 (10)
Trinidad y Tabago	10,1 (11)	23,7 (9)	8,3 (10)	24,5 (12)

Fuente: (16-20).

en las zonas rurales de los predominantemente rurales. Sin embargo, las tasas de alfabetismo son decepcionantes, puesto que no representan la clase de instrucción necesaria para poder conseguir empleo. Aptitudes como facilidad para las matemáticas y profundos conocimientos teóricos y prácticos de lectura y escritura no son parte de las campañas de alfabetización. Tampoco son la norma en la instrucción primaria de la mujer, que a menudo se realiza en forma de adiestramiento para una función prevista de esposa y madre y constituye una preparación inadecuada para participar en el sistema económico estructurado.

En los países desarrollados de la Región, aunque hay menos discrepancia entre el grado de instrucción del hombre y de la mujer, todavía existe una gran diferencia entre el grado de instrucción de las personas mayores y de las jóvenes: 49% de las mujeres mayores de 65 años en los Estados Unidos terminaron la escuela secundaria, en comparación con 86% de las mujeres de 25 a 44 años; las tasas correspondientes a los hombres fueron muy similares a las de las mujeres (22).

En toda la Región, la mujer mayor tiene pocas posibilidades de devengar ingresos cuando su grado de instruc-

ción y sus habilidades son marginales. Aun cuando hay trabajo en el sector estructurado, la nueva tecnología exige nuevo adiestramiento y la mujer de edad avanzada es forzada a retirarse del trabajo por la mujer joven, que tiene mayores habilidades y menos antigüedad y que, por tanto, no necesita ser tan bien remunerada.

En el Cuadro 3 se indica la discrepancia entre las mujeres y los hombres en la fuerza de trabajo estructurada. Se presentan las proyecciones correspondientes a cinco grupos de edad de 25 a 65 años en 1980 y el año 2000. En ese cuadro se observan varias cosas. En cada grupo de edad, las tasas de participación de los hombres son mayores que las de las mujeres en el sector formal en proporción de 2 a 1, por lo menos. La participación de la mujer se reduce mucho más rápido con la edad en comparación con la del hombre hasta que, a los 65 años y más, la diferencia es de más de 5 a 1. La rápida disminución de la actividad económica formal con la edad apoya la afirmación previa de que las dificultades que afronta la mujer de edad avanzada con poca escolaridad la obligan a salir del sector estructurado o impiden su ingreso inicial.

Cuadro 3. Tasas proyectadas de actividad económica por sexo en edades seleccionadas, 1980 y 2000, América Latina.

Edad	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	1980	2000	1980	2000
25-29	94,8	94,3	35,1	40,1
35-39	96,3	96,2	32,2	35,9
45-49	93,2	92,8	28,9	31,2
55-59	82,8	80,2	21,0	17,4
65+	41,3	27,6	8,1	4,6

Fuente: (23).

Aun cuando logra recibir el adiestramiento formal exigido, la mujer debe vencer grandes obstáculos para competir con el hombre por el mismo cargo. Aunque la situación es similar en toda la Región, un ejemplo de Chile es particularmente revelador. Chile, al igual que el Uruguay, es un país donde la mujer tiene una ventaja educativa sobre el hombre en las zonas urbanas y rurales. Aun así, cuando se examina la relación existente entre el ingreso y la educación, se observa que cuanto mayor sea el grado de instrucción, mayor será el ingreso que recibe el hombre en comparación con la mujer. Por tanto, en 1979, un hombre con un grado básico o nulo de escolaridad ganaba 71% más que una mujer en las mismas condiciones. La educación secundaria aumentó esa diferencia a 84%, y un grado universitario mostró que el hombre ganaba, en promedio, 191% más que la mujer (24, pág. 23).

Por no poder encontrar empleo en el sector estructurado, muchas mujeres recurren al trabajo en el sector informal, que presenta menos barreras para el ingreso, pero que reporta mucha menos ganancia económica. El sector informal también permite atender la necesidad que tiene la mujer de edad avanzada de equilibrar las funciones de reproducción, prestación de asistencia y mantenimiento del hogar, que le han impuesto su cultura y sociedad, con la de generación de ingresos. Las mujeres de los países desarrollados y en desarrollo de la Región, a menudo optan por un trabajo temporal de tiempo parcial en campos en que las aptitudes exigidas son una extensión de su papel de ama de casa. Los servicios relacionados con la preparación de alimentos, los quehaceres domésticos y el cuidado de otras personas son oficios escogidos con frecuencia. La remuneración de esos oficios no solo es muy inferior a la del trabajo realizado típicamente por los hombres, sino que su naturaleza esporádica e informal impide que la mujer acumule suficientes ahorros o crédito para poder participar en un programa de pensiones de seguridad social para la vejez.

En el Cuadro 4 se presentan algunas de las diferencias de la clase de trabajo hecho por las mujeres y los hombres y la forma en que se han introducido cambios en los 30

años comprendidos entre 1950 y 1980. Se indica la actividad de hombres y mujeres por sector y el cambio porcentual que ha tenido lugar; los tres sectores principales son agricultura, industria y servicios. La oportunidad económica para hombres y mujeres se ha reducido en el sector agropecuario como resultado de cambios trascendentales en el uso y la distribución de la tierra. Sin embargo, los hombres han aumentado su participación en el sector industrial casi lo suficiente para compensar la disminución en el de agricultura. Además, ahora participan más en el sector de servicios, principalmente en cargos de nivel superior en restaurantes, bancos y centros de ventas. La participación de la mujer en la agricultura y en la industria ha disminuido, con un aumento consiguiente en el sector de servicios. Aunque este es el único sector en que se realiza la mayor parte de la actividad laboral informal, esa clase de actividad no se cuenta por lo general y, por tanto, se excluye de este aumento. La mujer con un cierto grado de escolaridad trabaja en los niveles inferiores del sector de servicios, en puestos de mucama de hotel, oficinista, vendedora y sirvienta de restaurante, que representan casi todo el aumento citado.

Una mujer jefe de familia en ese caso está en una situación excepcionalmente vulnerable que la expone a la indigencia y a depender de la familia en la vejez. Los marcos hipotéticos de este tipo han llevado a la conclusión inevitable de que la mujer de edad avanzada tiene posibilidades de convertirse en la más pobre de los pobres.

LA SALUD DE LA MUJER DE EDAD AVANZADA

Las tensiones acumuladas durante toda una vida de nutrición inadecuada, muchos hijos y embarazos a intervalos cortos, y una doble o triple carga de trabajo a menudo ocasionan el envejecimiento prematuro de la mujer en las regiones en desarrollo de las Américas. Eso se manifiesta en la aparición temprana de varios problemas crónicos de salud física, como hipertensión, diabetes y artritis.

Cuadro 4. Porcentaje de la población económicamente activa por sector y sexo, 1950 y 1980, y cambio porcentual en América Latina.

Año	Sexo					
	Hombres			Mujeres		
	Agricultura	Industria	Servicios	Agricultura	Industria	Servicios
1950	59,0	18,8	22,2	27,4	22,6	49,6
1980	38,0	28,0	34,0	14,6	19,8	65,6
Cambio porcentual, 1950-1980						
	-35,7	48,9	53,7	-46,7	-12,4	31,4

Fuente: (23).

Si bien en los países industrializados de la Región la carga física para la mujer a medida que envejece tal vez no sea tan abrumadora, ella sufre problemas de salud muy similares. Aunque el orden varía de un país a otro, las cinco causas principales de defunción de la mujer mayor de 65 años en las regiones desarrolladas y en desarrollo son cardiopatía, cáncer, apoplejía, diabetes, e influenza y neumonía. Se examinarán con detalle varias afecciones determinadas que muestran marcadas diferencias de género.

Problemas osteomusculares

La artritis y la osteoporosis son trastornos que afectan desproporcionadamente a la mujer de edad avanzada. La artritis parece manifestarse como uno de los síntomas de envejecimiento prematuro de la mujer en las zonas en desarrollo (25). Las articulaciones se pueden dañar al levantar objetos pesados, tirar y cargar, lo que ocasiona un mayor grado de invalidez y reduce la capacidad de trabajo de la mujer a medida que envejece.

La osteoporosis se refiere a la pérdida excesiva de tejido óseo que predispone a fracturas de la columna vertebral, la cadera y los huesos largos de los brazos y de las piernas. El desgaste óseo es un hecho normal en personas de ambos sexos después de los 30 años, pero se acelera rápidamente en la mujer cuando pierde el efecto protector del estrógeno, la hormona femenina, después de la menopausia. La osteoporosis se puede exacerbar por falta de calcio en la alimentación durante toda la vida de la mujer. Una cantidad suficiente de ese mineral es indispensable para el crecimiento óseo normal, ya que en la edad adulta no se pueden corregir las deficiencias originadas en la infancia (2). Por tanto, la mujer de edad avanzada que ha estado desnutrida toda su vida está expuesta a un mayor riesgo de esa afección después de la menopausia.

Aunque la osteoporosis puede causar dolor y deformidad, en sí, no amenaza la vida. Sin embargo, las fracturas que produce a menudo en caso de caídas, aceleran la muerte. Los patrones de mortalidad general indican que solo 17% de las defunciones de hombres pero casi 50% de las de mujeres ocasionadas por violencia se producen después de los 65 años. El principal factor contribuyente a esa estadística son las caídas accidentales (26, 27). Con frecuencia, aunque la caída propiamente dicha no sea mortal, la inactividad causada por la hospitalización o la necesidad de inmovilizar una extremidad a menudo provoca neumonía, otra importante causa de defunción de la mujer de edad avanzada.

Diabetes

La incidencia de diabetes en la mujer de edad avanzada en las Américas se ha acrecentado, particularmente en los

países en desarrollo, hecho que coincide con el aumento de la obesidad, previamente señalado. En general, el número de defunciones de mujeres por esta enfermedad es el doble del observado en los hombres. Sin embargo, a diferencia de algunas otras causas de defunción, los efectos de la diabetes se sienten mucho antes de que muera la persona. Entre los efectos más comunes de los casos de diabetes mal controlados, a la larga, están la ceguera y la pérdida de extremidades por deficiencia de la circulación periférica. Una discapacidad de esta magnitud para las mujeres que tratan de mantener su independencia puede ser devastadora.

Cáncer

Pese a que la incidencia de cáncer de pulmón en la mujer ha aumentado, y a que las mujeres de edad avanzada de la Región sufren diferentes clases de cáncer, los sitios más comunes son el cuello uterino y la mama. Como en el caso de las clases de cáncer particulares de cada sexo, se ha prestado mucha atención a estas dos causas de defunción. Se sabe lo suficiente sobre los factores predisponentes y las estrategias de prevención y tratamiento más satisfactorias, de manera que la mortalidad prematura por esa causa podría reducirse con intervenciones acertadas (28). Véase una discusión más detallada del tema en el trabajo de Helena E. Restrepo que comienza en la página 98.

Estado general de salud

Algunos de los hallazgos más persistentes en los países desarrollados y en desarrollo de la Región se centran en que las mujeres consultan al médico con más frecuencia que los hombres y sufren enfermedad crónica y discapacidad funcional por un período más prolongado. Por otra parte, los hombres son hospitalizados más a menudo por enfermedades graves que causan mayor discapacidad permanente y muerte prematura (2, 29). Las cinco encuestas sobre las necesidades de las personas de edad avanzada realizadas por la OPS, de cuyos datos se dispone, confirman generalmente esos hallazgos en América Latina y el Caribe de habla inglesa. Sin embargo, ofrecen muchos datos útiles sobre las diferencias existentes entre los países y los matices de interpretación, según las actividades consideradas. Uno de los problemas que señalan es la posible confusión de la edad y del sexo. Por ejemplo, en Costa Rica y Chile, la edad parece ser un factor más pertinente que el sexo cuando se trata de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Tanto los hombres como las mujeres mayores de 80 años sufrieron muchas más dificultades. En Guyana, también se confundieron la edad y el sexo. Sin embargo, una diferencia interesante estuvo en que

cuando se necesitó ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, solo 2% de los hombres y aproximadamente 5% de las mujeres declararon que carecían de ella. Trinidad y Tabago y la Argentina siguieron el patrón más común, con un mayor porcentaje de hombres que de mujeres en los grupos de edad que declararon que no necesitaban ayuda en las actividades de la vida diaria (16-20).

Se han formulado varias hipótesis para explicar esas diferencias. Entre estas cabe señalar el menor riesgo de contraer enfermedades graves que tiene la mujer por exposición al ambiente y a factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo y el alcoholismo; la mayor ventaja biológica intrínseca de la mujer, con excepción de los riesgos que presentan los problemas reproductivos crónicos en época avanzada de la vida; la mayor conciencia que tiene la mujer de los riesgos para la salud y el reconocimiento rápido de cualquier amenaza a esta proveniente de la responsabilidad del cuidado de la familia, y la conducta de la mujer que la lleva a notificar los problemas de salud de una forma más completa y detallada, lo que permite un mejor diagnóstico y tratamiento (29, 30). Pese a que estas hipótesis emanaron de observaciones e investigaciones hechas en los Estados Unidos y el Canadá, parecen ser apropiadas para América Latina y el Caribe. En definitiva, la socialización orientada hacia funciones masculinas y femeninas puede dar cuenta de gran parte de la variación observada en todas las diferencias, excepto en las biológicas intrínsecas. Verbrugge afirma que cuanto mayor sea la influencia de los factores psicosociales en la fecha de incidencia, la duración y la frecuencia de una enfermedad, mayores serán las diferencias en la respuesta o actuación en materia de salud de cada sexo (29). Estos factores tienen gran importancia para la planificación de diferentes estrategias preventivas destinadas a los hombres y mujeres ancianos de la Región, ya que su adhesión a normas y valores culturales tradicionales suele ser aún más fuerte que la de los adultos jóvenes y los niños.

EFFECTOS PSICOLOGICOS

La tensión que entraña soportar 60 años o más de subordinación sexual, funciones múltiples, jornadas de trabajo dobles y triples, responsabilidad sin autoridad, prestación continua de asistencia, enfermedades crónicas y, a menudo, abuso físico, también expone a la mujer a un riesgo muy alto de problemas psicológicos en época avanzada de la vida (Moscarello, R., comunicación personal, junio de 1990 y [31]). Además, el espectro de la pobreza se cierne más sobre la mujer a medida que envejece, por la viudez y la cobertura inadecuada del sistema de seguridad social. La relación entre la pobreza y la enfermedad psiquiátrica está bien documentada (32). Se estima que de las personas mayores de 65 años que viven solas en los Es-

tados Unidos, 26% de las mujeres blancas, 48% de las hispanas y 60% de las negras viven en la pobreza (31).

Se cree que las funciones múltiples y la necesidad de prestar asistencia y apoyo informal a otros que desempeñan esa misma labor provocan en la mujer una conciencia elevada o una actitud de "hipervigilancia" (Paltiel, F., comunicación personal, junio de 1990). Eso, a su vez, la hace vulnerable al "contagio del estrés", con lo que reacciona a los acontecimientos que perturban la vida de otros como si se tratara de sí misma (31).

La manifestación más común de esa clase de estrés en la mujer de edad avanzada es la depresión. Esta puede ser una afección muy grave y debilitante, que causa síntomas físicos como perturbación del sueño, fatiga crónica, dolor de cabeza, problemas digestivos y síntomas relacionados con el comportamiento como ansiedad, desesperación, imposibilidad de concentrarse y lapsos de la memoria. Boyd y Weissman afirman que la mujer tiene el doble de posibilidades de recibir un diagnóstico de depresión en comparación con el hombre, y estiman que las tasas de prevalencia durante toda la vida son de 8 a 12% en el hombre y de 20 a 26% en la mujer (33).

El tratamiento de la depresión puede causar más problemas de los que resuelve, al introducir el efecto paliativo de los medicamentos a situaciones que a menudo exigen soluciones sociales más que médicas. Los estudios comunitarios revelan que se recetan medicamentos psiquiátricos a 25% de las mujeres, pero solo a 10% de los hombres tratados por depresión. El tratamiento medicamentoso no está exento de riesgos. Además de los posibles efectos secundarios y de la interacción con otros medicamentos que pueden estar tomando las personas de edad avanzada para el tratamiento de enfermedades crónicas simultáneas, las concentraciones terapéuticas y tóxicas de la dosis a menudo son bastante similares, y una dosis excesiva puede producir los mismos síntomas de depresión que se pretende aliviar (34).

CONCLUSIONES

Los esfuerzos por mejorar la salud y la situación socioeconómica de la mujer de edad avanzada suelen concentrarse en uno o dos aspectos de su situación, en lugar de considerarla de una forma más general. Por ejemplo, Doty afirma llanamente que "por lo que se sabe hoy en día, es imposible prevenir la mayoría de las enfermedades e impedimentos que afectan a las personas de edad, sobre todo a la mujer (35, pág. 288). Doty no está en lo cierto. Hay estrategias de prevención de muchas enfermedades crónicas, pero no se han unido a estrategias igualmente eficaces destinadas a reducir la desigualdad entre los hombres y las mujeres que ha penetrado las esferas sociales y económicas y, en realidad, toda la cultura.

Se requiere que las sociedades obren con solidaridad y respalden la clase de cambios trascendentales que se necesitan. Sin voluntad social tampoco hay voluntad política de los gobiernos nacionales y fracasan los intentos fragmentados por mejorar la situación de la mujer. Debe dejarse en claro que los cambios fundamentales necesarios beneficiarán a todos los segmentos de la sociedad. Un informe preparado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, pese a destinarse particularmente al Tercer Mundo, se refiere directamente al problema de las necesidades de la mujer de edad avanzada en las Américas (33):

"...el empeño puesto en mantener la salud de la mujer de edad avanzada, sumado a su aporte económico, hará mucho por mantener y mejorar la estabilidad de la familia, las estructuras comunitarias y la calidad de la vida de todos los segmentos de la población... (36, pág. 46)".

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas, 1990.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990, vol. 1. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 524.
- (3) Suzman, R. y Riley, M. W. Introducing the "oldest old". *Milbank Mem Fund Q* 63(2):177-186, 1985.
- (4) Abel, E. K. Family care of the frail elderly: Framing an agenda for change. *Women Studies Q*, 75-86, 1989.
- (5) Gurney, M. y Gorstein, J. The global prevalence of obesity — An initial overview of available data. *World Health Stat Q* 41:251-253, 1990.
- (6) Hagestad, G. O. Older women in intergenerational relations. En: Haug, M.R., Ford, A.B. y Sheafor, M. *The Physical and Mental Health of Aged Women*. Nueva York, Springer, 1985, págs. 137-151.
- (7) Mesfin, E., Sinha, D. P., Jutsum, P. J., Simmons, W. K. y Eldemire, D. *Nutritional Status, Socio-economic Environment and the Lifestyle of the Elderly in August Town*, Kingston, Jamaica. Kingston, Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales, 1984.
- (8) Chaney, E. *Scenarios of hunger in the Caribbean: Migration, decline of smallholder agriculture and the feminization of farming*. Working Paper No. 18, Women in Development, East Lansing, Michigan State University, 1983.
- (9) Elu de Leñero, M. C. *Reporte del primer encuentro regional sobre la mujer y la salud*. Colombia, 1984.
- (10) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Patterns of sex differentials in mortality in less developed countries. En: López, L. D. y Ruzicka, L. T. (eds.). *Sex Differentials in Mortality: Trends, Determinants and Consequences*. Miscellaneous Series No. 4, Department of Demography, Australian National University, Canberra, 1983, págs. 477-492.
- (11) DeMayer, E. y Adiels-Tegman, M. Prevalence of anaemia in the world. *World Health Stat Q* 38:302-316, 1985.
- (12) Gómez, E. G. *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- (13) De Vos, S. Extended family living among older people in six Latin American countries. *J Gerontol Soc Sci* 45:S87-S94, 1990.
- (14) Montgomery, R. J. V. y Datwyler, M. M. Women and men in the caregiving role. *Generations* 14:34-38, 1990.
- (15) Kasper, J. D. Aging alone: Profiles and projections. Report of the Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 1988.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. *A Profile of the Elderly in Trinidad and Tobago*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Serie de Cuadernos Técnicos 22.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. *A Profile of the Elderly in Guyana*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Serie de Cuadernos Técnicos 24.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. *A Profile of the Elderly in Argentina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Serie de Cuadernos Técnicos 26.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. *A Profile of the Elderly in Costa Rica*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990. Serie de Cuadernos Técnicos 29.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *A Profile of the Elderly in Chile*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990. Serie de Cuadernos Técnicos 30.
- (21) Sennott-Miller, L. La situación de salud y socioeconómica de las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas, 1990, págs. 3-134.
- (22) Torrey, B. B., Kinsella, K. y Taeuber, C. M. An aging world. International Population Report Series P-95, No. 78, Bureau of the Census, Washington D.C., United States Government Printing Office, 1987.
- (23) Organización Internacional del Trabajo. *Economically active population. 1960-2025, Latin America*, vol. 3. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1986.
- (24) Organización Internacional del Trabajo. Discrimination in work in Latin America. *Women at Work* 1:22-23, 1984.
- (25) León, M. La trabajadora invisible: condiciones de salud de la trabajadora doméstica en Colombia. En: Organización Panamericana de la Salud. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas, 1990, págs. 383-397.
- (26) López, A. D. Causes of death: An assessment of global patterns of mortality around 1985. *World Health Stat Q* 43:91-104, 1990.
- (27) Gibson, M. J. Falls in later life. En: Kane, R. L., Evans, J. G. y Macfadyen, D. (eds.). *Improving the Health of Older People: A World View*, págs. 296-314. Oxford, Oxford University Press, 1990.
- (28) Restrepo, H. El cáncer femenino [Female cancer]. En: *Actas del Primer Encuentro Nacional Mujer, Salud y Desarrollo*. Buenos Aires, 1983, págs. 87-93.
- (29) Verbrugge, L. M. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *J Health and Soc Behav* 26:156-182.
- (30) Lewis, M. L. Older women and health: An overview. *Women and Health* 10(2-3):1-16, 1985.
- (31) Russo, N. F. Forging research priorities for women's mental health. *Am Psychol* 45(3):368-373, 1990.

(32) Belle, D. Poverty and women's mental health. *Am Psychol* 45 (3):385-389, 1990.

(33) Paltiel, F. L. Women and mental health: A post-Nairobi perspective. *World Health Stat Q* 40:233-266, 1987.

(34) Travis, C. B. *Women and Health Psychology*. Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

(35) Doty, P. Health status and health services use among older women: An international perspective. *World Health Stat Q* 40:279-290, 1987.

(36) Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. *Strengthening women: Health research priorities for women in developing countries*. Washington, D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 1989.

SALUD Y SEXUALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GENERO

Stella Cerruti Basso¹

¿Constituye la sexualidad humana un problema de salud? ¿Influye en el modo y la calidad de vida de las personas? ¿Puede la pertenencia a uno u otro sexo y lo que ello apareja para cada ser humano constituir una situación de riesgo específico para la salud, más allá del vinculado al proceso reproductivo? En caso afirmativo, ¿qué causas han determinado la marginación de los aspectos relativos a la sexualidad humana del ámbito de los programas de salud? ¿Qué elementos debieran tenerse en cuenta para su incorporación en el contexto de la salud integral de las personas?

A partir de estos interrogantes se intentará reflexionar acerca de algunos aspectos soslayados por el enfoque biomédico tradicional de la salud, y se particularizará en la problemática de la salud de la mujer.

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

En primer lugar se definirán los términos del binomio a fin de precisar el marco de las categorías de análisis. Se parte del concepto de "salud integral" establecido por la OMS, entendido como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (1). Este enfoque, que dimensiona la condición humana, se proyecta y dinamiza mediante las estrategias de atención primaria de salud consolidadas en Alma-Ata (1). En ellas adquieren relevancia los aspectos de promoción y prevención, poniéndose de relieve la calidad de la vida. También se destacan como necesarios la activa participación de la comunidad, el enfoque mul-

tidisciplinario y la incorporación de muy diversos sectores en la construcción de la salud de la población, más allá del sector salud.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (2) se considera que la buena salud es una dimensión importante de la calidad de la vida, destacándose una serie de requisitos que implican intervención multisectorial. Se señala que la promoción se centra en alcanzar la equidad, dirigiendo su acción a reducir las diferencias en el estado actual y a asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a toda la población los medios de desarrollar al máximo su salud potencial. Se realza, también, la significación del estilo de vida en la salud, planteando que esta se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Del mismo modo, se asigna gran valor a los cuidados que cada persona pueda dispensarse a sí misma y a los demás, así como a la capacidad de tomar decisiones y de asegurar que la sociedad en que uno viva ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

La sexualidad humana se define como una "forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo" (3, 4). Como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen las vertientes antes mencionadas y es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está influido por el contexto histórico-social en que se desarrolla (4).

Es importante destacar los aspectos cualitativos que confieren matices muy específicos al fenómeno de la sexualidad humana, haciéndolo único e intransferible a otras especies (5). Estos rasgos son los siguientes:

- Placentero: contribuye al bienestar individual, al enriquecimiento de la personalidad y al desarrollo del vínculo con los otros.

¹ Asesora del Grupo de Trabajo de Educación Sexual de la Administración Nacional de Educación Pública del Uruguay y coordinadora del trabajo conjunto con la OPS en el tema desde 1987. Integrante del grupo de trabajo que ejecuta el Programa de Educación para la Salud en la Adolescencia en la Educación Secundaria del Uruguay.

- **Afectivo:** la capacidad de amar constituye un componente eminentemente humano y es un elemento sustantivo en la trascendencia del vínculo.

- **Comunicacional:** es la forma de comunicación de mayor profundidad entre los seres humanos.

- **Creativo:** como fuente de expresión integral de las personas, potencia la capacidad de creación, en la que intervienen elementos estéticos y lúdicos.

- **Etico:** se define a partir de una dialéctica de valores sustentada en los derechos humanos.

- **Procreativo:** esta posibilidad se destaca como el logro extraordinario de dos personas que consciente, libremente y con responsabilidad compartida asumen la creación de un nuevo ser.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Como fuente de placer y de bienestar resulta un elemento enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo familiar y en lo social (6). Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, en la multiplicidad de su potencialidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo, entre otros.

El concepto de salud sexual propuesto por un Comité de Expertos de la OMS, reunido en Ginebra en 1974, se plantea como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (7). La integralidad de este concepto supera a los aspectos reproductivos o patológicos, únicos considerados “lícitos” para ser tratados por los servicios de atención de salud. Enfatiza los componentes afectivos, placenteros y relativos a la comunicación que, sin duda, repercuten significativamente en el estilo y la calidad de vida de las personas. De esta forma transciende una concepción patriarcal que ha desvirtuado la sexualidad humana y permeado tradicionalmente las ciencias médicas (8). Los criterios actuales aparecen como expresión de las nuevas tendencias en las ciencias de la salud y están acordes con los principios de la bioética (9).

De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en los planos somático, psicológico o social.

ALCANCE DEL TEMA

El análisis profundo de la problemática sexualidad-salud de la mujer excedería con creces los límites de este traba-

jo, pues implicaría una labor multidisciplinaria que incluyera los siguientes componentes: 1) valorar y analizar las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder al ejercicio pleno y satisfactorio de su sexualidad y la forma en que estas inciden en su calidad de vida y, por ende, en su salud; 2) profundizar en el estudio sobre la manera en que las condiciones de vida y algunas circunstancias vinculadas más al transcurso vital que a enfermedades específicas repercuten en la posibilidad de asumir y vivir plenamente la sexualidad, y 3) analizar qué lugar se asigna a la sexualidad en los programas de salud y replantear las bases ideológicas que sustentan la atención que se brinda a las mujeres en los servicios de salud.

En este trabajo solamente se aportarán algunas ideas para reflexionar acerca de la repercusión del rol de género en la salud de la mujer, con referencia específica al cuidado y al mantenimiento de la propia salud desde una óptica de promoción e integralidad. Para ello se ofrecen elementos extraídos de la práctica asistencial y del quehacer educativo de la autora, junto con integrantes del equipo de salud, docentes de distintos niveles de la enseñanza, y grupos de trabajo con mujeres, varones, parejas y adolescentes, a lo largo de más de dos décadas. Se intentará establecer nexos con numerosos trabajos vinculados con esta temática y se planteará, por último, cómo debiera incorporarse en el contexto de la promoción de la salud, una educación de la sexualidad que apunte a mejorar la calidad de la vida de los seres humanos.

GENERO Y SALUD. UN BINOMIO PARA REPLANTEAR

Proceso de adquisición de la identidad sexual

El análisis del proceso de “sexuación” —entendido como el proceso por el cual se constituye un ser humano varón o mujer y en el que se determinan sus comportamientos como seres sexuados— resulta necesario para redimensionar las interrelaciones del binomio género-salud. Es, sin duda, un complejísimo proceso de elaboración mediante el cual se estructura la identidad sexual de los seres humanos y en el que se conjugan íntimamente aspectos biológicos, psicoafectivos y socioculturales, entre otros.

La identidad sexual se entiende como la parte de la identidad total de las personas que posibilita el reconocerse, aceptarse y actuar como seres sexuados y sexuales (10). Algunos autores (11-13) sostienen que la sexualidad es el elemento organizador de la identidad total de las personas. Este proceso cobra significación capital en la adolescencia, donde el logro de tal identidad se considera el objetivo central.

La constitución de la identidad total, es decir, la posibilidad de que cada ser humano perciba su “mismidad” (14), resulta un hecho básico para la salud mental (15, 16). Esta identidad pautará, al mismo tiempo, la ubicación de cada ser humano en el mundo y las relaciones consigo mismo y con los demás; será también un elemento determinante de su forma de vida y de los comportamientos y conductas que asuma en materia de salud. Al parecer, también estos últimos comportamientos se consolidan en la adolescencia, razón por la cual esta etapa se considera como un momento privilegiado para la educación en salud (17).

La identidad sexual está constituida por tres componentes que es preciso reconocer y diferenciar:

- **Identidad de género:** es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo, más allá de sus características cromosómicas y somáticas.
- **Rol de género:** es la expresión de masculinidad o femineidad de un individuo, acorde con las reglas establecidas por la sociedad.
- **Orientación sexual:** se refiere a las preferencias sexuales en la elección del vínculo sexo-erótico.

Con frecuencia estos tres aspectos se confunden entre sí, lo que origina dificultades en la comprensión de la expresión sexual humana. Si el manejo inadecuado es realizado por parte de los integrantes del equipo de salud, puede ser origen de yatrogenia con diverso grado de repercusión en la vida de las personas (8-18).

Rol de género y salud

Por lo general, el rol de género estructurado en el proceso de socialización resulta común a los integrantes de cada grupo y sociedad en un momento histórico determinado. El control social existente hace que cuando alguien no cumple con el rol asignado se lo sancione por medio del rechazo, la burla o la marginación.

Considerar el rol de género como categoría de análisis al valorar los datos de salud de una población posibilita aportar una nueva perspectiva al estudio epidemiológico y aproximarse a la comprensión de las situaciones del diario vivir que pueden actuar condicionando riesgos (19, 20). Una vez establecidas es posible realizar un trabajo de educación para la salud incorporando la sexualidad y revisando en qué valores se sustentan estos comportamientos, y promover el desarrollo de un pensamiento crítico como base de cambios.

Los elementos de la cotidianidad que conforman el modo de vida de las personas con el transcurso del tiempo han escapado a las ciencias médicas. No han sido aprehendidos tampoco en el quehacer asistencial y, aunque resca-

tados y llevados a desempeñar un papel protagónico por los programas de promoción y prevención, no acaban de ser convalidados en la práctica institucional. Tampoco constituyen aspectos primordiales en los distintos “programas de salud de la mujer”, donde el acento está puesto especialmente en factores biomédicos relativos a la salud materna.

La relación entre las condiciones de vida de la mujer vinculadas a su desempeño del rol de género y a su salud, han sido objeto de estudio y de trabajo permanentes por parte del movimiento feminista y de grupos alternativos de salud de la mujer. Desde la perspectiva de estos grupos se ha reconocido una etiología común que trasciende la individualidad y explica e implica, a la vez, “formas comunes de enfermar” (21). Al mismo tiempo se ha teorizado acerca del lugar desde el cual se realiza la construcción de la subjetividad femenina, destacándose el papel central que desempeña la maternidad como elemento de identificación de las mujeres (22-25). Estos grupos han trabajado, también, sobre las dificultades relacionadas con la autoestima, la autoafirmación y el manejo del cuerpo (26, 27), y han interpretado situaciones críticas que, en materia de salud, afectan a la mujer, vinculándolas a circunstancias y procesos que tienen lugar dentro del transcurso vital (28-32).

Es lamentable que hasta este momento no exista una interacción real entre las instituciones de salud y los grupos de mujeres, interacción que mejoraría significativamente la calidad de la atención prestada.

El impacto de la socialización de género sobre la salud

Los patrones de socialización diferenciados por sexo, a pesar del énfasis con que han sido cuestionados en los últimos tiempos, continúan siendo una realidad en la Región. La profundidad de su arraigo hace que ellos persistan en el trato a los niños, aun en aquellas familias que previamente suscribieron la idea de evitar estereotipos de género (10).

Sin duda el hogar, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto, todavía aportan rígidas representaciones de lo que es “ser varón” y “ser mujer”, las cuales van estructurando el rol de género desde el momento mismo de la concepción y llevan implícitos criterios francamente discriminatorios.

Todavía se aprecia en la práctica clínica que el hijo varón sigue siendo “confirmatorio de la virilidad paterna”, y que el tamaño de sus genitales externos se asocia con su “futura potencia”. Las preferencias por el hijo varón y la forma en que su búsqueda influye en el número de nacimientos de la pareja han sido señaladas en numerosos trabajos en distintas regiones del mundo (33). Otras

investigaciones, que por cierto no pueden generalizarse, señalan un trato diferenciado en el aporte nutricional que se ofrece a niñas y varones, así como mayores cuidados en caso de enfermedad de los varones, lo que se expresaría en un menor tiempo en acudir a la consulta desde el inicio de los síntomas (33).

Más allá de estas situaciones obviamente discriminatorias, el trato que se brinda a niñas y varones en el núcleo familiar es claramente diferenciado. Mediante incentivos lúdicos, en los varones se favorece la adquisición de mayor fuerza y motricidad, y se promueve un mayor dominio del espacio y de la técnica así como una mayor integración grupal. Las niñas, por el contrario, muchas veces ven limitados sus movimientos por las ropas, y los juegos que se les ofrecen están, con gran frecuencia, vinculados a las tareas domésticas y al desarrollo de habilidades referidas a su presentación personal.

El conocimiento y el manejo corporal que se posibilita a niñas y varones está pautado por los mismos valores. Se confiere mayor permisividad al varón, quien se encuentra francamente familiarizado con el cuerpo, cosa que su anatomía facilita. El desconocimiento que las niñas tienen de su cuerpo y de sus genitales, y que continúa a lo largo de la vida, resulta alarmante. Son frecuentes las consultas de madres con hijas adolescentes, preocupadas por el crecimiento de los labios menores vulvares, confundiendo con alteraciones patológicas que, con frecuencia, atribuyen a la masturbación. Las dificultades que presentan muchas mujeres adultas para realizar el autoexamen de las mamas, observar sus genitales o utilizar medios anticonceptivos que requieren la manipulación de los mismos, se originan, en muchos casos, en patrones educativos muy rígidos que adscriben al cuerpo zonas "aceptables", y zonas "prohibidas", inabrazables e inexplorables.

Acceder al autocuidado de la salud y al disfrute de la sexualidad requiere una apropiación y legitimación del cuerpo, para lo que es preciso superar aspectos ideológicos que desestimulan el conocimiento del mismo y lo asocian con elementos de suciedad y pecado (27).

Desde la infancia se va pautando también la expresión de los sentimientos. A los varones se les exige que no demuestren su sensibilidad y se les brinda menos ternura que a las niñas, a quienes se les permite ser más dulces, cariñosas y demostrativas. Esta situación puede generar dificultades más tarde, en el vínculo afectivo y en las posibilidades de comunicación de los sentimientos. En muchas ocasiones, estos aspectos están en la base de las disfunciones sexuales que enfrenta la pareja (10-18).

Respecto a los comportamientos, a las niñas se les pide docilidad, obediencia, respeto y preocupación por los demás, mientras que a los varones se los impulsa a la acción y se fomenta en ellos la competitividad y la capacidad para tomar decisiones.

En un trabajo de educación de la sexualidad realizado con más de 2000 adolescentes en distintos países de la Región se encontró la vigencia de los siguientes mitos y tabúes comunes referidos a la femineidad y la masculinidad. Gran cantidad de estudios sobre el tema realizados en diversos países de la Región muestran conclusiones similares.

"La masculinidad se demuestra por el vigor físico y la reciedumbre en los modales".

"La sensibilidad, dulzura y afecto son condiciones típicamente femeninas".

"La mujer tiene menos necesidades sexuales que el hombre, es pasiva".

"El tamaño de los genitales se asocia con la potencia sexual".

"La mujer, si no se casa y tiene hijos, es una persona frustrada".

"El hombre no necesita ternura y es naturalmente menos sensible que la mujer".

"La virginidad es un signo de pureza en la mujer" y, paradójicamente, "para ser moderna e independiente la mujer debe obligatoriamente mantener relaciones sexuales".

Sin duda todos estos elementos influyen notablemente en la conformación de la autoimagen y repercuten en los distintos comportamientos.

Las investigaciones realizadas por Telma Reca *et al.* coinciden con estos planteos (14). El trabajo, efectuado con diversos grupos de adolescentes argentinos, se dirigió al análisis de la autoimagen, con especial referencia a los componentes individual y social. Los resultados mostraron diferencias significativas para ambos sexos: al reflexionar sobre sí misma, "la joven coloca en primer término de importancia aquellas condiciones que se relacionan con sus vínculos con las demás personas y con el mundo". En las cualidades que expresan condiciones de relación del sujeto con el mundo se distinguen claramente juicios positivos y negativos. En los varones, los positivos dominan ampliamente sobre los negativos, que son muy escasos, mientras que en las muchachas esta diferencia es menos clara. Respecto a las particularidades de la relación con el mundo, en las respuestas de las jóvenes se aprecia un alto grado de respeto a los otros, afecto, altruismo, confianza, tolerancia, adaptación y deseo de agradar. Los varones manifiestan sentimientos parecidos pero en forma mucho más sobria y con tonalidad afectiva casi ausente. Como conclusiones referidas a la conciencia de sí, se plantea que "los varones trasuntan menor tendencia a adentrarse en sí mismos y menor interés y ligazón profunda con el mundo. Se diría que están más ligados a la acción, al hecho simple de vivir. Las mujeres aparecen mucho más ligadas a lo que ocurre en su interior, a sus vivencias del mundo y a su relación con este, con mayor anhelo de una vinculación afectiva y constructiva con los demás. La disconformidad consigo misma cuando no alcanza el ideal o el nivel que juzga adecuado o se ha propuesto, es evidente".

Muchas de estas características pautadas por el ejercicio del rol de género podrían influir en conductas de riesgo que generan morbilidad en la adolescencia (34-36). La necesidad de demostrar la virilidad por medio de la intrepidez, la violencia y la fuerza física está, sin duda, en la base de la preponderancia de accidentes en los varones, que alcanza cifras alarmantes en el continente (35). También el embarazo en adolescentes, con los problemas que implica, particularmente para la madre, y las enfermedades de transmisión sexual, se deben a comportamientos de riesgo de jóvenes de ambos sexos en cuya génesis se encuentran estereotipos de género. Comentarios similares podrían realizarse respecto a las conductas adictivas, el bajo rendimiento escolar, los trastornos nutricionales o las lesiones autoinfligidas. Trabajos realizados en los últimos tiempos (37-39) centraron el interés en analizar la relación entre diversas variables psicosociales y la conducta sexual y anticonceptiva de las adolescentes. Entre las características de personalidad vinculadas al uso de anticonceptivos se mencionan altos niveles de autoestima, capacidad y deseo de tomar decisiones propias, sentimiento de que se tiene control sobre lo que le pasa a la persona, altas aspiraciones escolares para sí misma y capacidad de decir sí o no con firmeza y no dejarse manipular a través del afecto.

A su vez, las nuevas tendencias en educación para la salud y promoción de la calidad de vida enfatizan el promover en los jóvenes la capacidad para la toma de decisiones como resultado de un pensamiento reflexivo y crítico que parta de la realidad y profundice en los valores. Destacan también la importancia de favorecer el proceso de poner en práctica estas decisiones (17-40).

En este contexto debiera enmarcarse la educación de la sexualidad incorporada a los programas de promoción de la salud de la población (41).

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD Y PROMOCION DE LA SALUD

La educación de la sexualidad se entiende como el proceso educativo vinculado profundamente a la formación integral de niños y jóvenes, que apunta a la autogestión en un marco de educación permanente, y que aporta información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en todas las etapas de la vida y acorde con el contexto económico, histórico, social y cultural en que se vive.

Los objetivos que persigue la educación de la sexualidad son básicamente los siguientes:

- Lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad entendida como elemento inherente al ser humano,

más bien que buscar la acumulación de contenidos e información *per se*.

- Favorecer el proceso mediante el cual sea posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante todo el transcurso de la vida, sin angustias, temores ni sentimientos de culpa.
- Favorecer el desarrollo de roles sexuales en el marco de una dialéctica de valores basada en los derechos humanos, que propicie relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando toda discriminación de género.
- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá del vínculo de la pareja.
- Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.
- Favorecer la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y los demás.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, y destacando el respeto y consideración que, en tanto personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera sea su sexo y edad.
- Promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

La aproximación a esta realidad requiere que la sociedad en su conjunto y a todos los niveles pueda sensibilizarse y replantear el tema de los valores que sustentan el proceso de socialización de la sexualidad y su repercusión en la salud de la población. Es necesario, también, tener presente que la salud es una tarea cotidiana, en la que interviene una multiplicidad de sectores y para la cual es imprescindible la participación activa de todos los involucrados, promoviendo criterios de equidad y desarrollo a escala humana.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma-Ata. Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. Serie Salud para Todos 1.
- (2) Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, noviembre de 1986.
- (3) Mace, D., Bannerman, R. H. O. y Burton, J. *Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975. Cuadernos de Salud Pública 57, pág. 9.

- (4) Cerruti, S. *et al.* Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo, Organización Panamericana de la Salud, abril de 1990, pág. 23.
- (5) Cerruti, S. La sexualidad humana en el contexto de la promoción de la salud en la adolescencia. Montevideo, Consejo de Educación Secundaria, 1991.
- (6) Gantier Gonzales, M. Sociedad, cultura y sexualidad. La educación de la sexualidad humana. México, CONAPO, 1982, tomo 1, pág. 155.
- (7) Organización Mundial de la Salud. *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Ginebra, 1975. Serie de Informes Técnicos 572.
- (8) Cerruti, S. La sexualidad humana como problema de salud. Medicina general integral. La Habana, Ministerio de Salud Pública, 1986.
- (9) Pellegrino, E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Of Sanit Panam* 108(5-6):379-389, 1990.
- (10) Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C.. *La sexualidad humana*. Grijalbo, 1987, tomo II.
- (11) Aberastury, A. y Knobel, M. *Adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós, 1980.
- (12) Bleger, J. *et al.* *La identidad en el adolescente*. Buenos Aires, Paidós-Asappia, 1973.
- (13) Osorio, L. *A crise adolescente e a questão da identidade. Adolescente hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987, págs. 14-26.
- (14) Reca, T. *et al.* *Algunos aspectos de la imagen de sí de adolescentes de ambos sexos de 13 a 18 años*. Temas de Psicología y Psiquiatría de la Niñez y Adolescencia. Buenos Aires, CEAM, 1975, vol. IV, págs. 79-103.
- (15) Meler, I. *Identidad de género y criterios de salud mental. Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 351-374.
- (16) Organización Mundial de la Salud. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra, 1990.
- (17) Ellis, J. D. y Landes, N. M.. La sociedad, la salud y la enseñanza de la biología en EE.UU. La perspectiva del B.S.C.S. Nuevas tendencias de la enseñanza de la biología, V. UNESCO, 1990.
- (18) Cerruti, S. y Roselló, A. *Importancia de la sexualidad humana para los profesionales de salud. Sociedad y Salud*. La Habana, Ministerio de Salud Pública, 1986.
- (19) Gómez Gómez, E. *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1990.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. *Criterios para orientar la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo*. Washington, D.C., 1990.
- (21) Ravazzola, M. y Daskal, A. La enfermedad nuestra de cada día. *Sistemas Familiares* (Buenos Aires) 3(3), 1987.
- (22) Daskal, A. Identidad de la mujer y maternidad. *Sistemas Familiares* (Buenos Aires) 3(3), 1970.
- (23) Ravazzola, M. y Daskal, A. Mujer y salud mental. *Rev Chil Psicol* 10(1), 1989.
- (24) Burin, M. *Referencias históricas acerca de la subjetividad femenina. Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 71-87.
- (25) Burin, M. *La maternidad: el otro trabajo invisible*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 124-133.
- (26) Daskal, A. *La mujer y su autoestima*. Buenos Aires, Emerger, 1989.
- (27) Rodó, A. *et al.* *El cuerpo ausente*. Separata de Proposiciones, vol. 13. Santiago, Chile, 1987.
- (28) Burin, M. *Un binomio en crisis: la madre y su hija adolescente. Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 103-123.
- (29) Burin, M. *La crisis de la mediana edad en las mujeres*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 88-102.
- (30) Burin, M. *Vida cotidiana, trabajo y salud mental*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 235-257.
- (31) Carreño, D. *Una crisis vital en la mujer: la edad media*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 311-322.
- (32) Coria, C. *Dependencia económica y salud mental*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Editorial Controversia, 1987, págs. 271-291.
- (33) Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Health implications of sex discrimination in childhood. A Review Paper and an Annotated Bibliography*. Ginebra, 1986. WHO/UNICEF/FHE 86.2.
- (34) Organización Panamericana de la Salud. Salud del niño y del adolescente. En: *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, vol. 1, págs. 55-97.
- (35) Anzola, E. Accidentes en niños y adolescentes. Trabajo presentado en la Reunión OPS/UNICEF. Washington, D.C., marzo de 1990.
- (36) Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, D.C., 1990. Documento CE105, 17 de mayo de 1990.
- (37) Picks, S. y Atkin, L. Final report of the study: Adolescents in Mexico City - Psychosocial study of contraceptive practice and unwanted pregnancy. Conclusions and Recommendations. México, UNAM, 1987.
- (38) Fernández, M. Conocimientos y actitudes sexuales de escolares adolescentes. Lima, Universidad de Lima, 1987.
- (39) Picks, S. *et al.* *Planeando tu vida*. México, Editorial Pax, 1988.
- (40) Cheong Siew Young. *La enseñanza de la biología y la calidad de vida. Nuevas tendencias en la enseñanza de la biología*. Montevideo, UNESCO, 1990.
- (41) Cerruti, S. La educación de la sexualidad en la adolescencia. Informe de consultoría (versión preliminar). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.

MUJER Y NUTRICION EN LAS AMERICAS. PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Miguel Gueri,¹ Adeline W. Patterson² y Teresa González-Cossio³

INTRODUCCION

En su informe con motivo del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, el Director General de la OMS manifestó que “es paradójico que al tiempo que las sociedades dependen en tan gran medida de la mujer para la prestación de la atención de salud, descuidan con tanta frecuencia las necesidades sanitarias de la propia mujer” (1). En la sección del mismo informe titulada “Estrategias a largo plazo en el contexto de la salud para todos”, se recomienda:

- Facilitar el que las mujeres puedan poseer y administrar los fondos necesarios para nutrirse adecuadamente y nutrir bien a sus hijos;
- fomentar actividades que den a conocer mejor cuáles son las necesidades nutricionales especiales de las mujeres, particularmente durante el embarazo y la lactación;
- promover un apoyo social que facilite reposo suficiente a la mujer durante el último trimestre de embarazo y la lactación;
- promover intervenciones que permitan reducir la prevalencia de anemia nutricional en la mujer, especialmente durante el embarazo;
- favorecer el cambio de actitudes discriminatorias en la familia, con respecto a la distribución de alimentos en detrimento de las niñas o de las mujeres;
- informar adecuadamente a las mujeres con respecto a la dieta familiar.

Las palabras del Director General de la OMS, así como la estrategia descrita establecen el marco de referencia para analizar la situación alimentaria y nutricional de la mu-

jer en las Américas y las intervenciones necesarias para mejorarla, especialmente en América Latina y el Caribe.

A continuación se examinarán los problemas nutricionales que tienen especial significado para la mujer a lo largo de toda su vida o durante ciertas épocas específicas, así como las diferencias que pueden existir en el estado nutricional entre ambos sexos, su significado, y las posibles causas e implicaciones para el diseño y ejecución de intervenciones que tiendan a mejorar el estado nutricional de la mujer.

La relativa frecuencia con que la desnutrición proteínoenergética, la obesidad y las carencias nutricionales específicas afectan a la mujer será examinada en relación con los programas de salud y nutrición dirigidos a enfrentar estos problemas selectivamente, teniendo en cuenta en particular las diferentes funciones que ejerce la mujer. Estas funciones se refieren a sus actividades como proveedora —frecuentemente, sustento para toda la familia—, como trabajadora del hogar y, con mayor frecuencia cada vez, como miembro activo de la sociedad en los ámbitos políticos, administrativos y profesionales; también, y sobre todo, al papel único que la mujer desempeña en la continuidad de la humanidad.

DESNUTRICION PROTEINOENERGETICA EN LA NIÑEZ

Si bien la prevalencia de la desnutrición proteínoenergética ha disminuido en la mayoría de los países de la Región en los últimos años, este tipo de desnutrición sigue siendo el problema nutricional más serio durante la niñez. Factores tales como la educación nutricional y los programas de ayuda alimentaria, de prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas en la niñez, y de vigilancia del crecimiento y desarrollo, han contribuido al descenso de la desnutrición. A pesar de ello se estima que en las Américas aproximadamente nueve millones de niños

¹ Asesor Regional en Nutrición, Programa de Alimentación y Nutrición, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Directora, Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, Kingston, Jamaica.

³ Investigadora, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala, Guatemala.

menores de 5 años padecen desnutrición moderada o grave, y otro tanto, desnutrición leve (2).

Por lo menos la mitad de esos desnutridos son niñas, lo cual tiene un mayor significado biológico y a largo plazo, dado que mujeres desnutridas y de corta estatura dan a luz niños más pequeños, con peso insatisfactorio, que entran al mundo en desventaja y cuyo crecimiento total es menor que el que su potencial genético permitiría.

Peso al nacer

El peso pregestacional, la talla, el aumento de peso y la dieta durante el embarazo explican una variabilidad importante del peso al nacer (3). Esto es particularmente significativo en los países en desarrollo, donde la proporción de bajo peso al nacer atribuible a la desnutrición materna es de aproximadamente 50% (4).

El bajo peso al nacer, definido por la OPS como menor de 2,5 kg (3), está estrechamente relacionado con la mortalidad infantil y con el desarrollo. Lamentablemente, la gran mayoría de la información disponible en la Región sobre peso al nacer y, en general, sobre el estado nutricional de los niños, no presenta los datos desagregados por sexo. Sin embargo, ha sido posible hallar dicha desagregación en la información recolectada en el Caribe inglés durante la segunda mitad de los años setenta (5).

De los nueve países con información disponible (Cuadro 1), en ocho la proporción de recién nacidos que pesan menos de 2,5 kg es mayor en las niñas que en los niños, y llega a ser casi el doble en un caso (Santa Lucía). Las diferencias son todavía más notables cuando se observa el peso insuficiente (de 2,5 a 3,0 kg); en todos estos casos la prevalencia es mayor en las niñas.

La mediana (50 centil) de las normas de referencia adoptadas por la OMS (6) son diferentes para el sexo masculino (3,3 kg) y para el femenino (3,2 kg). Cuando se comparan las medianas de los datos del Caribe con las de la OMS (Cuadro 2) se observan diferencias consistentes entre los sexos, y en general el sexo masculino está más próximo a las referencias de la OMS que el femenino; de lo anterior se puede concluir que al nacer las niñas son más pequeñas que los niños, y que esa diferencia es, por lo menos para la muestra de casos aquí presentada, más amplia en el Caribe que en los estándares de referencia. El significado de esta observación retrospectiva y de la relevancia del punto de corte de 2,5 kg en ambos sexos, en términos de diferencias en la sobrevivencia y el desarrollo, necesitan dilucidarse. Podría postularse, más bien, que en lugar de utilizar un punto de corte igual para ambos sexos sería preferible emplear un porcentaje de la mediana de acuerdo con los patrones de referencia —por ejemplo, el 75% que correspondería aproximadamente a 2,5 kg en los niños y 2,4 kg en las niñas— como indicadores de retardo grave del crecimiento intrauterino.

Cuadro 1. Porcentaje de peso bajo e insuficiente al nacer, por sexo, en algunos países del Caribe inglés (1975 a 1980).

(Bajo: <2,5 kg; Insuficiente: 2,5 - 2,99 kg)

País	Peso bajo		Peso insuficiente	
	Niños (%)	Niñas (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Anguila	10,3	10,3	11,8	29,9
Antigua	9,3	15,4	18,6	28,5
Dominica	9,6	10,7	33,7	37,9
Grenada	10,8	14,8	31,7	34,3
Islas Caimán	6,0	9,6	13,6	16,9
Montserrat	17,3	17,9	23,2	31,7
San Kitts y Nevis	11,2	15,7	31,5	40,5
San Vicente	8,1	13,4	32,8	43,3
Santa Lucía	6,6	12,0	23,0	31,5

Fuente: Gueri, M. (5), Base de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición e Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Cuadro 2. Mediana del peso al nacer, por sexo, en algunos países del Caribe inglés (1975 a 1980).

País	Niños		Niñas	
	Mediana (en kg)	% de la mediana de referencia (OMS) ^a	Mediana (en kg)	% de la mediana de referencia (OMS) ^a
Anguila	3,3	100,0	3,2	100,0
Antigua	3,1	93,9	3,1	96,9
Islas Caimán	3,4	103,0	3,3	103,1
Dominica	3,1	93,9	3,0	93,7
Grenada	3,1	93,9	3,0	93,7
Montserrat	3,2	97,0	3,0	93,7
San Kitts y Nevis	3,1	93,9	2,9	90,6
Santa Lucía	3,3	100,0	3,1	96,9
San Vicente	3,1	93,9	2,9	90,6

^a Niños: 3,3 kg, niñas: 3,2 kg.

Fuente: Gueri, M. (5), Base de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición e Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Estado nutricional en la niñez

Se acepta que la antropometría es la herramienta más útil para diagnosticar el estado nutricional de los niños pequeños (7), los cuales por su rápido crecimiento físico son más vulnerables que las personas de otros grupos de edad a los efectos de la desnutrición. Por este motivo, su evaluación nutricional proporciona una visión global del estado alimentario y nutricional de la comunidad. Los tres indicadores antropométricos utilizados con más frecuencia para el diagnóstico del estado nutricional en los niños son el peso en relación con la edad, el peso en relación con la talla y la talla en relación con la edad.

Desnutrición global

A la deficiencia de peso para la edad por debajo de un punto de corte aceptado se la ha denominado "desnutri-

ción global”, la cual no discrimina entre desnutrición aguda y crónica. El punto de corte generalmente aceptado por la gran mayoría de los países de la Región es el recomendado por la OMS: 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana (50 centil) de la norma de referencia, o aproximadamente el 80% de la mediana del peso para la edad. La norma de referencia recomendada por la OMS (6-8) se basa en las normas del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América construidas con los datos de las Encuestas de Nutrición y Salud de los Estados Unidos (NHANES) y del Instituto de Investigación Felds (9), las cuales se consideran como la norma o el estándar de crecimiento al que puede aspirarse en condiciones adecuadas de alimentación, nutrición y salud.

En la información sobre el Caribe inglés se observan diferencias entre los sexos para otros grupos de edad. Por ejemplo, a los 12 meses la mediana es 12,3 kg para los varones y 11,9 kg para las niñas, y a los 36 meses, 14,6 kg y 13,9 kg, respectivamente (6). Se esperaría que en igualdad de condiciones la proporción de desnutridos fuera la misma en ambos sexos, si no existiese tratamiento diferente en cuanto a atención de salud, alimentación y cuidados.

Pocos informes de las Américas presentan información sobre la niñez desagregada por sexo. El Cuadro 3 muestra los resultados de diversas encuestas en 15 países (incluidas dos observaciones en Trinidad y Tabago). En las encuestas más antiguas algunos países utilizaron la clasificación de Gómez, que no es estrictamente comparable con la de la OMS. Gómez —como resultado de sus investigaciones en el hospital pediátrico de la ciudad de México en los años cincuenta— clasificó la desnutrición en primero, segundo y tercer grados, con los puntos de corte que se presentan al pie del Cuadro 3 (10, 11). Como lo indican las cifras por países, en 8 de 16 observaciones la prevalencia de desnutrición global es mayor en las niñas que en los niños.

Además de la información presentada en el Cuadro 3, una publicación reciente sobre El Salvador señala que, a partir de datos analizados pero no presentados en la publicación, se constata que no hay diferencia entre sexos, en términos de prevalencia según el peso para la edad y el peso para la talla (12). Con la información disponible solo puede concluirse que no existe una consistencia en la prevalencia mayor de desnutrición global en uno u otro sexo. Merece la pena, sin embargo, detenerse un instante en los datos de Trinidad y Tabago, donde la diferencia entre los sexos, desfavorable para la mujer, disminuye en los 11 años que transcurrieron entre dos encuestas; tal estrechamiento tal vez pueda interpretarse como el resultado de una toma de conciencia sobre la igualdad de tratamiento de los niños y de las niñas en el hogar.

Cuadro 3. Porcentaje de preescolares desnutridos, por sexo, según el peso para la edad, en algunos países de las Américas, año más reciente (clasificación de la OMS, excepto cuando se indica otra).

País	Año	Muestra		Porcentaje de desnutridos	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas
Antigua ^{a,1}	1982	205	221	6,4	9,5
Bolivia ^b	1989	1 257	1 280	15,0	11,7
Brasil ^b	1986	...	...	12,4	13,0
Colombia ^b	1986	672	652	10,9	3,0
Costa Rica ¹	1982	1 247	1 015	3,9	3,2
Dominica ^{a,2}	1978	...	...	0,6	2,8
Guatemala ^a	1987	1 102	1 127	32,8	34,4
Guyana ^a	1987	18 278	17 813	24,3	22,1
Jamaica ^a	1989	429	432	11,7	6,7
Nicaragua ^c	1980-82	...	...	11,2	9,7
Perú ^b	1984	7 703	7 611	13,5	13,3
República Dominicana ^{b,3}	1987	1 382	1 323	29,9	27,5
Santa Lucía ^a	1974	...	...	11,6	15,9
Trinidad y Tabago ^{a,1}	1976	785	799	9,4	15,6
	1987	407	435	6,2	7,6
Venezuela ^b	1982	3 459	3 288	6,3	6,4

... Información no disponible.

¹ Gómez, grados II y III (< 75% de la mediana).

² Gómez, grado III (< 60% de la mediana).

³ Gómez, grados I, II y III (< 90% de la mediana).

Fuente: ^aInstituto de Alimentación y Nutrición del Caribe; ^bBase de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición; ^cInstituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Desnutrición aguda

La deficiencia de peso para la talla, de acuerdo con las normas de referencia establecidas (6), indica una situación actual o muy reciente de privación nutricional: el niño ha estado creciendo a un cierto ritmo proporcionado entre el peso y la talla; en un momento dado, cercano a cuando se midió el peso y la talla, hubo una situación de emergencia que resultó bien en una ingesta inadecuada de alimentos o bien en un gasto excesivo de energía (causado, por ejemplo, por un proceso infeccioso agudo) que ocasionó una pérdida de peso, pero lógicamente no de talla.

El peso para la talla en preescolares se analiza en el Cuadro 4. En 7 de las 12 observaciones la prevalencia de desnutrición aguda es mayor en las niñas que en los niños. (En Costa Rica se invierte la tendencia si se toma el 90% de la mediana como punto de corte, según la Encuesta de Nutrición de 1982.)

Sería necesario llevar a cabo investigaciones antropológicas para conformar la hipótesis de que, en circunstancias de necesidad, los niños recibirán más alimentos y cuidados que las niñas, lo que resulta en una mayor prevalencia de desnutrición aguda en estas. Nótese también en el Cuadro 4 que, otra vez, en el caso de Trinidad y Tabago, la diferencia disminuye en el curso de las dos observaciones. Sería muy interesante e instructivo para guiar inter-

venciones futuras averiguar si hubo una modificación selectiva en el tratamiento que se daba a los niños y a las niñas a mediados de los años setenta, en comparación con los años ochenta.

Cuadro 4. Porcentaje de preescolares desnutridos, por sexo, según el peso para la talla, en algunos países de las Américas, año más reciente (clasificación de la OMS).

País	Año	Muestra		Porcentaje de desnutridos	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas
Bolivia ^a	1989	1 257	1 280	1,7	1,5
Brasil ^a	1989	3 717	3 597	2,4	1,7
Colombia ^a	1986	672	649	0,8	1,2
Costa Rica ^b	1982	1 247	1 015	1,2	0,8
Dominica ^c	1978	...	...	6,1	7,9
Guatemala ^b	1987	1 102	1 128	1,2	1,5
Nicaragua ^b	1980-82	...	...	0,4	0,8
Perú ^a	1984	7 703	7 611	1,1	0,8
República Dominicana ^a	1986	1 382	1 323	1,8	1,9
Trinidad y Tabago ^c	1976	743	761	6,2	10,0
Venezuela ^a	1987	407	435	3,7	3,9
	1981	3 459	3 288	1,5	1,1

... Información no disponible.

Fuente: ^a Base de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición; ^b Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; ^c Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Desnutrición crónica

En contraste con las observaciones anteriores, la prevalencia de corta estatura para la edad (desnutrición crónica) es mayor en los niños que en las niñas en todas menos dos de las observaciones presentadas en el Cuadro 5 (11 de 13 casos). Observaciones similares se obtienen en los niños en edad escolar (Cuadro 6): en todos los casos el porcentaje de corta estatura para la edad es menor en las niñas.

La estatura que alcanza un niño a la edad de ingresar a la escuela está determinada fundamentalmente por factores ambientales (incluida la alimentación) que afectaron el crecimiento físico, en especial desde el nacimiento hasta los 3 años (13, 14). El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), centro especializado de la OPS, en colaboración con los países del Istmo Centroamericano lleva a cabo de manera sistemática censos de talla en escolares de primer grado desde los años setenta. Recientemente se han realizado censos también en Bolivia y el Uruguay (2). La información presentada en el Cuadro 6, incluye datos de Barbados y Santa Lucía procedentes de encuestas nacionales (15, 16).

Los censos de talla en escolares de primer año tienen la ventaja de ser altamente representativos, ya que la cobertura del sector educativo en los países de la Región es mayor que la del sector salud y, mientras que las encuestas nacio-

nales presentan una muestra de la población, los censos de talla examinan a todos los niños que cursan el primer grado. En general, las edades investigadas se hallan comprendidas entre los 6 y los 9 años, aunque dichos censos pueden incluir algunos niños de hasta 10 años. La experiencia ha demostrado la utilidad de los censos de talla para identificar aquellas comunidades donde existen mayores problemas socioeconómicos, de saneamiento, salud y nutrición.

El significado de la consistente diferencia entre los sexos, que apuntaría en estos casos hacia un mejor desarrollo en las niñas, es difícil de interpretar. La diferencia se inicia en la edad preescolar (Cuadro 5) y se manifiesta más marcadamente en la escolar (Cuadro 6). Habida cuenta de la mayor prevalencia de desnutrición aguda entre las niñas menores de 5 años (Cuadro 4) podría postularse que una mayor mortalidad en el sexo femenino conduciría a una selección natural de niñas mejor nutridas que alcanzarían la edad escolar. Sin embargo, en la Región la mortalidad de menores de 1 año y de 1 a 4 años tiende, en términos agregados, a ser estadísticamente menor en las niñas que en los niños (2). Es posible, por otra parte, que en algunas comunidades las niñas mejor nutridas y más saludables procedentes de familias menos pobres sean las que van a la escuela. Por ejemplo, en Guatemala, el porcentaje de niños de 5 a 9 años que han cursado un año de escuela primaria es de 2,35%, mientras que este es de 1,95% entre las niñas (17, 18); el porcentaje de niños de 5 a 9 años que han cursado hasta el cuarto año de primaria es de 4,31% entre los varones y 3,69% entre las niñas. Estas diferencias, que indicarían en general un menor interés por parte de la familia en el desarrollo cultural, social y de salud de las niñas, podrían sesgar la muestra de los censos de talla.

Cuadro 5. Porcentaje de preescolares desnutridos, por sexo, según la talla para la edad, en algunos países de las Américas, año más reciente (clasificación de la OMS).

País	Año	Muestra		Porcentaje de desnutridos	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas
Bolivia ^a	1989	1 257	1 280	40,2	36,3
Brasil ^{a,b}	1986	...	...	31,2	25,0
Dominica ^c	1986	668	649	24,3	21,0
Guatemala ^b	1982	1 247	1 015	4,0	3,6
Nicaragua ^b	1978	215	183	20,8	21,6
Perú ^c	1987	1 102	1 127	58,9	56,9
República Dominicana ^a	1982	...	...	22,1	21,4
Santa Lucía ^c	1984	7 703	7 611	37,7	37,8
Trinidad y Tabago ^c	1986	1 382	1 323	14,2	11,3
	1974	...	...	10,9	10,8
	1976	784	798	9,9	6,5
Venezuela ^a	1987	407	435	5,1	4,8
	1981	3 459	3 288	10,2	10,1

... Información no disponible.

Fuente: ^a Base de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición; ^b Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; ^c Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Cuadro 6. Prevalencia de corta estatura en escolares, por sexo, en algunos países de las Américas, año más reciente (clasificación de la OMS).

País	Año	Sexo	
		% niños	% niñas
Barbados ^a	1981	4,3	2,8
Bolivia ^b	1989	28,5	22,9
El Salvador ^c	1988	33,0	26,5
Guatemala ^c	1986	55,1	44,5
Honduras ^c	1986	44,8	34,7
Nicaragua ^c	1986	24,9	19,2
Panamá ^c	1985	27,8	20,5
Santa Lucía ^a	1974	15,8	10,5
Uruguay ^d	1989	4,3	3,5

Fuente: ^a Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición; ^b Censo de Talla en Escolares, Ministerio de Salud Pública; ^c Base de Datos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; ^d Censo de Talla en Escolares, Instituto Nacional de Alimentación, Uruguay.

Género, prácticas alimentarias y atención de salud

La información desagregada sobre consumo intrafamiliar de alimentos y atención médica que explique algunas diferencias en el estado nutricional es escasa. Encuestas en Antigua y San Vicente no muestran diferencias en la ingesta de calorías (19), aunque en Antigua la ingesta de proteínas es mayor en los hombres. En Guatemala, los niños parecen recibir mayores cantidades de alimentos "prestigiosos" que las niñas (20). Un estudio en un área rural de Guatemala mostró que las niñas tuvieron menor probabilidad condicional que los niños de visitar el puesto de salud por enfermedad diarreica. Estas diferencias por sexo fueron más marcadas (aproximadamente 27% para las niñas y 42% para los niños) en los meses de enero a marzo (21), cuando tiene lugar la cosecha del café y las mujeres dedican más tiempo al trabajo agrícola (22). Datos más recientes indican una mayor incidencia de diarrea en los niños que en las niñas menores de 5 años en el medio rural, y que 2,1% de los niños, pero solamente 1,2% de las niñas fueron vistos por un médico (23).

Dado que la escasa información existente sobre tratamiento diferencial por sexo respecto a alimentación y cuidado de la salud apunta hacia una mejor atención de los varones, no de las niñas, es difícil postular una teoría que explique la menor prevalencia de desnutrición crónica aparente en el sexo femenino, la cual, según sugieren los censos de talla, se iniciaría en los primeros tres años de vida. Podría argumentarse que en los países del Tercer Mundo las niñas tienden desde temprana edad a ayudar a las mujeres adultas en las labores de la cocina, lo cual permitiría un mayor acceso "informal" a los alimentos que, quizás, no se apreciaría en las encuestas de consumo de los mismos. De cualquier forma este no sería el caso en las niñas muy pequeñas. Es posible, por otra parte, desde el ángulo

del consumo energético que, también por razones culturales, las actividades de los niños conlleven un mayor consumo de energía. Así, mientras tradicionalmente se estimula a los niños a practicar deportes físicos, las niñas realizan actividades y juegos más sedentarios. Estas diferencias de socialización se acentúan aún más en la edad escolar, y continúan, incluso, durante la edad adulta. No hay duda de que en las comunidades tradicionales la mujer trabaja igual o mayor número de horas que el hombre; sin embargo, mucho de ese trabajo se realiza en el hogar e implica el uso de músculos fundamentalmente posturales; en otras palabras, cansa igual o más pero consume menos energía.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER ADULTA

Mientras que en la niñez aparece la desnutrición, en la juventud empieza a manifestarse la obesidad, que en muchos países de la Región se convierte en el mayor problema nutricional de la población adulta, especialmente en las mujeres, y no solamente después de la menopausia, cuando los cambios hormonales favorecen el aumento de peso, sino también durante la juventud.

En el pasado se pensaba que la obesidad se trataba de un problema relacionado con la opulencia; sin embargo, hay evidencias de que la obesidad afecta a todos los grupos sociales y de edad, aunque sus causas son diferentes. Un estudio reciente llevado a cabo en Chile encontró que 10% de las mujeres de clase socioeconómica alta, 22% de la intermedia y 40% de la baja presentaban exceso de peso para la talla. En Barbados se observó un aumento de la prevalencia de exceso de peso y obesidad en la encuesta realizada en 1981, en comparación con la de 1969, aumento que afectaba a ambos sexos pero que era más marcado en las mujeres: 11,5% de las niñas en edad escolar eran obesas en comparación con 5,3% de los varones. En el grupo de edad de 35 a 64 años, 55,8% de las mujeres presentaban obesidad, en comparación con 25,3% de los hombres (15, 24).

La obesidad ha recibido particular atención en los países de habla inglesa del Caribe. El Cuadro 7, tomado de D. Sinha (25), muestra la alta prevalencia existente entre las mujeres de los países informantes; los datos abarcan desde comienzos de los setenta hasta mediados de los ochenta. Si se considera obesidad como peso para la talla en exceso del 120% de la referencia (26), en ninguno de los países informantes esta desciende por debajo del 20% en las mujeres y alcanza el 56,8% en Antigua y Barbuda en 1981. En los varones, excepto el caso de la zona rural de Guyana en 1971 (no incluido en el cuadro), la prevalencia de obesidad es de 1,5 a 5 veces menor que en las mujeres.

La situación es similar en Cuba, donde de acuerdo con una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Endo-

crinología a mediados de la década de los ochenta, la prevalencia de obesidad en las personas mayores de 15 años fue de 21,8%, y era el doble en las mujeres que en los hombres (27). Igualmente, en el Caribe francés se observó que el 60% de las mujeres de 45 años y más eran obesas, mientras que entre los hombres de la misma edad el porcentaje de obesidad fue de 20% (28).

Cuadro 7. Prevalencia de obesidad en adultos, por sexo, en algunos países del Caribe, año más reciente.

País	Año	Grupo de edad (años)	Porcentaje de población por encima del 120% de referencia del peso para la talla	
			% hombres	% mujeres
Guyana (rural)	1971	35-36	40,0	40,0
Guyana (urbana)	1971	35-64	36,6	55,6
Santa Lucía	1974	35-64	7,6	36,2
Barbados	1969	15 y más	7,0	33,0
Barbados	1981	15 y más	16,0	38,0
Antigua y Barbuda	1981	25-60	18,5	56,8
Dominica	1981	15 y más	5,8	22,0
Islas Vírgenes Británicas	1984	15 y más	20,4	47,8

Fuente: Sinha, D. (25).

La encuesta nutricional de México llevada a cabo en 1988 solamente en niños menores de 5 años y mujeres de 12 a 50 años mostró que según el índice de masa corporal (peso dividido por el cuadrado de la talla) (26) 10,2% de las mujeres presentaban exceso de peso y 14,6% obesidad (29).

La primera Encuesta de Salud y Nutrición de los Estados Unidos (NHANES I, 1971-1974) encontró que 21,5% de las mujeres de 20 a 74 años eran obesas o presentaban exceso de peso. La proporción más alta (30,0%) se halló en el grupo de 55 a 64 años (30). La segunda encuesta (NHANES II, 1976-1980) y la encuesta en hispanos (Hispanic HANES, 1982-1984), demostró que, de acuerdo con el índice de masa corporal, 24% de los hombres y 27% de las mujeres eran obesos; la prevalencia más baja de obesidad se presentaba en mujeres blancas no hispanas (25%), y la más alta, en mujeres afroamericanas (44%). En general, la prevalencia de exceso de peso apareció inversamente relacionada con el estado socioeconómico. Entre los hombres se observó la prevalencia más baja de exceso de peso en blancos no hispanos (24%) y la más alta (30%), entre estadounidenses de origen mexicano (31).

El problema de la obesidad requiere atención especial, ya que es bien sabido que las personas obesas no solamente tienen una esperanza de vida menor, sino también, una mayor tendencia a la diabetes, la hipertensión, los ataques cardíacos, y las enfermedades respiratorias crónicas, aparte de otros trastornos físicos, sociales y emocionales, mu-

chos de los cuales se pueden aliviar simplemente reduciendo la grasa corporal (25). En un grupo de países seleccionados de las Américas (incluidos los más desarrollados) se puede observar un número mayor de defunciones, y una tasa bruta de mortalidad, por enfermedad hipertensiva y por diabetes mellitus en general mayor para las mujeres que para los hombres (Cuadros 8 y 9).

Cuadro 8. Total de defunciones y tasa bruta de mortalidad por enfermedad hipertensiva, por sexo, en algunos países de las Américas, año más reciente.

País	Año	Total		Tasa bruta (por 100 000 habitantes)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	1986	1 722	1 730	11,3	11,2
Brasil	1986	7 192	7 427	10,4	9,0
Canadá	1988	515	756	4,0	5,7
Colombia	1984	1 638	1 969	11,6	12,8
Chile	1987	492	615	7,9	9,7
Ecuador	1987	269	321	5,4	6,5
Estados Unidos	1987	13 382	17 976	11,3	14,4
México	1986	2 143	3 539	5,3	8,7
Perú	1983	258	396	2,7	4,3
Venezuela	1987	919	1 029	10,0	11,4

Fuente: Adaptado de *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (2).

Cuadro 9. Total de defunciones y tasa bruta de mortalidad por diabetes mellitus, por sexo, en algunos países de las Américas, año más reciente.

País	Año	Total		Tasa bruta (por 100 000 habitantes)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	1986	2 142	2 546	14,0	16,4
Brasil	1986	5 915	8 648	8,6	12,5
Canadá	1988	1 752	2 067	13,5	15,7
Colombia	1984	845	1 352	6,0	9,7
Chile	1987	517	684	8,3	10,8
Ecuador	1987	338	495	6,8	10,0
Estados Unidos	1987	16 237	22 295	13,7	17,9
México	1986	9 923	13 209	24,4	32,6
Perú	1983	246	323	2,6	3,5
Venezuela	1987	1 050	1 312	11,4	14,5

Fuente: Adaptado de *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (2).

El estudio cardiovascular de St. James (32) que se llevó a cabo en Trinidad y Tabago entre 1977 y 1985 demostró que el número de defunciones debidas a enfermedad cerebrovascular fue mayor entre mujeres de 45 a 54 años que entre hombres del mismo grupo de edad. Se demostró, también, que aproximadamente 15% de las mujeres y 12% de los hombres de 35 a 65 años eran diabéticos. Las tasas de prevalencia aumentaron con la edad en ambos sexos, y las diferencias por sexo estuvieron presen-

tes en todos los grupos de edad por debajo de los 65 años. En el grupo más joven, la prevalencia en mujeres fue dos veces mayor que en hombres.

La Encuesta Nacional de Nutrición de Bahamas (33) muestra que azúcares, dulces, grasas y alimentos grasosos, y bocadillos salados predominan en los hábitos alimentarios. Frutas, vegetales, granos, fibras y pescado ocupan niveles bajos de consumo. El aumento del consumo de grasas es particularmente significativo para la mujer por otros motivos, dado que existe considerable evidencia de relación entre los hábitos dietéticos, especialmente el consumo de grasas, y factores de riesgo de cáncer de la mama (34).

PROBLEMAS NUTRICIONALES DE SIGNIFICADO ESPECIAL PARA LA MUJER

Algunas carencias nutricionales específicas se destacan en la mujer, bien por su significado especial durante ciertas épocas de la vida o bien porque la afectan con mayor frecuencia. Estas son principalmente la anemia ferropénica, la carencia de yodo y de vitamina A, y la osteoporosis.

Anemia ferropénica

Una revisión de la información disponible en la OMS indicó que, en 1985, la prevalencia mundial de anemia era aproximadamente de 30%, y que los niños pequeños y las mujeres embarazadas eran los más afectados, con prevalencias estimadas en 43 y 51%, respectivamente. En América Latina la prevalencia de anemia varió entre 13% en los hombres adultos y 30% en las mujeres embarazadas. Entre las mujeres de 15 a 49 años, 8% en América del Norte eran anémicas, en comparación con 17% en América Latina (35). Información sistemáticamente recolectada en el Caribe inglés demuestra un problema considerable que varía del 0,8 al 59,7% en escolares de ambos sexos (2).

Debido a la pérdida menstrual de sangre en las mujeres a partir de los 12 ó 13 años, es de esperar que padezcan una mayor prevalencia de anemia, y es posible inferir que, en la actualidad, por lo menos una cuarta parte de las mujeres de la Región llegan al período reproductivo de la vida con niveles de hemoglobina francamente inferiores al límite por debajo del cual se considera que existe anemia. No es sorprendente, por lo tanto, que la prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas sea uno de los problemas nutricionales más serios de la Región. De los 21 países que se presentan en el Cuadro 10 los porcentajes de anemia varían entre 10 y 82,3%. Además, investigaciones llevadas a cabo en México (29) mostraron que 13,8% de las mujeres de 12 a 49 años no embarazadas presentaron

niveles de hemoglobina inferiores a 12 g/dl, mientras que en Buenos Aires, Argentina, tal proporción en el grupo de edad de 16 a 44 años fue de 25,8% (36); en Venezuela se estima que de 20 a 25% de las mujeres en edad reproductiva están anémicas (37); un estudio realizado entre adolescentes en São Paulo, Brasil (38), halló una prevalencia de anemia de 17,6% y mostró una correlación inversa con el nivel socioeconómico. Los datos sobre anemia en los varones adolescentes o adultos son todavía más escasos.

Cuadro 10. Prevalencia de anemia (nivel de hemoglobina) en mujeres embarazadas, en algunos países de las Américas, año más reciente (punto de corte, Hb = 11 g/dl, excepto cuando se indica otro).

País	Año	Porcentaje
Antigua	1980	58,0
Bahamas	1983	12,0 ^a
Barbados	1981	29,1 ^b
Belice	1984	64,8
Bolivia (La Paz)	1988	54,4 ^c
Costa Rica	1990	26,4 ^d
Cuba	1989	12,3
Dominica	1985	28,3
Grenada	1986	62,9
Guyana	1982	73,7
Islas Caimán	1979	15,5
Islas Turcas y Caicos	1984	65,3
Islas Vírgenes Británicas	1979	10,0
Jamaica	1982	61,6
Montserrat	1980	82,3
Perú (Lima)	1984-1985	53,0 ^b
San Kitts y Nevis	1982	42,0
San Vicente	1983	20,4 ^a
Santa Lucía	1976	22,2
Suriname	1987	31,0 ^e
Trinidad y Tabago	1976	53,0

Otros puntos de corte:

^a Hb 10 g/dl.

^b Hb 11,5 g/dl.

^c Hb 14 g/dl., ajustado por altitud.

^d Hb 15,5 g/dl.

^e Desconocido.

Fuente: Adaptado de *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990 (2), con información adicional de la Base de Datos del Programa de Alimentación y Nutrición, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

La carencia de hierro puede deberse a ingesta inadecuada, pérdida excesiva o aumento en las necesidades, y es la causa más común de anemia. Algunas veces se asocia con la carencia de folatos, especialmente durante el embarazo, que es cuando puede contribuir a un aumento de la mortalidad y la morbilidad materna y fetal, o al bajo peso al nacer. Sería necesario conocer si existen diferencias entre los sexos en la ingesta de alimentos ricos en hierro, particularmente los cárnicos, pero esta información en la Región también es poca y desactualizada: una encuesta realizada en Jamaica en 1987 (39) en una muestra representativa de la población indicó que la proporción de individuos con ingesta inferior a

las cantidades recomendadas era más alta en los niños menores de 4 años y en las mujeres después de la menarquia.

El problema de la anemia por carencia de hierro en la mujer durante la edad reproductiva se agrava en los casos en que se utilizan dispositivos intrauterinos como método de planificación familiar (40, 41), cuya frecuencia de uso se estima en 4% para las mujeres en unión estable de América Latina y el Caribe, y en 6% para las de los países industrializados (2).

La anemia no solamente representa un factor de riesgo durante el embarazo, sino que también afecta en general el estado de salud de la mujer y su productividad. El hierro proporcionado por la dieta debe ser suficiente para reemplazar el que se pierde en las heces, en la orina y a través de la piel: un total de aproximadamente 0,8 mg para una mujer adulta, a lo que hay que añadir la pérdida debida a la menstruación. El volumen de sangre que se pierde es relativamente constante en cada mujer, pero varía grandemente entre mujeres, con un promedio de 25 a 30 ml por mes, lo que representa una pérdida mensual de 12,5 a 15 mg de hierro. Cuando se añaden las pérdidas basales, esto suma aproximadamente 1,25 mg de hierro al día que la mujer pierde durante su vida reproductiva (42). Durante el embarazo, aunque las pérdidas menstruales se reducen a cero, se producen demandas adicionales debidas al crecimiento fetal, la placenta y el aumento del volumen sanguíneo materno, lo que resulta en un total de unos 1000 mg de hierro durante todo el embarazo, que varía de 0,8 mg por día durante el primer trimestre a 6,3 mg durante el segundo y tercero. La ausencia de pérdida menstrual se compensa durante la lactancia por la secreción de aproximadamente 0,3 mg de hierro en la leche; las necesidades diarias durante seis meses de lactancia se estiman en aproximadamente 4,3 mg.

Cuando los depósitos de hierro son bajos o inexistentes y el hierro de la dieta es pobremente absorbido, como ocurre en muchos países en desarrollo, es necesaria la suplementación, aunque pocas veces se lleva a cabo. La corrección de la carencia de hierro debe comenzar en la niñez, continuar a lo largo de la adolescencia, en el período previo al primer embarazo, durante el mismo y en los intervalos entre múltiples embarazos.

La mejor forma de reducir los niveles de anemia es mediante una estrategia doble que incluya la fortificación con hierro de alimentos seleccionados, teniendo en cuenta criterios bien establecidos y la suplementación con hierro durante los períodos fisiológicamente vulnerables de la vida de la mujer. Información preliminar sobre la administración de hierro de liberación lenta, en una sola tableta al día, ha dado resultados positivos (43).

Trastornos por carencia de yodo

Los trastornos por carencia de yodo representan un serio problema de salud pública en algunos países andinos,

particularmente en Bolivia, Ecuador y Perú y, en menor grado, en otros países donde aún pueden existir regiones aisladas con prevalencias altas. Además de la manifestación más visible y conocida, el bocio, la carencia de yodo en las madres contribuye a aumentar las tasas de mortalidad infantil y ocasiona varios grados de retardo mental en los hijos (44). Las carencias más graves causan en ambos sexos alteraciones del crecimiento físico y del desarrollo mental, letargia, desórdenes neuromusculares y defectos del habla y del oído. En las mujeres embarazadas aumenta también la posibilidad de interrupción del embarazo.

Encuestas llevadas a cabo en el Istmo Centroamericano en los años sesenta demostraron que la prevalencia de carencia de yodo era mayor en las mujeres que en los hombres en todos los países de la subregión (45), situación que todavía existía en Guatemala en 1987 (mujeres, 29,8%; hombres, 18,5%) (18). Lo mismo se observó en el Canadá en los años sesenta (46), en Bolivia en 1981 (mujeres, 65,8%; hombres 56,5%); en zonas del Brasil en 1975 (niñas, 16,3%; niños, 11,7%), y en la región sudeste de Cuba en 1970 (mujeres, 25,2%; hombres, 12,8%). Las diferencias fueron menores en Venezuela en 1981-1982 (mujeres, 22,6%; hombres, 20,2%), y no se observaron diferencias en Chile en 1982, ni en el Ecuador en 1983 (44).

La intervención a largo plazo para la eliminación de los trastornos por carencia de yodo es la fortificación de la sal con yodo y su consumo por la población. Hasta que se logre el consumo universal, una medida a corto y mediano plazo es la administración de aceite yodado, por vía intramuscular u oral, a los grupos de mayor riesgo. De importancia especial dentro de estos grupos es la mujer, la cual requiere un tratamiento especial desde edad temprana, y no solamente durante el período reproductivo.

Carencia de vitamina A

La información sobre carencia de vitamina A en la Región se está actualizando con el fin de revisar los programas nacionales para su control. Se considera un problema de salud pública en Haití, en ciertas regiones áridas del nordeste del Brasil y, posiblemente, en ciertas regiones de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras, sin que se pueda estimar su magnitud hasta que los proyectos de actualización de información hayan concluido. No hay evidencia, por ahora, de que sea un problema que afecte más al sexo femenino, excepto en los casos de mayor prevalencia de desnutrición en las mujeres, la que iría acompañada de una menor ingesta de alimentos ricos en vitamina A. Sin embargo, se sabe que durante el embarazo se requieren cantidades adicionales de vitamina A. Se considera que la ingesta de retinol debe aumentar 100 mg al día durante el embarazo, con el fin de reforzar las reservas maternas durante los primeros meses de gestación y

permitir cantidades adecuadas de vitamina A para el feto durante el período en que se desarrolla más rápidamente, esto es, hacia el final de la vida intrauterina. Por otra parte, las mujeres embarazadas (o que pueden quedar embarazadas) deben limitar la ingesta diaria de vitamina A a un máximo de 3000 mg de retinol equivalente, para minimizar el riesgo de malformaciones fetales (47).

Se recomienda que durante la lactancia la cantidad basal se incremente en 180 mg de retinol equivalente, con el fin de satisfacer las necesidades del lactante durante los seis primeros meses de vida.

Osteoporosis

La población de América Latina y el Caribe está envejeciendo, como sucede en muchos países en desarrollo de otras regiones. Esto ocasiona una carga adicional para los servicios de salud. En países industrializados, como es el caso de los Estados Unidos, se estima que un tercio de las mujeres que han alcanzado los 90 años, y una sexta parte de los hombres de la misma edad han sufrido fracturas de cadera. En los países del Tercer Mundo más y más mujeres alcanzan los 90 años, y la prevalencia de fracturas es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (34). La principal causa de estas fracturas es la mayor fragilidad ósea, la cual, a su vez, es el resultado de osteoporosis, condición en la que se reduce la densidad ósea; en las mujeres esta reducción tiende a comenzar en el momento de la menopausia. En los jóvenes sanos hay un amplio margen de densidad ósea normal, pero los individuos que alcanzan la edad madura en los límites más bajos de la normalidad desarrollan osteoporosis más rápidamente. Una de las razones de la osteoporosis es la ingesta deficiente de calcio y, por lo tanto, la suplementación con calcio puede ser útil para reducir la pérdida ósea en las mujeres posmenopáusicas. Por otra parte, se sabe que las dietas ricas en proteínas y sales aumentan la pérdida de hueso (34), y que las dietas pobres en calcio o que aumentan la ingesta de alcohol y proteínas pueden tener un efecto adverso en la densidad ósea.

Desnutrición en la vejez

La osteoporosis no es sino la manifestación más evidente de los posibles problemas nutricionales en la mujer pasada la quinta o sexta década de la vida. Las mujeres que han sufrido carencias nutricionales a lo largo de su vida y que han agotado sus reservas de nutrientes a consecuencia de repetidos embarazos llegan a la vejez en un estado nutricional precario. Esta situación tiende a empeorar a consecuencia del abandono familiar que, con demasiada frecuencia, sufren los ancianos, no solamente en los paí-

ses desarrollados sino cada vez más, también, en los países en desarrollo de la Región donde los patrones familiares y culturales han experimentado drásticos cambios en las últimas décadas.

Dado que en la Región existen más mujeres que hombres ancianos, ellas representan un problema especial del cual se está empezando a tomar conciencia. En los Estados Unidos, por ejemplo, solamente 30% de las mujeres ancianas viven con sus esposos, y se han detectado cambios en los hábitos alimentarios en este grupo de edad que varían desde obviar algunas comidas hasta manifestar tabúes hacia otras, hecho que se agrava por la situación económica generalmente precaria de las mujeres ancianas. El conocimiento del problema se complica debido a la falta de estándares adecuados para evaluar antropométricamente el estado nutricional en la senectud, así como para recomendar nutrientes, lo cual en general se ha hecho extrapolando resultados de estudios en adultos jóvenes (48).

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER EMBARAZADA

El estado nutricional durante el embarazo y la lactancia afecta no solo el crecimiento del feto sino su alimentación durante los primeros meses de la vida extrauterina, puesto que la producción de leche en cantidad y calidad adecuadas depende del estado nutricional de la madre. Cierta cantidad de la energía acumulada por la madre durante el embarazo será utilizada para la producción de leche.

La evaluación del estado nutricional de la mujer embarazada es difícil de determinar. Para efectos prácticos se dice que durante el segundo y tercer trimestre del embarazo una mujer debe aumentar 0,4 kg por semana; un kilogramo mensual se considera generalmente como el mínimo aceptable. Sin embargo, es lógico esperar que una mujer de estatura alta aumente más y dé a luz un niño más pesado y largo que una mujer de estatura corta. Teniendo en cuenta que el peso de una mujer durante el embarazo depende de su peso antes del mismo, de su estatura y de la semana de gestación cuando este se mide, se han diseñado tablas de referencia del peso para la estatura, por semana de embarazo (49), y curvas de aumento de peso en relación con la talla (50). Se ha despertado gran interés en la búsqueda de indicadores antropométricos que identifiquen aquellas mujeres que, por motivos nutricionales presentes o pasados, estén en riesgo de complicaciones durante el embarazo y el puerperio, o de dar a luz un niño de bajo peso (51).

La importancia de la talla de la madre para el resultado del embarazo, tanto para la madre como para el niño, es particularmente significativa cuando se considera la escasa talla de las mujeres de muchas comunidades indígenas de la Región. Un estudio entre mujeres de la población

maya de Guatemala demostró que la mortalidad infantil en los niños de las mujeres más bajas era el doble que en los de las mujeres más altas (52). Dado el impacto de la desnutrición sobre la talla durante el período de crecimiento, es evidente que las intervenciones nutricionales en la mujer no deben limitarse al período gestacional.

Aunque en los centros de atención prenatal se registra el aumento de peso durante el embarazo, esta información raramente se notifica. En Chile, durante 1989, basándose en la curva de Rosso (50) se encontró que 29% de las embarazadas presentaban exceso de peso y 26% bajo peso para la estatura y edad gestacional (Mardones Santander, F., Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Santiago, comunicación personal). Empleando la misma curva, en el Uruguay se observó que 22% de una muestra de 2548 embarazadas eran obesas, mientras que 19,3% tenían bajo peso al comienzo del embarazo. Más avanzada la gestación, 36,6% mostraban bajo peso y 22,3% obesidad. La prevalencia de bajo peso para la talla en las mujeres examinadas fue mayor entre las adolescentes (53). Puede concluirse que, en esta muestra, mientras que las mujeres obesas tienden a continuar siéndolo durante el embarazo, una proporción considerable de las que comienzan el embarazo con peso normal tienden a perder peso a lo largo del mismo, lo que tiene implicaciones para los programas de ayuda alimentaria a mujeres embarazadas.

Una reunión sobre antropometría materna llevada a cabo en 1990 (51) puso de manifiesto la necesidad de investigación sobre indicadores antropométricos del estado nutricional durante el embarazo, y su aplicación práctica, toda vez que los resultados de la malnutrición durante este período tienen consecuencias muy graves sobre el desarrollo de la humanidad. En la actualidad, con la coordinación de la OMS se lleva a cabo en 25 instituciones mundiales un análisis de antropometría materna como predictor del resultado del embarazo. Se busca también identificar el indicador antropométrico más confiable y práctico para utilizar en los servicios locales de salud con el fin de evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada, el cual afectará el crecimiento fetal, el peso del niño al nacer y su desarrollo futuro. De esta forma se podrán identificar aquellas mujeres que, por estar en mayor riesgo nutricional, requieren atención especial en los servicios prenatales o intervenciones nutricionales tales como suplementación alimentaria. Lamentablemente, los servicios prenatales, sobre todo en las zonas rurales de algunos países, atienden solo una parte de las mujeres embarazadas,⁴ y es frecuente que aquellas en mayor riesgo sean las que no utilizan los servicios; por eso es necesario que el agente de salud comunitario disponga de una herramienta simple y confiable que le permita identi-

car las mujeres en riesgo de desnutrición durante el embarazo, y asegurar que reciben la atención adecuada.

EL PROBLEMA Y COMO HACERLE FRENTE

En la búsqueda de información sobre el estado nutricional de la mujer en las Américas, lo primero que llama la atención es la escasez de datos desagregados por sexo. Sin embargo, al analizar la información surge una serie de inquietudes y preguntas que ponen de manifiesto la necesidad de dicha desagregación. Se demuestra que al nacer, las niñas son más pequeñas que los niños, y se insinúa que en algunos países de la Región esas diferencias son más marcadas que en los países desarrollados en los que se basan los patrones de referencia. Se observa que hay más niñas en los grupos de bajo peso, grupos que se relacionan con una mayor mortalidad infantil y desarrollo insatisfactorio; no obstante, en general, las tasas de mortalidad en las niñas tienden a ser menores que en los varones durante los primeros cuatro años de vida.

Aunque no hay un patrón que permita concluir que existen diferencias en una u otra dirección respecto a la desnutrición global, la prevalencia de desnutrición aguda parece ser, en general, mayor en las niñas que en los niños menores de 5 años, lo que sugeriría que en situaciones de necesidad familiar o de crisis aquellas reciben menos atención (incluidos los alimentos) que estos. Pero la información sobre las prácticas de distribución intrafamiliar de alimentos por sexo es escasa, tanto en lo que se refiere a las niñas como a las mujeres adultas. Es preciso confirmar si en la actualidad las mujeres de los grupos socioeconómicos en riesgo y, en especial las niñas, en ciertas situaciones no satisfacen sus necesidades nutricionales, para planificar las estrategias necesarias conducentes a mejorar la alimentación de la mujer.

Los datos sobre desnutrición crónica (corta estatura para la edad) sugieren un mayor desarrollo en las niñas que en los varones de la misma edad. Sin embargo, es necesario confirmar que no existen sesgos en la población escolar censada, tal como parece sugerir la información de América Central. Es preciso también analizar nuevamente los datos originales teniendo en cuenta los grupos de edad de los niños examinados para descartar la posibilidad de influencia de factores relacionados con la pubertad.

La estatura de la mujer es sumamente importante en relación con el resultado del embarazo, tanto para la madre como para el niño. Lo más significativo respecto a las diferencias entre los sexos no es que un porcentaje mayor de niñas se haya desarrollado más rápidamente que sus contrapartes masculinos. Lo más importante es reducir el número de niñas que se hallan en los centiles más

⁴ Para mayor información sobre la cobertura de la atención prenatal, véase el trabajo de María Helena Henriques-Mueller y João Yunes, en la página 46.

bajos de las normas de crecimiento, como resultado de condiciones socioeconómicas adversas y desnutrición crónica desde temprana edad, cuando debería haber sido detectada y corregida o, mejor aún, prevenida antes de que se manifieste en toda su magnitud. Estos aspectos generalmente no se tienen en cuenta en los programas de ayuda alimentaria.

La evaluación del estado nutricional durante la juventud se complica por el problema del diseño de curvas de crecimiento en relación con la edad, considerando la variabilidad tan grande en el desarrollo puberal. Es sobre todo durante esta época de la vida de la mujer cuando también se manifiestan trastornos en los hábitos alimentarios, tales como anorexia nerviosa y bulimia, aunque se desconoce la frecuencia con que dichos trastornos tienen lugar en los países de la Región.

Se estima que en la juventud se inician los problemas relacionados con la obesidad que se manifiestan abiertamente durante la edad adulta. En la actualidad, si bien en algunos países de las Américas la obesidad supera a la anemia por carencia de hierro como el problema nutricional más importante de la mujer, muy pocos servicios de salud están orientados para enfrentarse con este problema. De hecho, muy pocos países tienen programas para tratar o prevenir la obesidad y, aún más, los pocos que existen están orientados más hacia los hombres que hacia las mujeres. Los programas educativos de alimentación adecuada y de ejercicios físicos todavía no han alcanzado a ciertos grupos socioeconómicos y culturales de los países en desarrollo y, excepto en algunos proyectos piloto, no existen programas para prevenir desde la niñez la obesidad en la mujer.

En la bibliografía consultada, todos menos dos países (Chile y Ecuador) donde existen trastornos causados por la carencia de yodo informan una frecuencia mayor en las mujeres (no solamente en las embarazadas) que en los hombres. Cuando la prevalencia de estos trastornos es alta, los programas de control utilizan como estrategia, además de la yodación de la sal, la administración, por vía oral o intramuscular, de aceite yodado a grupos en riesgo. En estos casos la dosis varía, y es más alta en las mujeres durante la edad reproductiva. Se debe considerar la posibilidad de que sea necesario administrar dosis más altas a todas las mujeres, independientemente de la edad; esta es un área que necesita ser investigada. El componente educativo de estos programas de control también debe tener en cuenta las necesidades especiales de la mujer antes, durante y después de la edad reproductiva. Ahora es el momento oportuno para revisar la situación actual y su manejo en la mujer, dado que (al igual que con la carencia de vitamina A), la OPS está actualizando la información existente y reformulando el plan de acción para la eliminación de estas carencias en el año 2000.

Se reconoce que mundial y regionalmente la anemia por carencia de hierro es el mayor problema nutricional en la

mujer, y aún más durante el embarazo. Pero a pesar de este reconocimiento, la información disponible es antigua y poco representativa. Incluso con esta limitación puede inferirse que más de la cuarta parte de las mujeres de la Región padece anemia ferropénica y, sin embargo, en los países en desarrollo solamente en los servicios prenatales (cuya cobertura es de todas formas limitada) se presta atención a este problema. Aún más, hay consenso general acerca de que los programas de suplementación con hierro que se ejecutan en las clínicas prenatales hacen poco más que mantener el estado en que se encontraba la mujer antes del embarazo. Si la mujer padecía carencia de hierro cuando quedó embarazada, continuará estando anémica durante y después del embarazo, y durante la lactancia, aunque tome regularmente las tabletas de hierro recetadas en los servicios. Aunque los programas de suplementación con hierro durante el embarazo son necesarios en los países en desarrollo, puede decirse que hacen "muy poco, muy tarde". Conviene reiterar que la corrección de la carencia de hierro debe comenzar en la niñez, continuar a lo largo de la adolescencia, en el período previo al primer embarazo, durante el mismo y en los intervalos entre múltiples embarazos. El enfoque para reducir la prevalencia de anemia en la mujer debería basarse en una doble estrategia: fortificación con hierro de ciertos alimentos seleccionados, y suplementación durante los períodos fisiológicamente más vulnerables de la vida de la mujer.

El estado nutricional de la mujer durante el embarazo es crítico para ella misma, para el feto y para el recién nacido; sin embargo, la evaluación del estado nutricional durante este período se lleva a cabo de manera rutinaria y poco confiable en las clínicas de atención prenatal. Hay que admitir que la evaluación antropométrica del estado nutricional de la mujer embarazada es un problema difícil que requiere la búsqueda de parámetros adecuados y normas de referencia utilizables en diferentes circunstancias y condiciones. La reunión organizada por la OPS/OMS, Mother Care y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (51) representó un gran avance en esta dirección y fue seguida por una serie de investigaciones a nivel mundial coordinadas por la OMS.

La suplementación alimentaria durante el embarazo ha demostrado, tanto en estudios llevados a cabo por el INCAP en América Central como por numerosos investigadores en otros países, influir positivamente en el peso del niño al nacer y en su futuro desarrollo. Muy pocos programas actualmente en ejecución incorporan un mecanismo para focalizar la ayuda a las mujeres embarazadas más necesitadas, que se hallan en mayor riesgo nutricional, o con mayores probabilidades de dar a luz niños de peso bajo o insuficiente. Tampoco incorporan un sistema de evaluación de su impacto en el estado nutricional de la mujer embarazada ni del recién nacido.

En 1990 se llevó a cabo una revisión de los proyectos de ayuda alimentaria (a nivel mundial) para grupos vulnerables apoyados por el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), y se encontró que representaban únicamente el 10,5% de todos los proyectos correspondientes al período 1962-1987. En 15 proyectos analizados en detalle (tres de ellos para América Latina: Guatemala, Nicaragua y Paraguay), teóricamente, todas las mujeres embarazadas en el área geográfica del proyecto que concurren a los servicios de salud tenían derecho a los suplementos. De 13 proyectos correspondientes al período 1966-1975, tres consideraban los alimentos como un incentivo para que las mujeres concurren a los servicios de salud (54).

En la Región de las Américas, de 83 proyectos del PMA en ejecución a junio de 1991, 11 (13,2%) están dirigidos a las mujeres embarazadas y los niños preescolares (55). Un estudio llevado a cabo por la OPS sobre 129 programas de ayuda alimentaria ejecutados entre 1970 y 1984 en América Latina y el Caribe mostró que 47 incluían mujeres embarazadas que amamantaban, quienes constituían el 3,9% de la población beneficiaria (56). Dada la importancia de la nutrición durante el embarazo y la lactancia resulta obvia la necesidad de elevar ese porcentaje.

Indirectamente, algunos programas sociales pueden beneficiar selectivamente a la mujer; en Jamaica, por ejemplo, la mayoría de los hogares necesitados que reciben bonos alimentarios están encabezados por mujeres (57), pero esta situación coyuntural no puede extrapolarse a toda la Región, ni es el resultado de una política consciente de ayuda a la mujer necesitada. Es evidente que deben formularse políticas y programas bien definidos de ayuda alimentaria a la mujer.

Del examen de cualquiera de los aspectos de alimentación y nutrición en torno a la mujer se concluye que los servicios sociales y de salud de los países en desarrollo de América Latina y el Caribe no están preparados para tratar los problemas nutricionales de la mujer. Ello se traduce en la falta de información y evaluación desagregadas de la situación, de la identificación exacta de sus necesidades, y de la ejecución de actividades selectivas. Y, sin embargo, existe la tecnología para llevar a cabo estas actividades. Lo que se precisa es reconocer que desde el nacimiento hasta la vejez la mujer tiene problemas y necesidades nutricionales especiales que requieren atención específica.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *La mujer, la salud y el desarrollo. Informe del Director General*. Ginebra, 1985. Publicaciones en offset 90.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524, 2 vols.
- (3) Kramer, M.S. Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bull WHO* 65(5): 663-737, 1987.
- (4) Martorell, R. y Gonzalez-Cossio, T. Maternal nutrition and birth weight. *Yearbook Phys Anthropol* 30:195-220, 1987.
- (5) Gueri, M. Nutritional status of young children in the English Speaking Caribbean. *Cajanus* 10:267-281, 1979.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *Medición del cambio del estado nutricional. Directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables*. Ginebra, 1983.
- (7) WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull Who* 64:929-941, 1986.
- (8) Organización Mundial de la Salud. *Necesidades de energía y de proteínas*. Ginebra, 1985. Serie de Informes Técnicos 724.
- (9) Dibley, M.J. *et al.* Development of normalized curves for the international growth reference: Historical and technical considerations. *Am J Clin Nutr* 46:736-748, 1987.
- (10) Gómez, F. *et al.* Mortality in second and third degree malnutrition. *J Trop Pediatr* 2:77-83, 1956.
- (11) Gueri, M. *et al.* The Gómez classification. Time for a change? *Bull Who* 58(5): 773-777, 1980.
- (12) El Salvador. Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional en El Salvador (ESANES-88), San Salvador, Asociación Demográfica Salvadoreña, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, agosto de 1990.
- (13) División de Desarrollo Humano. Nutrición, crecimiento y desarrollo. *Bol Of Sanit Panam* 78(1):38-51, 1975.
- (14) Delgado, H. La situación alimentaria nutricional en Centro América y Panamá. Presentado en la Reunión Subregional Papel del Sector Salud en Alimentación y Nutrición y su Participación en el Proceso de Planificación Multisectorial. Managua, Nicaragua, mayo de 1987.
- (15) Barbados. Barbados National Food and Nutrition Survey, 1981. Ministry of Health and Caribbean Food and Nutrition Institute, 1986.
- (16) Santa Lucía. National Nutrition Survey, 1974. Ministry of Health and Caribbean Food and Nutrition Institute, 1974.
- (17) Guatemala. Dirección General de Estadística, Sistema Estadístico Nacional. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1979-1981. vol. I. Guatemala, 1989.
- (18) Gonzalez-Cossio, T. y Nieves, I. Documentación sobre el estado de nutrición, salud y educación de la mujer centroamericana. Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 1991.
- (19) McIntosh, C. Markets, prices and nutrition: Exploring the interrelationship. *Cajanus* 21:218-220, 1988.
- (20) Piggot, J. y Kolas, K. Prevalence of malnutrition and dietary habits of preschoolers in a rural Guatemalan village. *Ecol Food Nutr* 8:71-78, 1979.
- (21) Delgado, H. *et al.* Tres proyectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y salud infantiles. *Bol Of Sanit Panam* 103(4): 340-350, 1987.
- (22) Bossen, R. H. *The Redivision of Labor: Women and Economic Choice in Four Guatemalan Communities*. Albany, Nueva York, State University of New York Press, 1984.
- (23) Guatemala. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Oficina de Investigaciones Internacionales (EUA) y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil, 1987. Guatemala, 1989.

- (24) Organización Panamericana de la Salud. *The National Food and Nutrition Survey of Barbados*. Washington, D.C., 1972. Publicación Científica 237.
- (25) Sinha, D. Nutrition in the English Speaking Caribbean: a brief review of the changes over the last three decades. *Cajanus* 21:113-132, 1988.
- (26) Organización Mundial de la Salud. Measuring obesity-classification and description of anthropometric data. Report on a WHO Consultation on Epidemiology of Obesity, Varsovia, 21-23 Oct., 1987. Copenhagen, 1988. Doc. EUR/ICP/NUT 125.
- (27) Amador, M. Obesity in Cuba, a Third World Country. Presentado al 14th International Congress of Nutrition. Seul, Corea, agosto de 1989.
- (28) Moutet, J. P. *et al.* Diabetes mellitus and public health in Guadeloupe. *West Indian Med J* 39:139-143, 1990.
- (29) Sepúlveda Amor, J. Estado nutricional de los preescolares y mujeres en México. México, Academia Nacional de Medicina, 1989.
- (30) Abraham, S. *Obese and Overweight Adults in the United States*. Vital and Health Statistics Series 11, No. 230. Washington D.C., Public Health Services, 1983. DHHS Pub. 83-1680.
- (31) Progress towards achieving the 1990 national health objectives for improved nutrition. *MMWR* 40(27):459-463, 1991.
- (32) Beckles, G. Diabetes Mellitus and Hypertension: Prevalence and Mortality Risk in Urban Trinidad (St. James Cardiovascular Survey, 1977-1985). En: Organización Panamericana de la Salud. *The Control of Hypertension in the Caribbean Community*. Washington, D.C., 1988.
- (33) Bahamas, Ministry of Health. Bahamas Nutrition Survey 1988-1989. Preliminary Information, 1990.
- (34) Organización Mundial de la Salud. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Ginebra, 1990. Serie de Informes Técnicos 797.
- (35) DeMaeyer, E. y Adiels-Tegman, M. The prevalence of anemia in the world. *World Health Stat Quart* 38:302-316, 1985.
- (36) Argentina. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Situación Alimenticia y Nutricional en la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 1991.
- (37) La situación agro-alimenticia y la pobreza. Su impacto en la nutrición, en la familia y el niño en Venezuela. Federación Médica Venezolana, V Congreso Médico Social, Acarigua, Venezuela, 1990.
- (38) Fujimori, E. Prevalência de anemia e deficiência de ferro en mulheres adolescentes. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição, 1989. Tesis de grado.
- (39) Jamaica. University of the West Indies, Department of Pathology and Microbiology. Report on Survey of Iron Nutritional Status and Nutritional Anemia in Jamaica, January-December 1987. Mona, Jamaica, 1989.
- (40) Canto de Cetina, T. *et al.* Efecto de dos tipos de DIV's sobre los niveles circulantes de hemoglobina, hierro sérico e índice de saturación de transferrina. *Salud Publica Mex* 29:500-505, 1987.
- (41) Canto de Cetina, T. *et al.* Valores de hemoglobina y hierro sérico en mujeres de clase socioeconómica baja, Yucatán, México. *Bol Of Sanit Panam* 98(5): 464-472, 1985.
- (42) DeMaeyer, E. M. *et al.* *Preventing and Controlling Iron Deficiency Anemia through Primary Health Care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
- (43) Simmons, W. K. Evaluation of a novel delayed release formulation for iron supplementation in pregnancy. Kingston, Caribbean Food and Nutrition Institute, 1990.
- (44) Organización Panamericana de la Salud. *Towards Eradication of Endemic Goiter, Cretinism and Iodine Deficiency*. Washington D.C., 1986. Publicación Científica 502.
- (45) Nutritional Evaluation of the Population of Central America and Panamá, 1965-1968. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y U.S. Centers for Disease Control (Nutrition Program) y U.S. Department of Health Education and Welfare. Regional Summary. Guatemala, INCAP, 1971.
- (46) Canadá. Bureau of Nutritional Sciences, Department of National Health and Welfare. Nutrition Canada: The Ontario Survey Report. Ottawa, 1974.
- (47) Requirements of Vitamin A, Iron, Folate and Vitamin B12. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Roma, 1988.
- (48) Smiciklas-Wright, H. Envejecimiento. En: Organización Panamericana de la Salud e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington, D.C., 1991. Publicación Científica 532.
- (49) Gueri, M. *et al.* Anthropometric assessment of nutritional status in pregnant women: a reference table of weight-for-height by week of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 35:609-615, 1982.
- (50) Rosso, P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 41:644-652, 1985.
- (51) Organización Panamericana de la Salud. *Maternal Nutrition and Pregnancy Outcome: Anthropometric Assessment*. Washington D.C., 1991. Publicación Científica 529.
- (52) Martorell, R. Maternal height as an indicator of risk. En: Organización Panamericana de la Salud. *Maternal Nutrition and Pregnancy Outcome: Anthropometric Assessment*. Washington D.C., 1991. Publicación Científica 529.
- (53) Bove, I. *et al.* Nutrición y embarazo en el Uruguay. Montevideo, Instituto Nacional de Alimentación, 1989.
- (54) Organización Mundial de la Salud. Review of operational world food program-supported vulnerable groups feeding projects. Ginebra, Programas de Ayuda Alimentaria, agosto de 1970.
- (55) Programa Mundial de Alimentos. Progress Report. Roma, julio de 1991.
- (56) Organización Panamericana de la Salud. *Estudio sobre intervenciones alimentario-nutricionales para poblaciones de bajos ingresos en Latinoamérica y el Caribe*. Washington D.C., 1990. Cuaderno Técnico 21.
- (57) Patterson, A. W. Health conditions of women in the English Speaking Caribbean. Kingston, Caribbean Food and Nutrition Institute, 1991.

LA SALUD MENTAL DE LA MUJER DE LAS AMERICAS

*Freda L. Paltiel*¹

INTRODUCCION

La redacción de un capítulo sobre la salud mental de la mujer de las Américas es una tarea intimidante, dada la diversidad de poblaciones, la escasez de información sobre salud mental y el rudimentario estado del análisis del género en ese campo. Esta Región tiene quizá todas las razas, credos y grupos étnicos del mundo, muestra extremos contrastes de riqueza y pobreza dentro de los países y entre uno y otro, y cubre una amplia gama de sistemas e ideologías políticos, con un marcado cambio reciente hacia la democratización. Desde una perspectiva eurocentrista, estamos listos a celebrar 500 años del descubrimiento del Nuevo Mundo; sin embargo, muchas poblaciones indígenas han vivido aquí por milenios y, además de los descendientes de los colonizadores europeos, tenemos descendientes de esclavos africanos y las actuales olas de inmigrantes de Asia que están modificando la composición de las comunidades norteamericanas. Por añadidura, se estima que 30% de la población latinoamericana es pobre y que 20%, en su mayoría mujeres y niños, vive en extrema pobreza. En realidad, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola de las Naciones Unidas estima que 43 millones de mujeres de América Latina y del Caribe son pobres (1).

Cualquier generalización sobre la salud mental de la mujer de las Américas es también peligrosa. Faltan datos definitivos, pero un examen de las publicaciones existentes da la impresión de que la salud mental de la mayoría de las mujeres de esta Región es sorprendentemente buena en su aspecto funcional, como lo demuestra su productividad económica y social. Pese a la falta de recursos económicos, tiempo, actividades de recreo, apoyo, reconoci-

miento, control de las circunstancias de su vida y la cultura del machismo, esas mujeres son miembros extraordinariamente ingeniosos y creativos de sus comunidades. De hecho, son la sustancia aglutinante de la sociedad porque mantienen unidas a las familias y comunidades.

Los cambios desfavorables de la coyuntura económica, la degradación del medio ambiente, el alza de los precios de los alimentos y la reducción de los servicios de salud y sociales han incrementado la carga de trabajo de la mujer, pero no su autoridad ni control (2). Se puede inferir que las demandas que restringen sus recursos físicos y económicos menoscaban su capacidad de tolerancia y amenazan su estado de salud físico y mental, pero para poder comprobarlo se necesita una investigación más sistemática.

La propia definición de salud mental es una tarea difícil. La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La meta de salud para todos en el año 2000 se define funcionalmente como el estado de salud que le permite al pueblo llevar una vida económica y socialmente productiva. Sin embargo, la productividad, aun en la esfera social, no es un indicador adecuado ni una garantía de salud mental; por consiguiente, es preciso agregar "una vida personalmente satisfactoria", teniendo en cuenta la vida productiva y reproductiva de la mujer. Aunque la mujer debe ceñirse también a la definición de salud mental de Freud, que entraña la capacidad de trabajar y de amar, cabe preguntarse si esa definición es válida y si el amor y el trabajo de la mujer son elementos compartidos y subestimados. La definición de gente sana en el año 2000 dada en los Estados Unidos de América se refiere no solo a la ausencia de trastornos mentales sino también a la capacidad que tiene un individuo de superar las dificultades diarias y las diversas clases de interacción social de la vida, sin sufrir disfunción cognoscitiva, emocional ni conductual (3). Este acento dado

¹ Asesora Principal sobre la Situación de la Mujer, Departamento de Salud y Bienestar Nacional del Canadá.

a la "capacidad" individual debe volver a analizarse desde el punto de vista de "la mujer, la salud y el desarrollo" con el fin de poder examinar las condiciones que favorecen u obstaculizan el desarrollo y mantenimiento de esa capacidad de superación de las mujeres y los hombres. En realidad, una definición similar de la interacción correspondiente hecha en el Canadá incluye una referencia al logro y a la conservación de las condiciones de igualdad (4).

En las secciones siguientes tratamos de examinar la salud mental y la enfermedad mental en esta Región con una perspectiva transcultural de género y discutir algunos de los preceptos, condiciones y factores relacionados con ambas en diferentes etapas de la vida.

LA NIÑEZ, EL GENERO Y LOS RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño exige que se reconozcan los derechos que tiene el niño a gozar del máximo nivel de salud y a tener servicios de tratamiento de enfermedades y rehabilitación y acceso a esos servicios de salud (5).

Millones de niños de esta Región que sobreviven a la infancia (y es posible que no sea ese el caso de las niñas indeseadas) quedan privados de la niñez y ven amenazada su salud física y mental por extrema pobreza, descuido, maltrato, disturbios políticos, desamparo y trabajo infantil. Miles de niñas prepúberes son obligadas a convertirse en prostitutas. La OMS estima que en algunos países en desarrollo hasta 20% de los contactos de los niños con los trabajadores de atención primaria de salud se deben a problemas psicológicos (6). Los factores de riesgo de afecciones mentales, somáticas y conductuales de los niños incluyen factores genéticos, traumatismos biológicos, toxinas ambientales, falta de atención prenatal, insuficiencia de peso al nacer, deficiencias nutricionales, enfermedades físicas crónicas o discapacidad, afecciones de la facultad cognoscitiva, adversidad psicosocial persistente, como privación del recibo de instrucción, maltrato o abandono de los niños, abuso sexual, perturbación de las relaciones familiares y enfermedad mental de los padres, incluso toxicomanía (7).

En la obra titulada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* de la Asociación Psiquiátrica Americana se enumeran 12 clasificaciones generales y 46 secundarias de afecciones mentales surgidas en la adolescencia, aunque su distinción no es absolutamente clara (8).

El Consejo Nacional Asesor en Salud de los Estados Unidos estima que 7,5 millones de niños y adolescentes, es decir, más de 12% de ese grupo de edad, sufre trastornos mentales, a menudo durante toda la vida, pero que solo unos dos millones de los niños que necesitan tratamiento psiquiátrico lo reciben y que menos de 20 psiquiatras infantiles, aun en los Estados Unidos, se dedican exclusivamente a la

investigación. La mitad de unos 50 000 jóvenes detenidos en el sistema judicial tiene por lo menos un trastorno mental y, dentro del sistema escolar, cerca de 400 000 niños con afecciones emocionales graves recibieron servicios educativos especiales y otros afines en un año reciente (7).

Las tasas de alteración de la conducta e hiperactividad de los niños son el doble o el triple de las observadas en las niñas. Por lo general, se estima que hasta 50% de los niños cuya conducta es antisocial cometerán algún acto de violencia física o tendrán un comportamiento ilícito cuando sean adultos. Se estima que la mitad de los niños hiperactivos enviados a diversos servicios de salud por razones clínicas, que muestran actividad excesiva y desasosiego, se ciñen a criterios que indican alteraciones ulteriores de la conducta o toxicomanía (9). Esto presenta una grave dificultad para realizar intervenciones apropiadas y oportunas en la niñez (9).

La mayoría de los informes indica que los trastornos emocionales de las niñas suelen ser mayores en la adolescencia, pero no en la niñez. Sin embargo, en un estudio en que se examinaron la ansiedad y la depresión en estudiantes prepúberes de 15 escuelas canadienses se observó que 18% de los niños se ceñían a criterios de casos de ansiedad, depresión o ambas; por medio de autonotificación se pudo identificar a más mujeres que hombres. La baja calificación asignada a la estima propia guardó relación con la alta calificación asignada a los casos de ansiedad y depresión (10). Las secuelas psiquiátricas de la ansiedad en la niñez y la adolescencia no están bien documentadas (9).

En la actualidad, se emplean más de 230 técnicas psicoterapéuticas ensayadas en individuos, grupos y familias para tratar a los niños y adolescentes con trastornos mentales, pero poco se sabe de su eficacia (7).

EL CICLO REPRODUCTIVO Y LA SALUD MENTAL

Desde la *menarquía* hasta la *menopausia*, el ciclo reproductivo de la mujer se ha mistificado con rituales, tabúes, mitos, estereotipos y medicalización. La falta de acceso a información y servicios apropiados de salud reproductiva causa profunda preocupación en la Región. La menarquía ocurre en cualquier momento entre los 9 y los 14 años. La edad ha venido reduciéndose y, por lo general, el comienzo a edad más tardía guarda relación con deficiencias nutricionales y a edad temprana, con una mejor situación socioeconómica.

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos indica que la adolescencia comienza entre los 10 y los 14 años y sigue hasta los 19 ó 21. Si bien el comienzo de la adolescencia con la pubertad es universal, su curso varía mucho en cuanto a la duración y las funciones que se esperan de los adolescentes según la zona geográfica, la

cultura, la situación socioeconómica y el género. Para ambos sexos debe ser un período de labores prometedoras relacionadas con el desarrollo, aspiraciones nutridas, la adquisición de conocimientos prácticos, el despertar progresivo a la actividad sexual y la formación de la identidad. No obstante, Nafis Sadiq, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, describe la pubertad femenina como algo que a menudo va acompañado de temores y amenazas de los adultos sobre la protección de la propia pureza, reducción o desestímulo de la actividad fuera del hogar o de la conciencia sexual y un período de inseguridad, lleno de ansiedad e incertidumbre sobre el futuro, lo que se agrava con prácticas de discriminación profundamente arraigadas. Muchas niñas y mujeres jóvenes reciben poca instrucción y trabajan sin remuneración en el seno de la familia o en lugares públicos donde están sujetas a agresión, abuso sexual y violación o embarazo prematuro (11). Sigue sin examinarse la mayoría de las consecuencias que tiene esa situación para la salud mental durante toda la vida.

Blumenthal y Nadelson han señalado que a pesar de 50 años de estudio es sorprendente lo poco que se sabe de la epidemiología, la etiología y el tratamiento de trastornos del estado de ánimo relacionados con la menstruación (12). El *síndrome premenstrual*, una afección particularmente polémica y vagamente definida, se define en términos psiquiátricos como un "trastorno disfórico del final de la fase luteínica" (8). El porcentaje de mujeres que sufren casos graves de dicho síndrome se ha estimado en 5% (13). Se han señalado más de 150 síntomas atribuidos a cada sistema orgánico, lo que confirma la vaguedad de la definición (14).

Los estudios han revelado una superposición del síndrome premenstrual con los principales trastornos afectivos. Puesto que la depresión es causa de profunda preocupación para la mujer por su prevalencia, persistencia, recurrencia y afección del bienestar y de los principales deberes de la vida, parece más lógico estudiar los cambios fisiológicos relacionados con el ciclo de la vida reproductiva como un aspecto de la posible dimensión biológica de la etiología de la depresión, en lugar de acentuar en exceso la importancia psiquiátrica del malestar pasajero de dicho síndrome, que es grave solo en pocas mujeres. Un factor contribuyente a la depresión ha sido el uso de anticonceptivos orales, causantes de episodios de ese trastorno en una proporción que oscila entre 30 y 50% de las usuarias en épocas pasadas. Se estima que los efectos psiquiátricos secundarios representan aproximadamente un 40% de los casos en que se ha necesitado suspender la administración de anticonceptivos orales (13).

Aunque un estudio hecho en Jamaica puede sugerir lo contrario (15), por lo general se ha confirmado que la menor incidencia de depresión ocurre durante el embarazo, que es el período de mayor cambio hormonal. En realidad, la incidencia es mucho menor que la observada en la

población en general. Una excepción que no se puede pasar por alto es el aumento de vulnerabilidad que se registra de las mujeres embarazadas a la violencia física de los hombres o compañeros abusivos. Por ser una experiencia tanto psicosocial como fisiológica, en ambos casos hay que estudiar las fuentes de protección contra la psicopatología en mujeres embarazadas.

La variación del estado de ánimo y la fluctuación de las concentraciones de hormonas esteroides en la mujer han recibido atención desde época inmemorial, pero ha persistido la falta de atención a esos aspectos en el hombre, a pesar de haber una considerable superposición de las concentraciones de estradiol en hombres y mujeres normales. Durante la aceleración del crecimiento de los varones adolescentes, la concentración de testosterona sérica aumenta casi al doble de lo normal y se observan cambios gonadales y suprarrenales y variaciones del estado de ánimo relacionadas con problemas de conducta en los hombres, pero no en las mujeres. Esos factores han sido señalados por Hamilton y colaboradores, quienes desaconsejan reforzar los estereotipos sexuales con la recopilación de datos relativos sobre todo a la mujer; recomiendan métodos longitudinales y comparativos entre los géneros para poder comprender mejor la neuroendocrinología y tomar claramente los antecedentes de los ciclos endógenos en el ser humano (16).

La incidencia de *esterilidad* se ha estimado en 15% en América Latina. En las culturas marianas, la función de la maternidad es la característica central de la feminidad (17). Cuando la pareja es estéril, con frecuencia se culpa y se rechaza socialmente a la mujer. En los países en desarrollo, la esterilidad puede ocurrir no solo como resultado de enfermedades de transmisión sexual o de exposición tóxica de cualquiera de los integrantes de la pareja, sino también de infecciones ocasionadas por prácticas obstétricas y ginecológicas deficientes o transmitidas por parteras legas durante el parto y el aborto. Por tanto, la prevención de la esterilidad es una importante dimensión de la maternidad sin riesgo. Los aspectos psicosociales de la esterilidad y las repercusiones sociales de las nuevas tecnologías de la reproducción en varias sociedades exigen más estudio.

La *depresión durante el parto y el puerperio* es un aspecto de particular importancia en la salud mental de la mujer. El parto, quizá la experiencia más emocionante para la mujer, no está exento de riesgos mentales o físicos y los primeros se dejan de lado con mayor frecuencia que los últimos (18). Todavía están por determinarse los aspectos de salud mental de la maternidad sin riesgo. De hecho, el puerperio parece ser un período de riesgo particularmente alto para la mujer. Aun así, no se cita en el programa de entrevistas de diagnóstico ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y, como no existe una nomenclatura bien definida, un sistema de clasificación ni un diagnóstico oficial, se han investigado poco la etiología, los criterios de diagnóstico, el curso, el tratamiento y

los resultados de esas afecciones “indefinidas” (19). (En la CIE-10 se incluye la depresión puerperal [20].)

Tres clases citadas a menudo son la *melancolía pasajera*, la *depresión moderada* y la *psicosis puerperal*. Hamilton propone una clasificación basada en cinco síndromes, dos de los cuales son la *melancolía por la maternidad*, que puede afectar al 80% de las madres y constituye un proceso transitorio normal que ocurre aproximadamente tres días después del parto, y la *depresión posnatal*, que se estima que afecta a una de cada 10 mujeres, aparece en forma insidiosa en las semanas siguientes al parto y presenta síntomas físicos y cambios de personalidad. Hamilton cita otros tres síndromes separados de enfermedad puerperal grave: *psicosis puerperal*, con peligro de autodestrucción o riesgo para el niño, si no se reconoce y se trata; *depresión puerperal mayor*, que ocurre alrededor de la 20ª semana y se intensifica hasta llegar a un alto riesgo de suicidio y un curso que puede incluir recuperación o depresión crónica; y *depresión psicótica puerperal*, una clasificación mixta, con elementos de las dos anteriores. Sugiere que esos cinco síndromes ocurren en etapas definidas de restitución de la normalidad de los procesos químicos del organismo y de los órganos reproductivos después del embarazo. Todos “guardan relación con afecciones orgánicas y la enfermedad está relacionada con impedimentos tóxicos, metabólicos o traumáticos de la función de las neuronas” (19).

Se necesitan estudios multidisciplinarios en varios sitios para ampliar nuestros conocimientos de epidemiología y etiología de las afecciones o trastornos mentales y emocionales que sufre la mujer en el puerperio con el fin de orientar el trabajo de identificación apropiada de riesgos, el tratamiento, la atención y el apoyo y las posibles medidas de prevención.

La *menopausia*, el cese gradual de la función ovárica que culmina alrededor de los 50 años, es una experiencia fisiológica universal con características particulares en cada cultura para las mujeres cuya esperanza de vida se extiende más allá de esa edad. En los Estados Unidos, casi 30% de las mujeres llegan a la menopausia por causa de tratamiento quirúrgico antes de los 45 años (16). También se ha citado menopausia prematura en poblaciones femeninas poco privilegiadas.

En los países occidentales, solía creerse que las mujeres de mediana edad con un estado de ánimo disfórico sufrían melancolía involutiva o el síndrome del hogar vacío. La teoría psicoanalítica adscribía los síntomas menopáusicos a la pérdida de feminidad o a la ansiedad causada por la idea de castración. Seiden observa que hoy en día los síntomas psiquiátricos que ocurren durante los años de la menopausia raras veces se atribuyen a esta (21). Sin embargo, a las mujeres de ese grupo de edad se les recetan más medicamentos psicotrópicos que a las de otros y a los hombres de la misma edad (22).

Varios estudios socioculturales recientes sobre la relación de la edad cronológica con el cambio de funciones y la menopausia revelan interesantes similitudes y diferencias. En un estudio realizado en San Diego con 100 mujeres tratadas en una clínica de atención menopáusica, el 79% presentó quejas físicas y las más predominantes fueron sensación de calor repentino, dolores de los músculos y las articulaciones, cefalalgia, aumento de peso, mareo, estímulo del apetito, estreñimiento, adormecimiento y hormigueo (23). En un estudio de una muestra transversal, las mujeres japonesas presentaron quejas similares que incluyeron rigidez de los hombros, cefalalgia, lumbago, estreñimiento y frío (24).

La transición a distintas funciones en diversas sociedades ocasiona diferencias en la conducta relativa a la salud. En las mujeres de las sociedades no industrializadas se observan diferencias en cuanto a la menarquía, la menstruación, el consumo dietético de grasa, la paridad, la edad en el primer embarazo y el intervalo entre el último embarazo y el climaterio, que puede ser muy corto. Varios autores suponen que las diferencias relativas a la función que desempeña la mujer después de la edad reproductiva en las sociedades no industrializadas han hecho de la menopausia una buena experiencia. En algunas sociedades, las mujeres posmenopáusicas ya no se consideran “impuras”, quedan liberadas de la carga de embarazos repetidos y, al tener hijos varones ya establecidos, logran las metas y la seguridad previstas. Es posible que gocen de mayor libertad y respeto (25, 26).

Ha comenzado a desaparecer el síndrome del hogar vacío que afecta a las mujeres norteamericanas de mediana edad. Podemos suponer que el mayor número de posibilidades se refleja en las estadísticas de salud mental, incluso en una continua reducción del número de hospitalizaciones psiquiátricas de mujeres. Los días de atención recibida por las mujeres canadienses de 45 a 64 años representaron 34 y 32%, respectivamente, del total correspondiente a mujeres de todas las edades en 1971 y 1976; ya en 1982-1983, se había reducido a 22% (27). Varios estudios recientes indican también que la sexualidad femenina se mantiene activa después de la menopausia. Sin embargo, la necesidad cada vez mayor de cuidar a los padres y familiares ancianos representa una pesada carga para las mujeres de mediana edad, cuya propia salud comienza a quebrantarse al tratar de equilibrar el empleo, las responsabilidades familiares y el cuidado de hijos adultos que todavía no son independientes. En los Estados Unidos, 32% de los hombres solteros y 20% de las mujeres solteras de 25 a 34 años vivían aún con sus padres en 1990 (28). A medida que se generaliza la familia norteamericana con miembros de la cuarta generación, es posible que las mujeres de mediana edad tengan que asumir también las responsabilidades del cuidado de los hijos de sus hijos divorciados, separados, solteros o desempleados.

Las mujeres latinoamericanas posmenopáusicas pueden esperar otros 20 años de vida y las norteamericanas, otros 30. La salud física y mental, incluso la conservación o el deterioro de la facultad cognoscitiva, la seguridad económica, la educación, una vivienda adecuada, la integración social, las tensiones y los medios de apoyo ambientales y la actitud respecto de la vejez y del género afectan la calidad de la vida y la capacidad de adaptación de la mujer anciana. La mejora de la calidad de la vida debe ser un elemento importante de la atención primaria de salud.

En los países en desarrollo, la migración de los familiares jóvenes, la poca deferencia con que se trata a las personas de edad y las obligaciones tradicionales de la familia, así como la urbanización, alteran la estructura de las sociedades de varias generaciones, desorganizan sus sistemas de apoyo o hacen más pesada la carga de quienes cuidan a otros, a menudo de las abuelas.

La seguridad económica de la mujer anciana es mucho menor que la del hombre, lo que indica déficit económicos y sistemas inequitativos de seguridad social anteriores, si existe alguno. Ese es el caso en los países desarrollados y en desarrollo. En Jamaica, donde el promedio de edad de las viudas es de 61 años y donde casi un número igual de mujeres en unión consensual se comportan como si fueran casadas, muchas de quienes pierden el ingreso de su compañero no reciben ni pensión de viudez ni de vejez y dependen totalmente de la buena voluntad de familiares y amigos. A veces deben cuidar a familiares seniles aún más ancianos y a sus hijos o a sus nietos cuyos padres han emigrado en busca de trabajo (29).

En 1990 se celebraron dos talleres sobre la mujer de mediana edad y anciana como complemento de las actividades celebradas en conjunto por la OPS y la Asociación Americana de Personas Jubiladas (AARP) para apoyar las estrategias y los programas destinados a atender las necesidades de ese grupo en los países en desarrollo de la Región. Los representantes de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales analizaron las necesidades de salud, económicas y psicosociales de la mujer después de la edad reproductiva y formularon recomendaciones para planes de acción. Reconocieron la necesidad de sensibilizar más a la población respecto de los problemas de la mujer anciana, sobre todo en los sectores más pobres, e hicieron hincapié en las necesidades de nutrición y salud mental. Casi no se reconocen las necesidades sociales y es preciso realizar más estudios para promover ese campo. Las mujeres deben estar preparadas para asumir nuevas responsabilidades en la sociedad y afrontar la viudez, el abandono y la falta de ingresos. Las autoridades encargadas de formular política deben movilizarse para formular y ejecutar políticas y programas sociales destinados a atender las necesidades de esos grupos. En Jamaica, se hizo hincapié en la creciente carga de las enfermedades crónicas; en el Ecuador, se acentuó principalmente la impor-

tancia de las abuelas como proveedoras de atención primaria de salud.

Además del trabajo y de la familia, se reconoce cada vez más que la amistad es fuente de apoyo y estima propia (30). La serie de perfiles de los ancianos preparada por la OPS no incluyó preguntas concretas sobre salud mental; no es sorprendente que la economía y la salud fueran los principales motivos de preocupación. Una pregunta sobre las amistades reveló que en la Argentina hasta un tercio de las mujeres ancianas declararon que no tenían amigos; cerca del mismo número de ancianos de ambos sexos de Guyana y Costa Rica dijeron que no tenían amigos íntimos y un alto porcentaje de ese grupo en Chile declaró lo mismo. En Trinidad y Tabago, fueron pocos los ancianos que declararon que no tenían amigos, pero muchos indicaron la falta de amigos íntimos (31-35).

DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR GENERO

No existe un sistema uniforme en la Región para clasificar los trastornos mentales, es decir, las afecciones del pensamiento, la conducta o el sentimiento, lo que dificulta la comparación de un estudio con otro. Los dos sistemas de clasificación principales son la Clasificación Internacional de Enfermedades (actualmente en su décima y última revisión) y la obra titulada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (actualmente en su cuarta revisión). Las estadísticas basadas en utilización ofrecen estimaciones poco fiables, ya que dependen de la disponibilidad de los servicios, los criterios de selección de pacientes, etc.

Basándose en los estudios epidemiológicos hechos en América Latina, Levav y colaboradores estimaron la prevalencia mediana de determinados trastornos neuropsiquiátricos en ambos sexos en un solo grupo. En orden de importancia descendente, son los siguientes: uso indebido de alcohol, 17,0; neurosis, 14,5; síndrome de dependencia del alcohol, 10,0; cambios de personalidad, 4,7; afecciones cognoscitivas, 3,0; retardo mental, 1,3; epilepsia, 1,2; farmacodependencia, 1, 2; y síndrome cerebral orgánico, 1,1 (36).

Una idea equívoca común, repetida en textos influyentes, indica que las tasas generales de trastornos mentales predominan más en los hombres que en las mujeres, aduciendo varias explicaciones de la varianza. Ahora entendemos que la prevalencia de determinados trastornos es distinta en las mujeres y los hombres. En el estudio del programa de la zona de captación epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental realizado en cinco sitios de los Estados Unidos de América (New Haven, Connecticut; Baltimore, Maryland; St. Louis, Missouri; Durham, Carolina del Norte; y Los Angeles, California) se investi-

gó la prevalencia de unos 28 de los 122 trastornos psiquiátricos más importantes que afectan a los adultos, citados en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Se determinó que la prevalencia de afecciones psiquiátricas, en conjunto, durante toda la vida era de 36% en los hombres y de 30% en las mujeres. En el estudio se confirmó que el número de mujeres deprimidas es mayor que el de hombres en proporción de 2:1 y que ese grupo sufre especialmente episodios graves de depresión y distimia, ansiedad, sobre todo agorafobia y pánico, y somatización; eso les sucede en particular a las mujeres ancianas y pertenecientes a minorías. Las diferencias de género más marcadas y constantes en materia de afecciones relacionadas con fobias se observaron en la población hispana, en la que las tasas de prevalencia en las mujeres fueron de más del doble de las observadas en los hombres. Las afecciones predominantes en los hombres fueron el uso indebido y la dependencia del alcohol y el trastorno de la personalidad antisocial. El número de mujeres que recibieron tratamiento fue mayor que el de hombres, a saber, 23 frente a 14%, sobre todo de mujeres solteras. La proporción de personas a cargo de otras por razones económicas fue muy elevada y se situó en 47%.

En el estudio se señaló la necesidad de impartir enseñanzas al público para reconocer las afecciones, la información sobre el tratamiento eficaz y un mayor acceso a la atención. También se disipó la idea de que el estereotipo de la persona con una afección psiquiátrica es una mujer ansiosa o deprimida, de mediana edad (37).

En el programa de la zona de captación epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental, en el que también se estudió la prevalencia de determinados trastornos psiquiátricos en Puerto Rico, se determinó que las tasas por sexo durante toda la vida fueron de 34,0 en los hombres y 22,8 en las mujeres y, durante seis meses, de 18,7 en aquellos y 13,4 en estas. Las afecciones femeninas predominantes fueron distimia, 7,6; trastornos relacionados con la ansiedad, 15,7; y disfunción psicosexual, 35,8. Las afecciones masculinas predominantes fueron uso indebido y dependencia del alcohol, 24,6; conducta obsesivo-compulsiva, 3,3; y trastornos esquizofrénicos, 2,2. En Puerto Rico fueron un poco mayores las tasas de deterioro grave de la facultad cognoscitiva y somatización. El uso indebido y la dependencia del alcohol fueron las afecciones más predominantes, y la esquizofrenia y los trastornos causados por el pánico, las menos comunes en Puerto Rico y tres comunidades de los Estados Unidos (38).

En el estudio de prevalencia de varios trastornos hecho por Bland y colaboradores durante seis meses en Edmonton, Alberta, se descubrió una tasa general de 17,1%. La tasa de prevalencia de todas las afecciones en conjunto fue mayor en los hombres que en las mujeres. La tasa de prevalencia de trastornos afectivos fue de 3,8 en los hombres y 7,6 en las mujeres, la de episodios graves de depresión,

de 2,5 en los hombres y 3,9 en las mujeres y la de distimia permanente, de 2,2 y 5,2, respectivamente. Bland confirma los resultados de la mayoría de los demás estudios que indican un marcado predominio de los hombres cuando se trata de uso indebido y dependencia del alcohol y de las drogas y del trastorno de la personalidad antisocial. Las cinco afecciones más comunes de la mujer fueron fobia, distimia, episodios graves de depresión, uso indebido y dependencia del alcohol y trastornos obsesivo-compulsivos (39).

En el estudio de la prevalencia de los trastornos mentales hecho por Sartoris y Rapella en la Argentina se descubrió que 12% de las mujeres y 7% de los hombres tenían psicosis o neurosis funcional, clasificadas en conjunto, y 55% de las personas de ambos sexos mostraban síntomas indefinidos de neurosis (40).

Según Cameron y Hill, en muestras clínicas, la fobia social es más común en los hombres que en las mujeres. La razón de sexos de los pacientes con ataques de pánico sin agorafobia es más o menos igual, pero la agorafobia es de 2 a 4 veces más predominante en las mujeres. La razón de sexos de los trastornos obsesivo-compulsivos es más o menos igual o un poco mayor en las mujeres (41).

En los países del Caribe y en América Central, las mujeres usan con mayor frecuencia los servicios ambulatorios de salud mental, y los hombres, los de internado. En un estudio de pacientes ambulatorios realizado en Panamá se emitió un diagnóstico de alteración neurótica a 62% de las mujeres y a 36% de los hombres (42). En Costa Rica, los trastornos mentales representan 7,3% de las consultas médicas y de los egresos hospitalarios de las mujeres y ocupan el quinto lugar entre las 17 causas principales (43). En la Argentina, los trastornos mentales ocupan el séptimo lugar entre las causas de internado de las mujeres de 50 a 64 años egresadas de los hospitales públicos, lo que representa 4% (44).

ASPECTOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON EL GENERO

La *ansiedad* es una parte existencial de la condición humana y, aunque no es una afección discreta, es un concepto central en psicopatología. El *susto*, que significa temor, también es un concepto de la medicina latinoamericana tradicional. La ansiedad y el temor caracterizan la vida de la persona insegura, dependiente o amenazada. En muchos estudios se ha sugerido que la mujer está expuesta a un mayor riesgo de trastornos que entrañan ansiedad y depresión o de "afecciones neuróticas" en general. Sin embargo, una búsqueda automática en un extenso banco de datos médicos reveló que solo 10% de 1861 artículos trataban del género y de las afecciones relacionadas con la

ansiedad (41). Las referencias a la ansiedad aparecen en varios grados de depresión, pero su relación es ambigua. Para tener una idea clara de la ansiedad que sufren las mujeres, necesitamos comprender mejor la ansiedad propiamente dicha y su relación con la depresión y la situación de la mujer en diferentes etapas de la vida, que pueden constituir factores determinantes o precipitantes.

Los trastornos neuróticos en sí se excluyeron del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, pero la CIE-9 incluye estados de ansiedad en esa clasificación. En el primero se citó la *fobia* como la afección más común de la mujer. Algunos creen que la ansiedad generalizada, los ataques de pánico y las fobias se pueden considerar factores predisponentes a un diagnóstico definitivo de trastorno afectivo (18).

El mismo trastorno básico puede tener una presentación distinta en los hombres y las mujeres y las fobias de los hombres son más discretas y las de las mujeres, más generalizadas. Cameron y Hill sugieren también que puede existir un cierto sesgo en la práctica clínica (41). Las mujeres representan aproximadamente 85% de los casos notificados de agorafobia, la clase de fobia más generalizada.

Hay que examinar con más detenimiento la relación que guardan los síntomas de los estados de ansiedad o las afecciones causadas por el pánico con las enfermedades orgánicas, como tirotoxicosis, feocromocitoma o hipoglucemia, y con las alteraciones vasomotoras perimenopáusicas desestabilizadoras. Lo que se considera agorafobia en algunas mujeres puede tener explicaciones que no son psicógenas, ya que la mujer siente un temor justificable a la violación o la agresión sexual o física en un medio desprotegido y desconocido y en las relaciones íntimas. En una encuesta nacional de opinión, más de la mitad de las mujeres canadienses declararon que habían restringido sus actividades por temor de ser atacadas (45). Además, las responsabilidades de la mujer en lo que respecta al cuidado de los familiares enfermos o débiles, lactantes, ancianos con quebrantos de salud, hijos y esposos la lleva a un estado de "hipervigilancia" que puede interpretarse como una afección o que, en realidad, causa trastornos relacionados con la ansiedad si no hay alivio ni apoyo.

La *depresión* es la causa más grave de los problemas de salud mental de la mujer de la Región y predomina en todos los grupos de edad. En los estudios de la zona de captación epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental (EUA), la prevalencia en las mujeres fue mucho mayor que en los hombres durante toda la vida, un año o un mes en todos los grupos étnicos, aunque los negros tienen una tasa menor durante toda la vida. La depresión grave es la afección más común, seguida de distimia; las afecciones bipolares tienen la menor prevalencia y son comparables en los hombres y las mujeres. Las diferencias de sexo encontradas en los casos graves de depresión y distimia confirman los resultados de los estudios epidemiológicos y clí-

nicos. La edad del comienzo de los casos graves de depresión se ha reducido y la media es de 27 años (46).

Entre las mujeres, en el estudio de la zona de captación epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental se descubrieron las mayores tasas de incidencia de depresión en las de 18 a 29 años, pertenecientes al cuartil que ocupa el primer lugar entre los más bajos de la escala socioeconómica, y las de 30 años o más, que pertenecen al siguiente (47). El desempleo guarda una estrecha relación con ese trastorno en hombres y mujeres.

Sartorius y colaboradores determinaron que los síntomas "básicos" de depresión, como tristeza, falta de estima propia, letargo y pérdida del interés y la concentración varían poco de un país a otro (48). Stiver y Miller, cuyo trabajo se basa en un modelo de relaciones, creen que las mujeres han estado deprimidas por mucho tiempo, sobre todo por falta de conexión en su vida diaria con personas que les son importantes. Stiver caracteriza la tristeza como un estado de sensibilidad y la depresión como uno de insensibilidad, casi como un estado de anestesia con elementos disfóricos (49).

Se estima que aproximadamente 8% de la población de los Estados Unidos sufre de depresión y de trastornos afectivos y del estado de ánimo y que dos tercios dejan de recibir tratamiento. El número de días de hospitalización por causa de depresión es igual o superior al de internados por las ocho afecciones médicas crónicas de mayor importancia.

En un estudio de los inmigrantes al Canadá se comparó a las mujeres de cuatro grupos étnicos y se observó que 35% de las chinas, 24% de las vietnamitas, 48% de las portuguesas y 22% de las latinoamericanas recibieron calificaciones indicativas de depresión clínica medida según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, en comparación con 20% de la población femenina en general. Las latinoamericanas, que tuvieron el menor porcentaje entre los inmigrantes, notificaron contacto más frecuente con sus familiares, el mayor número de amigos y la mayor probabilidad de tener algún confidente. Fue interesante observar una relación positiva entre los síntomas de depresión y una menor tensión financiera, lo que sugiere que en la depresión de la mujer intervienen factores psicosociales más bien que económicos (50).

El Grupo de Trabajo sobre la Depresión de la Mujer de la Asociación Psicológica Americana investigó la relación de los trastornos observados con las características psicológicas de la mujer, los hechos relacionados con la reproducción, la función social y las circunstancias de la vida. El Grupo planteó la hipótesis de que había fuertes tensiones en la vida causadas por la pobreza, enfermedad física, relaciones familiares, circunstancias imperantes en el hogar y el trabajo y pérdidas. Como rasgos de la personalidad se citaron poca estima propia, sensibilización a las funciones de cada género, orientación de la mujer hacia otras

personas, actitud pesimista, idea de tener menos control de la vida y devaluación de la función desempeñada por el género femenino. Los estudios muestran que la tasa de depresión de las esposas empleadas con pocas tensiones conyugales y ocupacionales es menor y la de las desempleadas con muchas tensiones conyugales, mayor.

El informe de ese Grupo de Trabajo sugiere que hay que explorar más a fondo el sesgo del diagnóstico porque las tasas son mayores cuando se trata de afecciones compatibles con la opinión idealizada de feminidad que tiene la sociedad, en tanto que se pueden desatender, dejar de tratar o diagnosticar equivocadamente otras afecciones de la mujer, como el alcoholismo. Hay que examinar de manera más sistemática la relación que tienen con la depresión de la mujer los factores psicosociales y económicos como el estrés, el conflicto en las relaciones interpersonales, el abuso físico y sexual, la discriminación y la pobreza. El Grupo de Trabajo también consideró que es preciso considerar la neuroendocrinología dentro de un marco social, mejorar las historias clínicas y estudiar más detalladamente la función de la serotonina en la patofisiología de los trastornos depresivos (47).

En el Cuadro 1 se resumen las características más destacadas de otras afecciones predominantes en la mujer, al parecer intratables. Estas son motivo de preocupación cada vez mayor, a medida que comenzamos a reconocer las consecuencias de destrucción de la personalidad que deja el abuso sexual y que pueden manifestarse por medio de diversas afecciones que entrañan disociación. La esquizofrenia, pese a estar igualmente distribuida entre los sexos, parece seguir un curso distinto, que incluye diferencias en la edad de iniciación, intensidad, cronicidad y recurrencia. Nos falta información sobre la incidencia de trastornos de la alimentación, la afección límite de la personalidad o la afección postraumática causada por el estrés en los países en desarrollo de la Región.

SUICIDIO

En esta Región hay una excesiva tasa de mortalidad ocasionada por actos de violencia, como homicidios, accidentes y suicidios. Se estima que en los Estados Unidos se hospitalizan 12 000 niños de 5 a 14 años por actos deliberados de autodestrucción, como heridas con arma blanca, quemaduras o consumo excesivo de medicamentos (62). Levav y colaboradores estiman que el total de defunciones relacionadas con enfermedades mentales aumentará 50% en el año 2000 y llegará a 352 265. Se estima que la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes de América Latina es de 3,9 (1985), con un aumento previsto a 4,1 en el año 2000 (36). Hay varios grados de subnotificación del suicidio. En los países industrializados, está entre las 10 causas de defunción más comunes; un informe publi-

cado por la OMS en 1986 mostró tasas de 12,6 y de 10,9 por 100 000 habitantes en el Canadá y los Estados Unidos de América, respectivamente (63).

Aunque las tasas de defunción de hombres por suicidio son mayores (2-3:1), en las mujeres el intento de suicidio predomina y se observa con mayor frecuencia. Weissman señala que la depresión y el suicidio son trastornos estrechamente vinculados; sin embargo, mientras que la mujer deprimida típica es casada y tiene de 25 a 40 años de edad, la que intenta suicidarse es soltera y menor de 25 años y, a veces, es solo una quinceañera (64). Se ha descubierto que las mujeres que han intentado suicidarse sin consecuencias graves sufren trastornos de la personalidad, farmacodependencia o "afecciones causadas por una situación determinada" (62).

Las tasas de suicidio también varían con la edad, la ocupación, la raza, el estado de inmigración y las afecciones físicas y mentales. Los médicos están expuestos a un riesgo de suicidarse dos veces mayor que el observado en la población en general. En las mujeres, ese riesgo es elevado en las enfermeras, químicas, estudiantes de medicina y farmacéuticas. Eso tiene importantes repercusiones para la salud mental en el lugar de trabajo, dentro del sector de salud.

El perfil tradicional de un aumento con la edad parece haber cambiado recientemente a un patrón de distribución con dos edades de máxima incidencia, a saber, de los 15 a los 29 años y después de los 50 (65). Una cierta reducción observada en los ancianos se atribuye a un mejor sistema de seguridad social. El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de defunción más comunes de los adolescentes y el segundo entre las de estudiantes universitarios (66). Los patrones demográficos del suicidio también difieren según el estado civil.

El mayor riesgo de suicidio se observa en las personas viudas, divorciadas y que viven solas. En los Estados Unidos, las tasas de suicidio de los negros han sido siempre la mitad de las de los blancos, pero se registra un acusado aumento de las de jóvenes negros del sector urbano. Las afecciones psiquiátricas llevan a pronosticar un alto porcentaje de suicidios consumados (62). A menudo se cita contacto reciente con un médico o una clínica. Pérez observó que de 13 a 16% de esas personas se comunicaron con los servicios de urgencia de algún hospital antes de suicidarse. Solo uno de seis pacientes fue detectado por los médicos (65). Una enfermedad física grave, especialmente una malignidad avanzada, es uno de los factores determinantes. El desempleo es un factor de riesgo establecido, pero en el caso de la persona desempleada por mucho tiempo eso puede quedar oculto por la existencia de un trastorno mental o de la personalidad.

La tasa de suicidio de los indígenas estadounidenses es de 21,6 por 100 000 y la de los canadienses se estima en 36 por 100 000, lo que representa casi el triple de la ob-

Cuadro 1. Trastornos seleccionados y repercusiones predominantes para la mujer o relativas al género.

Trastorno	Estimación de prevalencia	Características	Factores determinantes/ etiología	Repercusiones sociales	Referencias
Anorexia nerviosa	1:200 mujeres jóvenes 90% en mujeres	Hambre, imagen errónea del cuerpo, amenorrea y baja de la temperatura	Conflictos de la función de los sexos, ideal de esbeltez, adiestramiento para ballet, lugar de control, autoestima	Alto riesgo de mortalidad, necesidad de tratamiento específico del género	(18) (51) (52) (53)
Bulimia	15-20% de la población universitaria femenina 95% en mujeres	Comida en exceso, vómito autoprovocado, imagen errónea del cuerpo, inestabilidad, ansiedad autonotificada	Conflictos de la función de los sexos, incesto, abuso sexual, deterioro de la autoestima, problema relativo al lugar de control	Superposición de síntomas con una necesidad limítrofe de tratamiento específico del género	(18) (51) (54) (55)
Afección limítrofe de la personalidad	Prevalencia desconocida 67-87% en mujeres	Disociación, relación intensa e inestable, alteración de la identidad, autolesión, ira intensa, vacío	Antecedentes de traumatismo o abuso sexual e incesto	La clave de la recuperación está en abordar el problema del abuso sexual, antes considerado intratable	(56) (57)
Afección postraumática causada por estrés	Prevalencia desconocida	Disociación, reacciones de conversión, reversión, sentimiento de depresión, agitación, insensibilidad	Experiencia abrumadora, por ej. holocausto, desastres, abuso sexual, tortura, toma como rehén	Presunta tasa elevada de mortalidad, superposición con el trastorno de la personalidad múltiple, necesidad de tratamiento específico del género	(18) (56) (58)
Esquizofrenia	1:100 Distribución igual por sexo. Comienzo tardío en la mujer de 25 a 44 años	Disociación, ideas desordenadas, agresividad, retiro, alucinación, estupor, sentimiento extraño, causa importante de hospitalización psiquiátrica	Etiología desconocida, factores genéticos, tóxicos o psicosociales desconocidos, deterioro de los neurotransmisores	Los riesgos incluyen estigma, disquinesia tardía crónica, pobreza, desamparo, síndrome de la limosnera	(18) (59) (60) (39) (61)

servada en la población en general; la tasa varía según el grupo (65). En el Canadá, donde las tasas de suicidio de la mujer se han mantenido estables con el tiempo, las adolescentes aborígenes intentan suicidarse en proporción 11 veces mayor que la correspondiente a otras jóvenes de la misma edad (67). Además, la primera generación de mujeres inmigrantes presenta tasas de mortalidad por suicidio superiores a la de sus homólogas nacidas en el Canadá y está representada sobre todo por mujeres nacidas en Asia, mayores de 65 años (68). Los factores determinantes de su alto riesgo merecen un examen más detallado; entre las hipótesis están el temor de ser una carga en una cultura extraña que no se caracteriza por tratar con deferencia a las personas de edad y la barrera del idioma para recibir atención adecuada.

La evaluación del riesgo hecha por Blumenthal ofrece algunas claves útiles para el estudio de las diferencias de género en la conducta suicida. La mortalidad es uno de los factores confirmados que separa a quienes se suicidan de hecho, que son sobre todo hombres, de quienes intentan suicidarse, que son principalmente mujeres. Más del 50% de los hombres usan armas de fuego para suicidarse (62). En los Estados Unidos es alarmante que la mitad de las mujeres jóvenes usen ahora armas de esa clase. En Tri-

nidad y Tabago, las personas de ambos sexos intentan suicidarse con plaguicidas, pero mueren más hombres (69). Es raro que las personas dejen notas explicativas del suicidio. Leenars no descubrió ninguna diferencia de sexo en las variables psicológicas al examinar varias de esas notas (70). Los rasgos de la personalidad de los hombres y mujeres que se suicidan son diferentes, por ejemplo, en lo que respecta a agresión, impulsividad, conducta antisocial y alcoholismo, que guarda relación con un 25 a 50% de los suicidios. La incidencia de este es 20% mayor en toxicómanos que en la población en general. Un factor precipitante citado por Blumenthal es algún acontecimiento humillante (62). La agresividad, el alcoholismo, las tendencias sociopáticas y la idea de que algo es humillante, en conjunto, pueden diferenciar a los hombres de las mujeres y a los blancos de los negros, quienes sufren humillación más regularmente. Hay que estudiar la hipótesis formulada con respecto a esas diferencias. Las teorías de integración social en relación con las elevadas tasas de suicidio de los indígenas, particularmente de los jóvenes, también exigen un estudio más profundo y orientado hacia la acción.

En investigaciones anteriores de las diferencias de género se citaron los actos histéricos y los patrones de conducta para llamar la atención observados en las mujeres que

intentan suicidarse. En los conceptos actuales de parasuicidio también se diferencia el intento, pero siempre hay ambivalencia. La autora formula la hipótesis de que la mujer contiene su impulso de suicidarse por sentimientos de empatía con respecto a los sobrevivientes, aun cuando estos sean la causa de su desesperación.

MEDICAMENTOS PSICOTROPICOS: ALGUNOS PUNTOS DE ANALISIS DEL GENERO

Se ha comprobado ampliamente que se recetan más medicamentos psicotrópicos, incluso ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y antidepresivos a la mujer que al hombre, en proporción estimada de 2:1. Aun después de haber controlado una afección médica, las mujeres suelen recibir más recetas que los hombres al consultar al médico. Las mujeres divorciadas, separadas o viudas reciben más recetas (71). La salud mental y las afecciones musculoesqueléticas juntas representan alrededor de la mitad de las recetas de medicamentos psicotrópicos.

No existen pautas claras para el uso de litio y de medicamentos tricíclicos para el tratamiento de afecciones recurrentes del estado de ánimo (72). Los ensayos clínicos suelen hacerse en poblaciones pequeñas, generalmente masculinas. Además, faltan datos sobre la duración óptima del tratamiento. La inobservancia del tratamiento es muy elevada y se atribuye a menudo a falta de cooperación de los pacientes, más bien que a preocupación de estos por los efectos secundarios. Las mujeres que usan anticonceptivos orales o que tienen la intención de quedar embarazadas, las lactantes y las que sufren alteraciones hormonales después del parto, pero sobre todo las embarazadas, necesitan atención particular al evaluar el riesgo/beneficio de los medicamentos que alteran el estado de ánimo.

Hoy en día se suele depender mucho de los fármacos para controlar el estado de ánimo. Los Centros Colaboradores de la OMS en Salud Mental sugieren que la psicoterapia puede ser útil cuando se emplea junto con farmacoterapia (73). Los profesionales de salud mental responsables y los defensores de la salud de la mujer advierten que los medicamentos complementan los recursos del médico y no son una fórmula mágica. Cooper y Magnus informan que de 30 a 40% de las mejoras clínicas de la depresión pueden atribuirse a efectos farmacológicos, pero citan otras influencias, incluso remisión espontánea, un medio favorable y psicoterapia. Llegan a la conclusión de que la psicoterapia y la farmacoterapia en la debida combinación obran mejor que una u otra por separado para controlar la depresión aguda unipolar o causada por una situación determinada y para fines de mantenimiento en casos de depresión neurótica (74).

Además de medicamentos psicotrópicos, las mujeres suelen recibir terapia electroconvulsiva (75), intervención que provoca ataques, cuyo riesgo/beneficio sigue siendo un asunto polémico. Su empleo para tratar a la mujer, especialmente durante el puerperio, merece estudio más detallado.

SESGO EN CUANTO AL GENERO EN LA INVESTIGACION

Pese a que el saber convencional indica que el género es un importante factor determinante de la salud, ni en la investigación biomédica ni en la social se considera de ordinario el sexo como variable. Es posible que el enfoque de investigación, la metodología, el análisis o la inferencia pertinentes sean insensibles al riesgo de las diferencias biológicas, sociales, económicas o culturales entre los hombres y las mujeres, todavía sin examinar, o lleven a suponer su existencia (76-79).

Eichler y colaboradores, quienes examinaron las principales revistas médicas para estudiar la detección de sesgos, encontraron por todas partes ejemplos de androcentricidad, es decir, de casos en que se supone que la visión masculina del mundo es universal; generalización excesiva, con inferencias a ambos sexos cuando se estudian solo los hombres; insensibilidad respecto del género; y una doble moral que juzga patrones de conducta, rasgos o situaciones idénticos con distintos criterios (80).

Con frecuencia, las muestras están formadas por hombres y mujeres y los investigadores notifican el número de cada uno de ellos para cumplir con los requisitos de los organismos donantes. Sin embargo, los resultados se notifican agregados cuando corresponden a ambos sexos o se refieren solo a los hombres y excluyen a la población femenina. Eso salta a la vista particularmente en estudios gerontológicos, cuyos sujetos son mujeres en su mayoría. Por lo general, se realizan ensayos clínicos con hombres jóvenes para estudiar el efecto de los medicamentos empleados para tratar enfermedades, sobre todo, de las ancianas, cuyo metabolismo de esos productos es distinto.

Las mujeres indican también que se les hacen preguntas que no corresponden a su condición; desean relatar sus experiencias e ideas más importantes, pero no se les interroga. Además, cuando se encuentran diferencias y se procede a examinarlas, es posible que se interpreten de acuerdo con expectativas parciales respecto de la constitución o la función del hombre y de la mujer, sin citar las diferencias de contexto. Esas inferencias se repiten luego en otros estudios y terminan siendo una profecía que se cumple, por su propia naturaleza.

El sesgo es evidente también en la elección de temas de investigación, ya que las mujeres están subrepresentadas en los niveles de formulación de política de las organiza-

ciones de investigación, en el personal docente de las universidades y en el grupo de vigilantes de las instituciones de investigación. Raras veces se define qué investigaciones vale la pena hacer o apoyar; por ende, se siguen pasando por alto o desatendiendo los asuntos de importancia para la mujer. Además, dos tercios de las mujeres que podrían seguir carreras en el campo de la salud se pierden entre el ingreso a la facultad de estudios superiores y el logro de la condición de investigadoras independientes, por el desequilibrio causado por conflictos que guardan relación con el estilo de vida de los hombres y las mujeres y que surgen entre las responsabilidades de atención de la familia y las posibilidades de seguir una carrera profesional, todavía sin cabida en las instituciones; por desaliento de posibles mentores, o por la falta de un modelo femenino, ya que las cohortes anteriores de mujeres se han visto obligadas a escoger entre la familia y la carrera (81).

ESTRES, CAPACIDAD DE ADAPTACION Y APOYO SOCIAL

Cada vez es más evidente la importancia del apoyo social en varios resultados de la atención de salud y mayor el número de pruebas provenientes de investigaciones psiconeuroendocrinológicas sobre los efectos de las tensiones en la función fisiológica. Frankenhaeuser ha observado que las situaciones caracterizadas por incertidumbre, imprevisibilidad y falta de control a menudo incrementan la producción de adrenalina (82). En un estudio de Framingham se demostró que las oficinistas con hijos, jefes incomprensivos, pocos cambios de empleo y casadas con obreros estaban expuestas a un alto riesgo de arteriopatía coronaria (83). Brown y Harris descubrieron que la mujer de la clase trabajadora cuyo compañero no era su confidente y que había perdido a la madre en la infancia, estaba desempleada y tenía hijos pequeños era el prototipo de la mujer deprimida (84).

Los mecanismos que vinculan el estrés con la enfermedad incluyen grave alteración de los sistemas neuroendocrino o inmunitario por marcados cambios del estilo de vida, como toxicomanía, mala alimentación, conducta arriesgada, descuido de sí mismo o una experiencia de abuso. El enfoque en los mecanismos de adaptación de los adultos nocivos para la salud, pese a ser necesario, no basta para abordar la naturaleza y las causas fundamentales de la alteración mental particular de la mujer. Un Grupo de Consulta Interregional de la OMS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo en 1986 llegó a la conclusión de que se necesita un enfoque integrado de protección y promoción de la salud de la mujer adulta, ya que muchos factores guardan relación con varias enfermedades (85). Siguen sin examinarse muchos de los efectos que tienen la fatiga y el agotamiento en la salud mental de la mujer, particularmente en la somatización y la depresión.

La insuficiencia del sistema inmunitario puede contribuir a la enfermedad mental, como se ha demostrado en casos de SIDA, a medida que los pacientes viven más y desarrollan complicaciones psiconeurológicas. Casi todas las enfermedades autoinmunitarias conocidas afectan sobre todo a la mujer, por ejemplo, lupus eritematoso sistémico en proporción de 6-9:1; artritis reumatoide, de 2:1; y esclerosis múltiple, de 2:1. La diabetes y la hipertensión, que también son enfermedades predominantes en la mujer de América Latina y el Caribe, alteran en forma evidente la actividad cerebral (59, 86, 87).

Las pruebas científicas de hoy suelen confirmar las nociones populares que tiene la mujer de sus funciones corporales y su estado emocional. En América Latina, el concepto de nervios se aplica a un estado nervioso general, cuando nada parece salir bien y la aflicción emocional se expresa en hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como opresión en el pecho, hiperventilación, sudor, temblores o diarrea (88). La relación de los nervios con la somatización merece un examen más detallado.

Las fuentes de estrés de las mujeres mayas pueden ser similares a las de otras mujeres latinoamericanas en situaciones semejantes: los hábitos de consumo de alcohol de sus esposos e hijos, el dinero (que es una preocupación constante, ya que el alcohol lleva a derrochar el ingreso de la familia, controlado por el esposo), la carga de trabajo, el embarazo, la salud de la mujer y la suegra (25).

Finkler cita pérdidas tales como la mortalidad infantil, la discordia entre hombres y mujeres y el escape del hombre a la cantina, como fuentes de estrés que afectan el estado de salud de las mujeres de las zonas rurales de México. A la madre se le culpa de la muerte del lactante. La mujer vincula sus síntomas a la iniciación del matrimonio y al abuso del esposo ebrio. La salud de la mujer depende de la conducta del hombre después de que este se embriaga. La mujer de las zonas rurales de México busca fuentes de cura espiritual cuando falla el tratamiento médico o tiene malestar general. Casi la mitad de los problemas presentados a quienes se dedican a esa clase de cura tienen que ver con conflictos entre el hombre y la mujer (88). La mujer de los países del Caribe también busca ayuda de fuentes que no son médicas.

Por tanto, podemos formular la hipótesis de que, en algunos casos, la sociopatía masculina es el principal factor determinante de la alteración mental de la mujer. En América del Norte, puede haber una intensificación insidiosa de ese trastorno cuando los profesionales de salud mental emplean términos de diagnóstico como codependencia, que implican que la mujer quiere y necesita inconscientemente que su compañero siga emborrachándose para poder mimarlo.

La investigación sobre los sucesos comunes de la vida no ha permitido elucidar mucho lo relativo a la salud mental de la mujer (18). En realidad, la mujer sufre a menu-

do "el contagio del estrés", observado al citar los acontecimientos de la vida de otros. La tensión continua es quizá un concepto más predominante. Sin embargo, Cohen y Wills informan que en un 90% de los estudios de estrés, apoyo social y bienestar se emplean medidas acumulativas de diversos hechos. Han descubierto que el apoyo permite mantener la salud al atenuar o prevenir una reacción de evaluación del estrés; aliviar el efecto de este por medio de la solución de los problemas; reducir la importancia percibida del problema; calmar el sistema neuroendocrino; o facilitar la adopción de una conducta sana. Han observado que un confidente puede tener un efecto suficientemente amortiguador al influir en los sentimientos de estima propia y autoeficacia y que la mujer se beneficia más que el hombre. También señalan esos investigadores que las funciones de apoyo eficaces suelen ampliar la capacidad práctica de adaptación (89).

Muchas mujeres latinoamericanas no solo han dejado de establecer relaciones con confidentes, sino que ignoran por completo las relaciones económicas y sociales del esposo. Cuando hay estrés, no conviene arraigarse a una red social si no se cree que el medio social ofrece apoyo. La mujer puede estimar que ese arraigamiento es un mecanismo opresor de control que intensifica su frustración o la idea inculcada de impotencia. Además, la mujer pobre está arraigada en redes igualmente desprivilegiadas que no pueden proporcionar apoyo material ni decisivo, aunque exista la voluntad de hacerlo.

Hay un buen campo inexplorado de investigación sobre los aspectos de género en la salud mental de las sociedades de orientación comunitaria en comparación con las de orientación individualista. En las comunidades hispanas y negras, el concepto de parentesco ficticio, padrinozgo u otro, junto con la iglesia, desempeñan una función de apoyo que traspasa los límites familiares establecidos. En el Caribe, el patio sirve para reunir a la familia ampliada. En América del Norte, el apoyo social tan necesario proviene de la ayuda mutua o de los grupos de autoayuda. Se estima que en los Estados Unidos hay medio millón de grupos de autoayuda o de defensa de quienes tienen problemas de salud física o mental, lo que reduce el aislamiento, mejora el grado de información y apoya la investigación fuera de los establecimientos tradicionales. Algunos grupos que han realizado una efectiva labor en la lucha contra el SIDA han tomado como modelo a varios grupos femeninos que se unieron para establecer servicios en el decenio de 1970.

La discriminación es una forma de tensión a la que se presta poca atención en la vida de todas las mujeres, particularmente de las pobres y desamparadas, las discapacitadas y las pertenecientes a minorías culturales.

Mujeres discapacitadas. Las necesidades y los riesgos de este grupo no han recibido atención prioritaria ni del movimiento femenino ni del de las personas discapacitadas.

En todo el continente, las barreras psicológicas e institucionales, así como una doble discriminación, pueden perjudicar mucho la calidad de la vida y el aporte potencial de la mujer (90, 91). La hipótesis automática de discapacidad mental cuando hay impedimentos motores, sensoriales o de agilidad o dicción puede privar a las niñas de la oportunidad de un pleno desarrollo cognoscitivo, social y vocacional.

Aun después del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos, se necesitan actividades especiales para integrar a las niñas y mujeres discapacitadas a la sociedad, acabar con las barreras e introducir programas de empleo de minorías donde se necesiten.

Inmigrantes y refugiados. La migración acarrea el riesgo de manifestaciones de trastornos mentales. A pesar del estrés de la readaptación, los inmigrantes voluntarios son por lo general un grupo selecto y no demuestran necesariamente una incidencia de trastornos mentales o emocionales mayor que la del resto de la sociedad del país anfitrión. Sin embargo, la mujer inmigrante que acompaña a su esposo y no se integra fácilmente a la sociedad del país anfitrión puede sufrir doble discriminación. Está expuesta a mayor riesgo que otras si carece de las redes lingüísticas y sociales necesarias para reemplazar los antiguos vínculos sociales, si está desempleada o subempleada y si no confía en su compañero. Las adolescentes pueden encontrarse en un estado de conflicto cultural entre las normas de los padres y las de la sociedad, lo que complica más su vida y dificulta su desarrollo y la formación de identidad.

Las mujeres y los niños constituyen 80% de los 15 millones de refugiados del mundo. Hay 1,4 millones de refugiados en América del Norte y 1,2 en América Latina, pero sus riesgos y necesidades particulares solo han salido a flote recientemente como asuntos de interés público. Los derechos de los refugiados no incluyen la persecución por razones de género (92). La agresión y la violación se usan como armas de tortura e intimidación en algunos países. Las mujeres refugiadas, que guardan silencio por temor a represalias y preocupación por sus hijos, pueden ser forzadas a sufrir violencia física, abuso sexual y trabajo humillante o degradante. También pueden sufrir malnutrición grave por escasez de alimentos y por la práctica de alimentar primero a los hombres. Las mujeres refugiadas que han sobrevivido a una guerra, un disturbio civil o una represión política necesitan comprensión particular, programas especiales de reasentamiento y un sistema de atención de salud sensible a su situación, que se ocupe de sus necesidades emocionales postraumáticas y sus riesgos, como se ha observado en los centros de atención de víctimas de tortura en varias ciudades canadienses (92-94).

La mujer indígena. La población indígena o los primeros pobladores de este continente han sobrevivido a la discriminación, a la subyugación y al repudio de sus culturas. La desorganización y destrucción de las estructuras socia-

les que resultan de ello han tenido graves consecuencias para la salud mental de la mujer. En un estudio realizado en el Canadá, 76% de las pacientes atendidas mostraron síntomas de depresión después de experiencias muy traumatizantes (95). La mujer indígena sufre enfermedades transmisibles provocadas por el medio ambiente, junto con una elevada tasa de estrés y de enfermedades relacionadas con el estilo de vida, como la diabetes, además de elevadas tasas de violencia y accidentes.

En las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer se recalcó la función decisiva que desempeña la mujer indígena en la conservación de la identidad de su pueblo y se solicitaron iniciativas para garantizar el respeto de sus derechos económicos, sociales y culturales y la adopción de medidas para ayudarle a cumplir sus responsabilidades familiares y maternas y atender sus necesidades de salud, educación, vivienda y cuidado infantil (96). De conformidad con esas estrategias, en el Programa de la Mujer en la Salud y el Desarrollo de la OPS, que ha desempeñado una función catalítica vital con los Países Miembros, se podrían abordar de una manera más sistemática durante el decenio actual las necesidades, los riesgos y las labores de numerosas poblaciones de mujeres indígenas, quizá las más vulnerables de la Región, que buscan sostener y proteger a sus familias en una situación de pobreza, destrucción de las estructuras sociales y amenazas físicas, culturales, ecológicas y aun políticas para su supervivencia y bienestar.

La idoneidad cultural de las medidas tomadas reviste importancia crítica para su éxito. En un estudio realizado en el Ecuador se demostró que la provisión de instalaciones modernas pero culturalmente inapropiadas fue motivo de discordia y rechazo, por no haberse tenido en cuenta la autoridad tradicional de la mujer como curandera y yerbera y porque dichas edificaciones eran incompatibles con sus valores en materia de salud (97). La colaboración transcultural con los métodos de curación de la población indígena ha ganado terreno con resultados prometedores, en particular para tratar la conducta sociopática o adictiva. Las mujeres indígenas han señalado y articulado sus necesidades de salud y las de sus comunidades y trabajan por encontrar una respuesta contemporánea y culturalmente apropiada (95). Tenemos mucho que aprender de los círculos de curación de las poblaciones indígenas.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La salud mental es un resultado de circunstancias favorables y un atributo necesario para desempeñar funciones, lograr fines, crear, compartir y disfrutar de la vida. La experiencia de agresión o abuso constituye una seria amenaza para la salud mental de las niñas y mujeres de todas las edades y culturas. La violencia basada en el género inclu-

ye abuso físico, sexual y psicológico, así como hostigamiento sexual, pornografía, agresión sexual e incesto. En un marco general, podríamos agregar también la selección de niños según el sexo, el aborto de fetos femeninos, la malnutrición intencional, la muerte relacionada con la dote y la venta de hijas para prostitución o matrimonio. Se reconoce que la violencia contra la mujer altera su vida, limita sus posibilidades y bloquea sus aspiraciones intencionalmente. La finalidad y las consecuencias de esos actos los convierten en un patrón de conducta criminal (98).

En un documento anterior, la autora señaló que la gravedad de la violencia doméstica que tiene lugar está oculta en gran parte, se niega en muchos casos, se condona en el medio profesional bajo el disfraz de una relación simbiótica sadomasoquista y se aborda con indecisión en la política social, por temor a que el reconocimiento de su existencia sea todavía otra agresión a la integridad de la familia (99).

Los grupos femeninos fueron los primeros en reconocer la violencia basada en el género y en tratar de curar y proteger a las víctimas, y se mantienen a la vanguardia, defendiendo la promulgación de políticas sociales y proponiendo programas para controlar la violencia, castigar a los culpables y curar a las sobrevivientes.

En la relación existente entre la violencia contra la mujer y la salud mental hay inversión de elementos, con la premisa de que la personalidad de ciertas mujeres las predispone a buscar, provocar y precipitar la violencia y aun a disfrutar de esta, como si tuvieran una necesidad inconsciente de castigo. Hoy en día nos damos cuenta de que la violencia contra la mujer, en particular el abuso sexual en la niñez, es uno de los principales factores determinantes de su enfermedad mental, especialmente de afecciones que implican estados disociativos. Se cree que la violencia doméstica crea un "ambiente propicio" para el intento de suicidio y la toxicomanía (100).

La violencia contra la mujer en el seno de la familia es una forma de tiranía caracterizada por engaño, humillación, intimidación y desestabilización, que convierten a las víctimas en rehenes. La mujer que trata de salir de esa situación de abuso se expone a ser asesinada. Reconociendo la existencia del síndrome de la mujer agredida y su importancia para la defensa propia, la Corte Suprema del Canadá absolvió a una mujer agredida que mató a su esposo.

Indudablemente, el incesto sigue siendo la forma de violencia más desestabilizadora. En la teoría psiquiátrica abundan los casos en que se culpa a la madre y con frecuencia se apoya la creencia de que en situaciones incestuosas ella es testigo y cómplice. Aun así, el padre incestuoso a menudo logra persuadir con éxito diabólico a su hija o sus hijas agredidas de que la madre es frígida y de que no se preocupa por él ni por ellas. El padre amenaza a la hija, de modo que ella guarda silencio, y ambos suponen que la madre lo sabe y que puede evitarlo, pero no lo hace.

Un estudio reciente revela la persistencia de ese sesgo y lleva a la conclusión de que la falta de apoyo materno es un importante factor de predicción de psicopatología, mucho más que el incesto propiamente dicho, y que no todas las víctimas de incesto consideran que su experiencia es completamente perjudicial (101). Con esto se hace caso omiso del lavado cerebral, la represión y la negación inculcados con este atroz abuso. Los psiquiatras y jueces a menudo han calificado de “seductores” a los niños pequeños agredidos, con lo que absuelven de toda culpa y responsabilidad a quienes los maltratan.

Los médicos y psicoterapeutas que comenten actos de abuso sexual de sus pacientes, y otras personas como maestros, mentores y curanderos logran dominar a sus víctimas y las hacen sentir como si fueran objetos de amor especiales y escogidos más bien que víctimas de explotación sexual. Se desconoce a qué punto llega esa clase de abuso y explotación, particularmente en los países en desarrollo, pero en los Estados Unidos se estima que los médicos abusan de un 10% de sus pacientes. Los sobrevivientes apenas comienzan a revelar la gravedad del problema y sus efectos autodestructores cuando tratan de curarse, remediar la situación y evitar que haya nuevas víctimas del abuso sucesivo de relaciones de confianza. El estado de Minnesota en los Estados Unidos de América tiene el programa más riguroso de control del abuso médico. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario trabaja en un programa de notificación obligatoria por los médicos que tengan pruebas de mala conducta de sus colegas.

Las mujeres agredidas vuelven a ser víctimas, en general, cuando carecen de formas de revelar su situación, cuando nadie más asume la responsabilidad de la notificación, cuando se duda de su credibilidad, cuando no se atienden sus necesidades de seguridad personal en la debida forma y cuando no existe un sistema de reparación del daño en los servicios de salud, sociales o jurídicos o dicho sistema es inaccesible, complejo o lento.

En la actualidad, hay cada vez más conciencia de las repercusiones mentales del abuso. El abuso físico y sexual de los pacientes psiquiátricos guarda relación con un elevado riesgo de depresión, toxicomanía, actos de autodestrucción, intento de suicidio y suicidio consumado (102). Aun así, las entrevistas con los médicos revelan que la mitad no estima que la detección y el tratamiento de la violencia conyugal sea parte de la “medicina real”. En una encuesta realizada en los Estados Unidos se observó que solo 30% de las mujeres agredidas entrevistadas dijeron que el personal médico les había preguntado si habían sido víctimas de abuso. Sin embargo, en una encuesta realizada en Manitoba, se descubrió que los médicos más jóvenes, recién graduados, particularmente cuando eran mujeres, solían estar más conscientes de ello, hacer preguntas pertinentes a sus pacientes y tratar casos con más frecuencia (103).

Los terapeutas a menudo no toleran a las mujeres que se mantienen en relaciones en que son objeto de abuso. Las víctimas de la violencia quedan atrapadas en una red de dependencia crónica, vergüenza y autoinculpación. La pérdida del hogar que formaron y mantuvieron, la pérdida de fe en su propio juicio, el temor paralizante al compañero, la preocupación por los hijos y la falta de alternativas viables hacen que la mujer se mantenga en esa clase de relaciones. Desea que cese el abuso y no siempre quiere tener una relación que debe acabar por razones emocionales. Hilberman ha dicho que la pasividad y la negación son la última defensa desesperada contra la ira homicida (104).

Los agresores provienen de todos los sectores de la sociedad. En los grupos de terapia en los que se trata de enseñar a los hombres a controlar la ira no se reconoce que muchos esposos son violentos solo con su compañera y que pueden ser modelos de conducta en el trabajo y en sus demás esferas sociales. Muchas mujeres se convierten en víctimas mientras protegen a sus hijos del daño. El Canadá tiene unos 100 programas de terapia para agresores y los Estados Unidos, unos 200. Esos agresores desean evitar el encarcelamiento o temen perder a sus compañeras. Su tratamiento, pese a defenderse en muchos medios, sigue siendo un asunto polémico y muchos programas se destinan a incrementar la estima propia de los hombres y a fomentar el establecimiento de nuevos vínculos y pueden enseñarles con sutileza a transformar su violencia física en abuso psicológico. Todavía no existen programas modelo.

La promoción de la salud mental de la mujer exige que las sociedades reconozcan la obligación moral de encontrar medios para que las mujeres y las niñas de todas las edades no se vean rodeadas de amenazas, temor y recelo y puedan disfrutar completamente de sus derechos de seguridad personal, dignidad y libertad en la calle, el lugar de trabajo, el sitio de estacionamiento y el garaje, el salón de clase, el consultorio del médico y del terapeuta, la santidad de su propio hogar y cualquier lugar al que aspire llegar.

Hoy en día las trabajadoras que van a la vanguardia en este campo nos han dado un nuevo marco filosófico: *intolerancia absoluta de la violencia basada en el género*. Eso significa el fin de las excusas, el fin de la necesidad de ampararse tras circunstancias atenuantes y el fin de la inculpación de las víctimas por los médicos especializados en salud mental con el pretexto de que han precipitado la violencia. Con eso se desafía a todas las instituciones de la Región a que adopten políticas y programas basados en la filosofía de la tolerancia nula de la violencia contra la mujer.

CAMBIO DE PARADIGMAS Y PRACTICAS

Las mujeres letradas del Caribe, al subrayar la conexión de importancia crítica que existe entre la reproducción y

la producción, han ido a la vanguardia en la búsqueda de posibilidades de conceptualización que no sean los modelos de desarrollo convencionales, por ejemplo, de crecimiento económico, con una presunta filtración de beneficios y falta de participación de las personas afectadas por las políticas de desarrollo (105-107). El grupo llamado Mujeres por un Desarrollo Alternativo (MUDAR) es una red de mujeres de los países en desarrollo con sede en Río de Janeiro. En el núcleo del nuevo paradigma está la sustitución de la comunidad por el enfoque puro de mercado para darle más control y poder a la gente. El paradigma es compatible con los conceptos de política social sana destinados a reducir la desigualdad, establecer un medio social de apoyo y ampliar la capacidad de adaptación y el control (108).

La redefinición del sector informal es parte del nuevo discurso. Las tasas de actividad económica de la mujer latinoamericana se subnotifican constantemente. La mujer de los países en desarrollo desempeña una función de importancia en los sectores de la economía mal definidos o sin definir en las cuentas nacionales del sector urbano no estructurado. Se estima que la mano de obra familiar no remunerada de la mujer en todo el mundo podría agregar 4 billones de dólares al producto económico anual (109). Además, en un reciente informe sobre el desarrollo humano, preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el que se incluyeron índices de desarrollo diferentes por género en 30 países, se observó una desigualdad de género en los indicadores correspondientes a todos los países (110).

Es posible que también haya que redefinir las políticas. Las mujeres, particularmente en América del Sur y Central, han sido importantes protagonistas políticas del movimiento en pro de la democratización. Sin embargo, cabe preguntarse si su aporte al logro de la democracia se reconoce y refleja en los cargos de poder y autoridad en la esfera pública. En las democracias del mundo occidental, el movimiento en pro de los derechos humanos y civiles de finales del decenio de 1960 y comienzos del de 1970 careció de la perspectiva de género. Durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, las mujeres demostraron que lo personal es político: surgieron asuntos como la atención del niño, la lactancia natural, la violencia en las relaciones íntimas, el incesto, el hostigamiento sexual y medidas de armonización de las responsabilidades del trabajo y de la familia emanadas del sector privado, que pasaron a ser el programa de trabajo público en las esferas gubernamentales e intergubernamentales. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer y las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer ofrecen ahora la base de las políticas y prácticas ancladas en la creencia de la igualdad de los géneros.

Sartorius reconoce que la clasificación es una forma de ver el mundo, la unificación de una posición ideológica y una norma aceptada de teoría y conocimientos (111). Las teorías de Parson sobre la complementariedad de las funciones de cada sexo, basadas en la hipótesis del hombre imprescindible y de la mujer expresiva como elemento funcional de las sociedades industriales, siguen orientando las observaciones sociológicas y psicológicas y las inferencias sobre la conducta de los hombres y las mujeres apropiada según el sexo, incluso el concepto de conducta de la mujer como modelo de persona enferma. Las opiniones normativas de los hombres proveedores y de las mujeres a su cargo siguen reflejándose en los valores expresados, aun cuando la experiencia demuestre lo contrario, como es el caso en los estudios hechos en América Latina y el Caribe (112, 113).

Surgen también nuevos paradigmas en los aspectos epidemiológicos, clínicos y sociológicos de la salud mental. Hasta ahora solo han tocado superficialmente la corriente canónica de pensamiento o práctica, sin penetrar en ella. En los umbrales del siglo XXI aún estamos atrapados en una teoría psicológica del siglo XIX vinculada al determinismo biológico. La estructura básica del pensamiento psicodinámico todavía es sexista y lleva a considerar a las mujeres como seres inadecuados, irracionales o incompletos con un superego inestable y envidia por no tener pene (114). Todavía no existe ninguna teoría psicológica coherente y plenamente elaborada del desarrollo de la mujer.

Como lo confirman Fedele y Baker Miller, los adelantos más importantes en el empeño por entender las necesidades y los riesgos de la mujer han surgido fuera de las instituciones establecidas, en otros servicios de salud y sociales, centros femeninos y de atención de crisis causadas por violación, refugios de mujeres agredidas, centros de tratamiento del alcoholismo femenino y grupos de defensa de la salud de la mujer. En los últimos 20 años, el movimiento feminista ha cuestionado y alterado los preceptos y prácticas existentes y puesto en tela de juicio las clasificaciones y los términos aplicables a la depresión y los temores de la mujer (115). Se ha producido nueva información sobre la manera de pensar, sentir y comportarse de la mujer, que desafía las hipótesis tradicionales sobre salud, patología, madurez y asignaciones del cuidado basadas en un estereotipo del sexo.

La carga que representa la enfermedad mental de la mujer, atribuida siempre a su conducta centrada en *buscar* ayuda, tal vez pueda entenderse mejor a la luz de la que se centra en *dar* ayuda. El agotamiento, tanto físico como emocional, es la forma más grave de estrés ocupacional para quienes se dedican constantemente al cuidado en las esferas formal e informal. Es un precio injusto que pagan las mujeres y algunos hombres en las sociedades inhumanitarias. Se debe pasar a considerar este como un problema social más bien que individual para que el cuidado que

proporcionan esas personas se convierta en parte necesaria de nuestro nuevo programa de atención de salud.

Los estudios efectuados en América Latina y el Canadá confirman el orgullo y la satisfacción que sienten las mujeres cuando ayudan a otros. Sin embargo, esa sensibilidad se interpreta con frecuencia como debilidad. Las teorías psicológicas basadas en la separación y el uso de otras personas para satisfacción de las propias necesidades y autorrealización implican que las mujeres, y no las teorías, son las culpables. Un sentido interior de conexión con otros, un sentido de autoestima emanado de la capacidad de entablar y mantener relaciones y un mayor sentido de conexión que de separación son las características sanas señaladas por el Grupo Stone Center, Gilligan y, particularmente, Collins al hablar de la cultura afroamericana (116-118).

En los últimos años, los profesionales de salud mental y los orientadores pertenecientes a un grupo de iguales han establecido principios y pautas de terapia y orientación con el fin de reducir el sesgo con respecto al género y el estereotipo de las funciones según el sexo y eliminar la explotación sexual. Las terapeutas feministas han adoptado enfoques que contrarrestan las características paternalistas de las relaciones tradicionales del médico con el paciente.

Las siguientes características son comunes de esos enfoques: fomentar la estima propia confirmando el valor y los logros de la persona; establecer una alianza más equitativa y menos autoritaria, con responsabilidad común; abstenerse de situar todos los problemas dentro de la psiquis; evaluar la situación de la vida de la persona que busca ayuda; reconocer que la ira en situaciones injustas es saludable y no una reacción patológica de mala adaptación, y ayudar a canalizarla hacia un cambio constructivo; explorar, en lugar de descartar, las posibilidades que ofrece la vida y los pasos para el logro de las metas fijadas; fomentar y mejorar las relaciones sociales sanas; promover las aspiraciones; reconocer que el éxito (o el fracaso) de las relaciones conyugales, la crianza de los hijos y la vida de familia no son una responsabilidad exclusiva de la mujer; identificar, por mutuo acuerdo, los factores ambientales de importancia, incluso discriminación, amenazas y condiciones adversas en el trabajo o el hogar, que pueden causar tristeza, depresión o sensación de impotencia; comprender los factores determinantes y las consecuencias de la conducta, incluso de la que es arriesgada, sin estereotipos de género; evitar la asignación de calificativos de naturaleza crítica, como "masoquista", "histrionica", "histerica", "madre inepta", "personalidad autodestructora", etc., y adherirse rigurosamente a los criterios de diagnóstico aplicables a ambos sexos; evitar la inculpación de la víctima; reconocer el abuso físico, psicológico y sexual como un crimen y no como reacciones ante una provocación; observar principios de ética, particularmente prohibir la intimidad sexual entre el terapeuta y la persona que

busca ayuda; animar a la mujer a ayudarse a sí misma y a ayudar a los demás; tratar directamente con la mujer adulta que busca ayuda, sin mostrar deferencia por la presunta autoridad de su compañero; y enfocar la terapia a fortalecer y habilitar a la mujer.

ORGANIZACION Y POLITICA DE ATENCION DE SALUD MENTAL

En un informe reciente de la OMS se señala que los actuales sistemas de prestación de servicios de salud, incluso los de salud mental, descentralizados, localizados en los hospitales y orientados hacia la enfermedad y la relación directa del médico con el paciente, no han permitido atender las necesidades de la mayoría de la población mundial. Esa atención es a menudo incompatible con el principio de igualdad social, particularmente en los países en desarrollo. Reconociendo la importancia de una política nacional de salud mental, en el informe se propone un sistema descentralizado de atención de salud mental basado en la atención primaria, con actividades en los niveles secundario y terciario, que apoyen las actividades no especializadas de nivel primario y con personal de alto rango en el campo de la salud mental, que asuma deberes de supervisión y consulta (119).

La OPS informa que la prevención primaria de los trastornos mentales y la rehabilitación de los pacientes casi nunca se han incluido en los programas de salud. Además, la mayoría de los departamentos psiquiátricos de las facultades de medicina latinoamericanas carecen de orientación comunitaria. La Red Interamericana para el Desarrollo de la Psicología en Salud Comunitaria se esfuerza por incorporar los programas de salud mental en el marco de los sistemas locales de salud. También se ha instado a los grupos voluntarios que trabajan en salud mental, como los de América del Norte, a que participen (120).

Los países de CARICOM han tomado medidas para incorporar los servicios de salud mental a los de atención primaria. Se ha establecido un grupo de estudio sobre salud mental. Las organizaciones no gubernamentales y varios grupos religiosos participan en ese trabajo y se planea realizar estudios epidemiológicos por medio de CAREC. Todos esos acontecimientos ofrecen una oportunidad para que la perspectiva del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS se convierta en un elemento de las actividades subregionales y nacionales, que fomente la participación de los grupos femeninos en la planificación y organización de servicios apropiados.

Del 6 al 8 de febrero de 1991 se reunió en Lima, Perú, un grupo de consulta sobre la mujer y la salud mental en la Subregión Andina. Los participantes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela prepararon un diagnóstico de la situación que sirvió de base para el debate. Como

resultado de la consulta, se elaboró un programa conjunto de actividades. Además, cada país preparó un plan de acción preliminar para ejecución en el ámbito nacional.

En la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en 1990 en Caracas, Venezuela, se lanzó un proyecto en 13 países latinoamericanos para establecer programas de atención comunitaria, participativa y equitativa en los servicios de salud mental y salvaguardar los derechos humanos y civiles de los pacientes (121).

En toda la Región se necesitan estrategias que garanticen la existencia de servicios que prevengan la enfermedad mental y fomenten, protejan y restituyan la salud mental a un costo mínimo para el máximo número posible de habitantes, de una manera apropiada en la que se tengan en cuenta el género y la cultura. Para ello habría que proporcionar mejores recursos para las enfermeras, los trabajadores sociales, los trabajadores de salud comunitarios y los grupos femeninos de autoayuda, y multiplicar esos grupos de una forma más amplia. Es preciso un adiestramiento más sistemático en los aspectos psicosociales de la salud para todas las trabajadoras de salud, con el fin de que reconozcan las amenazas para la salud mental, los factores que la promueven y los síntomas de enfermedades y trastornos mentales, y que adquieran suficiente competencia para fines de vigilancia eficaz, gestión, asesoramiento, rehabilitación o referencia. La política de salud mental también debe permitir que los trabajadores de salud comprendan mejor las diferentes situaciones, recursos, demandas y relaciones de poder entre los hombres y las mujeres.

REFERENCIAS

- (1) Associated Press. Women in poverty on rise. *Globe and Mail*, lunes, 29 de julio de 1991.
- (2) Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). *Woman as a Social Protagonist in the 1980s*. Guatemala, septiembre de 1988. LC/L.470(CRM.4/8).
- (3) Estados Unidos de América. Department of Health and Human Services. Mental Health and Mental Disorders. En: *Healthy People 2000. National health promotion and disease prevention objectives*. Conference Edition: Resumen, 1990.
- (4) Health and Welfare Canada. *Mental Health for Canadians: Striking a Balance*. Ottawa, Canadá, 1988.
- (5) Naciones Unidas. *Convention on the Rights of Child*, Article 24(1). Multiculturalism and Citizenship Canadá, 1991.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *WHO's activities in the field of child and adolescent mental health and psychosocial development*. WHO/MNH/PSF/90.2.
- (7) Estados Unidos de América. Instituto Nacional de Salud Mental. National plan for research on child and adolescent mental disorders. A report requested by the U.S. Congress and submitted by the National Advisory Mental Health Council, Maryland, 1990.
- (8) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* (3rd ed.). Washington, D.C. 1987.
- (9) Boyle, M.H. Children's Mental Health Issues. En: Johnson, L.C. y Barnhorst, D. (eds), *Children, Families and Public Policy in the 90s*. Toronto, Thompson Educational Publishing Inc., 1991.
- (10) Stavrakaki, C. et al. Pilot-study of anxiety and depression in prepubertal children. *Can J Psychiatry* 36 (5):332-338 (1991).
- (11) Sadik, N. The UNFPA contribution: Theory to action programmes. *Development: Journal of the Society for International Development* 1:7-12 (1990).
- (12) Blumenthal, S.J. y Nadelson, C.C. Mood changes associated with reproductive life events: An overview of research and treatment strategies. *J Clin Psychiatry* 49(12):466-468 (1988).
- (13) Hamilton, J. A. et al. The menstrual cycle in content. I: Affective syndromes associated with reproductive hormonal changes. *J Clin Psychiatry* 49(12):474-480 (1988).
- (14) Blumenthal, S.J. y Nadelson, C.C. Late luteal phase dysphoric disorder (premenstrual syndrome): Clinical implications. *J Clin Psychiatry* 49(12):469-474 (1988).
- (15) *The Mental Health of Women in the Caribbean*. 1986. (Inédito).
- (16) Hamilton, J. A. et al. The menstrual cycle in context, 11: Human gonadal steroid hormone variability. *J Clin Psychiatry* 49(12):480-484 (1988).
- (17) Sánchez-Ayéndez, M. Puerto Rican elderly women: The cultural dimension of social support networks. En: Grau, L. *Women in the Later Years: Health, Social and Cultural Perspectives*. Nueva York, Haworth Press Inc., 1989.
- (18) Paltiel, F.L. Women and mental health: A post-Nairobi perspective. *World Health Stat Q* 40:233-266 (1987).
- (19) Hamilton, J. A. Postpartum psychiatric syndromes. *Psychiatric Clin North Am* 12(1):89-103 (1989).
- (20) Organización Mundial de la Salud. *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
- (21) Seiden, A.M. Psychological issues affecting women throughout the life cycle. *Psychiatric Clin North Am* 12(1):1-24 (1989).
- (22) Skegg, D.C. et al. Use of medicines in general practice. *Br Med J* 1:1561-1563 (1977).
- (23) Stuenkel, C.A. Menopause and oestrogen replacement therapy. *Psychiatr Clin North Am* 12(1):133-152 (1989).
- (24) Lock, M. et al. Cultural construction of the menopausal syndrome: The Japanese case. *Maturitas* 10:317-332 (1988).
- (25) Beyene, Y. *From Menarche to Menopause: Reproductive Lives of Peasant Women in the Cultures*. Albany, State University of New York Press, 1989.
- (26) Barnett, E.A. La edad crítica: The positive experience of menopause in a small Peruvian town. En: Whelehan, P. et al. *Women and Health: Cross Cultural Perspectives*. Massachusetts, Bergin and Garvey Publishers, 1988.
- (27) Paltiel, F.L. *Mental Health Policy with Women in Mind*. Resolutions-Paper presented to the Canadian Mental Health Association Conference: Women and mental health: social, economic and political perspectives, Banff, Alberta, 14 de mayo de 1989.
- (28) Gross, J. More young single men hang onto apron strings. *New York Times*, 16 de junio de 1991, pág. 1.
- (29) Rawlins, J.M. Widowhood in Jamaica: A neglected aspect of the family life-cycle. *J Comp Fam Stud* 20(3):327-339 (1989).
- (30) Paltiel, F.L. Shaping futures for women. *Women's Stud Int Q* 4(1):13-25 (1981).
- (31) Organización Panamericana de la Salud. *A profile of the elderly in Argentina*. Washington, D.C., 1989. Cuaderno Técnico 26.
- (32) Organización Panamericana de la Salud. *A profile of the elderly in Guyana*. Washington, D.C., 1989. Cuaderno Técnico 24.

- (33) Organización Panamericana de la Salud. *A profile of the elderly in Costa Rica*. Washington, D.C., 1989. Cuaderno Técnico 29.
- (34) Organización Panamericana de la Salud. *A profile of the elderly in Chile*. Washington, D.C., 1989. Cuaderno Técnico 30.
- (35) Organización Panamericana de la Salud. *A profile of the elderly in Trinidad and Tobago*. Washington, D.C., 1989. Cuaderno Técnico 22.
- (36) Levav, I. et al. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Of Sanit Panam* 107(3):196-218 (1989).
- (37) Robins, L.N. et al. An overview of psychiatric disorders in America. En: Robins, L.N. y Regier, D.A. (eds). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Nueva York, The Free Press, 1991.
- (38) Canino, G.L. et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatric* 44:727-735 (1987).
- (39) Bland, R.C. et al. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 77 (suppl. 338):33-42 (1988).
- (40) Sartorius, L. y Rapella, L.E. Condiciones de salud mental de la mujer en Argentina. Buenos Aires, 1986 y Lic. Graciela de Marco, Prevalencia de Síntomas Psiquiátricos en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano. Buenos Aires, Argentina: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, julio de 1981, pág. 25. Citado en *Women's Mental Health in Latin America and the Caribbean* por Koana, M.A. Organización Panamericana de la Salud. Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, junio de 1986.
- (41) Cameron, O.G. y Hill, E.M. Women and Anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 12(1):175-186 (1989).
- (42) Rodríguez, S. La situación de la mujer en Centroamérica y algunas recomendaciones para mejorar las condiciones de salud mental (San José, Costa Rica, 1986): Panama chapter, adapted from table 18, p.27. Citado en *Women's Mental Health in Latin America and the Caribbean* por Koana, M.A. Organización Panamericana de la Salud. Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, junio de 1986.
- (43) De Madrigal, L.M. Patronos de utilización de los servicios médicos de las mujeres de edad mediana y edad avanzada en Costa Rica. En: *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud/Asociación Americana de Personas Jubiladas. Washington, D.C., 1990.
- (44) Bianco, M. Morbilidad y mortalidad de mujeres de edad mediana y avanzada en la Argentina. En: *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud/Asociación Americana de Personas Jubiladas. Washington, D.C., 1990.
- (45) Canadá, Ministry of the Solicitor General, Statistics Division. *The Canadian Urban Victimization Survey (1982): An Evaluation*. Ottawa, Ontario, 1986.
- (46) Weissman, M.M. et al. Affective disorders. En: Robins, L.N. y Regier, D.A. (eds). *Psychiatric Disorders in America*. Nueva York, The Free Press, 1991.
- (47) McGrath, E. et al. (eds). *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues: Final Report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1990.
- (48) Sartorius et al. WHO collaborative study: Assessment of depressive disorders. *Psychol Med* 10:743-749 (1980).
- (49) Stiver, I.P. y Miller, J.B. From depression to sadness in women's psychotherapy. *Work in Progress No. 31*. Wellesley, Massachusetts: Stone Center Working Papers Series, 1988.
- (50) Franks, F. y Faux, S.A. Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups. *Res Nurs Health* 13:283-292 (1990).
- (51) Stavrakaki, C. y Williams, E. Eating disorders in adolescents: Anorexia nervosa and bulimia. *Can J Pediatr* febrero: 7-20 (1990).
- (52) McCarthy, M. The thin ideal depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther* 28(3):205-215 (1990).
- (53) Garner, D.M. y Garfinkle, P.E. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 10:647-656 (1980). Citado en: Paltiel, F.L. Women and Mental Health: A Post Nairobi Perspective. *World Health Stat Q* 40:233-266 (1987).
- (54) Rothblum, E.D. Women and weight: Fad and fiction. *J Psychol* 124(1):5-24 (1990).
- (55) Duchmann, E.G. et al. Bulimia, dietary restraint, and concern for dieting. *J Psychopathol Behav Assessment* 11(1):1-13 (1989).
- (56) Herman, J.L. y Van der Kolk, B.A. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. En: Van der Kolk, B.A. *Psychological Trauma*. Washington, D.C., American Psychiatric Press Inc., 1987.
- (57) Bryer, J.B. et al. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 144:1426-1430 (1987). Citado en: Steiger, H. y Zanko, M. Sexual trauma among eating-disorder, psychiatric, and normal female groups. *J Interpersonal Violence* 5(1):74-86 (1990).
- (58) Van der Kolk, B.A. The psychological consequences of overwhelming life experiences. En: Van der Kolk, B.A. *Psychological Trauma*. Washington, D.C., American Psychiatric Press Inc., 1987.
- (59) Estados Unidos de América, National Advisory Mental Health Council. *Approaching the 21st Century: Opportunities for NIMH Neuroscience Research. Report to Congress on the Decade of the Brain*. Rockville, Maryland, Instituto Nacional de Salud Mental, 1989.
- (60) Mills, C. y Ota, H. Homeless women with minor children in the Detroit metropolitan area. *Soc Work* 34(6):485-486 (1989).
- (61) Thornton, J.F. et al. *Schizophrenia: The medications (Booklet)*. The Professional Services Department of Merrell Dow.
- (62) Blumenthal, S.J. Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 72(4):937-971 (1988).
- (63) Organización Mundial de la Salud. *Annual Statistics*. Ginebra, 1988, citado en Strachan et al. (véase ref. 68).
- (64) Weissman, M.M. Being young and female: Risk factors for major depression. En: Klerman G. L. (ed.). *Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults*. Washington, D.C., American Psychiatric Press Inc., 1986.
- (65) Perez, E. et al. Suicidal behavior in the emergency room. Part I: Assessment of risk. *Can Fam Physician* 31:1663-1666 (1985).
- (66) Estados Unidos de América, Instituto Nacional de Salud Mental. *Useful information on suicide*. DHHS Publication No.(ADM) 86-1489.
- (67) Wattie, B. Mental health care for native people. Trabajo presentado en: The Native parent in a changing world Workshop, Native Mental Health Section of Canadian Psychiatric Association. Thunder Bay, 30 de septiembre - 2 de octubre de 1989.
- (68) Strachan, J. et al. Canadian suicide mortality rates: First-generation immigrants versus Canadian-born. *Health Rep* 2(4):327-341 (1990).

- (69) Sharpe, J. *The Mental Health of Women in Trinidad and Tobago*. Report submitted to PAHO as part of Mental Health of Women in the Caribbean, 1986.
- (70) Leenaars, A.A. Are women's suicides really different from men's? *Women Health* 14(1):17-33 (1988).
- (71) Cafferata, G.L. y Meyers, S.M. Pathways to psychotropic drugs. Understanding the basis of gender differences. *Med Care* 28(4):285-300 (1990).
- (72) Estados Unidos de América, Institutos Nacionales de Salud. Mood disorders: pharmacologic prevention of recurrences. *Consensus Development Conference, Consensus Statement*, 5(4).
- (73) Organización Mundial de la Salud. Mental Health Collaborating Centres. Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. *J Affective Disord* 17:197-198 (1989).
- (74) Cooper, A.J. y Magnus, R.V. Strategies for the drug treatment of depression. *Can Med Assoc J* 130:383-388 (1984).
- (75) Smith, W.E. y Richman, A. Electroconvulsive therapy: A Canadian perspective. *Can J Psychiatry* 29:693-699 (1984).
- (76) Cohen, M. Gender issues in family medicine research. *Can Family Physician* 37:1399-1405 (1991).
- (77) McBride, B.A. Developing a women's mental health research agenda. *IMAGE: J Nurs Schol* 19(1):4-8 (1987).
- (78) Russo, N.F. Overview: Forging research priorities for women's mental health. *Am Psychologist* 45(3):368-373 (1990).
- (79) Stark-Adamec, C. Sexism in Research: The Limits of Academic Freedom. Trabajo presentado en: Gender, Science and Medicine II Conference, Toronto, Ontario, 2 de noviembre de 1990.
- (80) Eichler, M. *et al.* Gender bias in medical research. Trabajo presentado en: Gender, Science and Medicine Conference, University of Toronto, Ontario, noviembre de 1988.
- (81) McKenna, R.M. *et al.* Postgraduate experience-The great sex divide in health sciences. *N Engl J Med* 323(23):1637-1638 (1990).
- (82) Frankenhaeuser, M. Psychoneuroendocrine approaches to the study of stressful person-environment transactions. En: Seyle, H. (ed.). *Selye's Guide to Stress Research I*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1980.
- (83) Haynes, S. y Feinleib, M. Women, work, and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham heart study. *Public Health* 70(2):133-141 (1980).
- (84) Brown, G.W. y Harris, T. *Social Origins of Depression: A Study on Psychiatric Disorders in Women*. Nueva York, Free Press, 1978.
- (85) Organización Mundial de la Salud. Women, Health and Development: Report of a Consultation. Ginebra, 9-12 de diciembre de 1986.
- (86) Reus, V.I. Behavioral aspects of thyroid disease in women. *Psychiatr Clin North Am* 12(1):153-165 (1989).
- (87) Institutos Nacionales de Salud, Office of Research on Women's Health. Workshop on opportunities for Research on Women's Health, 4-6 de septiembre de 1991.
- (88) Finkler, K. Symptomatic differences between the sexes in rural Mexico. *Cult Med Psychiatry* 9:27-55 (1985).
- (89) Cohen, S. y Wills, T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 98(2):310-357 (1985).
- (90) Ridington, J. *Who Do We Think We Are?: Self-image and Women with Disabilities*. Position paper prepared for DAWN Canada: Disabled Women's Network Canada, febrero de 1989.
- (91) *Seminar on Disabled Women*. Trabajos presentados por: Nathalie Giraudel-Rolle, A Caribbean Overview of Disabled Women; Rosengela Berman Bieler, Development and underdevelopment: The disabled women issue in Brazil; Eileen Giron Batres, Women and disability. Viena, 20-24 de agosto de 1990.
- (92) Naciones Unidas. Economic and Social Council. Commission on the Status of Women. Thirty-fifth session. Priority Themes. *Peace: Refugee and Displaced Women and Children*. Report of the Secretary General. E/CN.6/1991/4. Viena, 27 de febrero-8 de marzo de 1991.
- (93) Paltiel, F.L. *Family Health: New Perspectives and Emerging Needs for the Nineties*. Discussion paper prepared for a WHO Consultation on emerging needs in family health. Ginebra, 13-18 de abril de 1986.
- (94) Fantino, A.M. *Refugee Women in Canada: Re-settlement and Mental Health*. Presentation to the National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada at their Second Biennial General Meeting. Ottawa, 8-11 de noviembre de 1990.
- (95) Jilek, W.G. *Indian Healing*. Canadá, Hancock House Publishers, 1981.
- (96) The Nairobi Forward. Looking strategies for the advancement of women. En: *Report of the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*. Ottawa, Status of Women. Canadá, 15-26 de julio de 1985 (A/conf. 116/28).
- (97) Finerman, R.D. Experience and expectation: Conflict and change in traditional family health care among the Quichua of Saraguro. *Soc Sci Med* 17(17):1291-1298 (1983). Citado en: Paltiel, F.L., *Family health: New perspective and merging needs for the nineties*, 1989.
- (98) Paltiel, F.L. Mental Health Policy with Women in Mind. Trabajo presentado en: Canadian Mental Association Conference on Women and Mental Health: Social, Economic and Political Perspectives, Banff, Alberta, 1989:6.
- (99) Paltiel, F.L. Shaping futures for women. *Women's Stud Int Q* 4(1):13-25.
- (100) Estados Unidos. Department of Health and Human Services-Public Health Service. Violence and abusive behavior. Healthy People 2000, National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, D.C.:233.
- (101) Everson, M.D., Hunter, W.M., Runyon, D.K., Edelson, G.A. y Coulter, M.L. Maternal support following disclosure of incest. *Am J Orthopsychiatry* 59(2):197, abril de 1989.
- (102) Firsten, T. An Exploration of Physical and Sexual Abuse for Psychiatrically Institutionalized Women. Paper Prepared for the Ontario Women's Directorate, 1990: 23.
- (103) Trute, B., Sarsfield, P. y Mackenzie, D. Medical response to wife abuse: A survey of physicians' attitudes and practices. *Can J Community Mental Health* 7(2):61-71, 1988.
- (104) Paltiel, F.L. Citado en: *Mental Health Policy with Women in Mind*, 1989: 7.
- (105) Antrobus, P. *Development Alternatives with Women (DAWN)*. Documento presentado en: AWID Colloquium The Future for Women in Development, Ottawa, Ontario, 19-20 de octubre de 1990.
- (106) Massiah, J. *Making the Invisible: Indicators for Planning for Women in Caribbean Development*. Analytic and methodological studies prepared for UNESCO. Barbados, marzo de 1990.
- (107) International Center for Research on Women. *Strengthening Women: Health research priorities for women in developing countries*. Washington, D.C., ICRW, 1989.
- (108) Organización Mundial de la Salud/Ministerio de Salud y Bienestar Social del Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, 17-21 de noviembre de 1986, Ottawa, Canadá.
- (109) Leger Sivard, R. *Women: a world survey*. Washington, D.C., World Priorities, 1985.

(110) Naciones Unidas. Development Program. *Human Development Report 1991*. Nueva York, Oxford University Press, 1991.

(111) Sartorius, N. International perspectives of psychiatric classification. *British J Psychiatry* 152 (suppl. 1):9-14 (1988).

(112) Massiah, J. Participation of Women in Socio-economic Development: Indicators as Tools for Development Planning: The case of the Commonwealth Caribbean. En: *UNESCO, Women and Development: Indicators of their Changing Role*. Proceedings of the Meeting of experts on the indicators of women's participation in socio-economic development, París, 1990.

(113) De Suremain, M-D. *Women's Involvement in the Informal Urban Economy-Colombia*. Report for UNESCO, SHS 90/WS/8.

(114) Zanardi, C. (ed.). *Essential Papers on the Psychology of Women*. Nueva York, New York University Press, 1990.

(115) Fedele, N. y Miller, J.B. *Putting Theory into Practice: Creating Health Programs for Women*. *Work in progress*. Presented at a Stone Center Colloquium, Wellesley, Massachusetts, 1988.

(116) Miller, J.B. *Connections, disconnections and violations*. *Work in progress N° 33*. Wellesley, Massachusetts: Stone Center for Development Services and Studies, 1988.

(117) Gilligan, C. Remapping the morale domain: New images of the self in relationship. En: Zaardi, C. (ed.), *Essential Papers on the Psychology of Women*. Nueva York, New York University Press, 1990.

(118) Collins, P.H. The social construction of black feminist thought. *SIGNS J Women Cultural Soc* 14(4):745-773 (1989).

(119) Organización Mundial de la Salud. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*. Ginebra, 1990.

(120) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524.

(121) Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director, 1990*. Washington, D.C., 1991. Documento Oficial 243.

PATRONES DE CONSUMO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA MUJER

Enrique Madrigal¹

INTRODUCCION

El presente trabajo analiza algunos aspectos del consumo de alcohol y la adicción a sustancias psicoactivas en la mujer desde los ángulos de la epidemiología, la vulnerabilidad fisiológica al alcohol, los estilos de ingesta regidos por normas sociales, y algunas enfermedades específicamente vinculadas con la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso indebido de sustancias psicoactivas, tales como el síndrome alcohólico fetal y otras afecciones ginecoobstétricas.

El consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas varía con las características demográficas y culturales de los países. Un elemento importante que afecta los niveles de consumo en ambos sexos es la mayor o menor disponibilidad de dichas sustancias en el medio de pertenencia, la cual depende, entre otros factores, de las políticas y programas locales para el control del abastecimiento y la distribución de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.

Diversos estudios en la Región indican que la población general ha sido afectada primordialmente por el consumo de alcohol y tabaco así como por el de psicotrópicos tales como benzodiazepinas, barbitúricos y, en grado mucho menor, marihuana y cocaína. En los últimos cinco años, la demanda se ha incrementado notoriamente debido al poder adictivo de algunos derivados de la cocaína y a la extensión de su uso a grupos sociales previamente inmunes al problema.

El consumo indebido de drogas y alcohol en la mujer generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en el hombre. Esta relación se examinará aquí mediante algunos datos de encuestas y de otros estudios psicosociales sobre dependencia de sustancias psicoactivas en la Región. Debe tenerse en cuenta que los registros actuales no son un fiel reflejo de la transformación de los estilos de vida de la mujer en un mundo cambiante en el que ella está adquiriendo nuevos papeles, mayor grado de autonomía, oportunidades crecientes de interacción social, acceso a nuevas fuentes de trabajo y, en general, una mayor participación en actividades fuera del hogar, cambios todos que conllevan un estrés adicional.

Dwight Heath (1), un reconocido antropólogo e investigador de la Universidad de Brown en Rhode Island, Estados Unidos de América, ha descrito la acción de actitudes culturales tolerantes —a menudo ignoradas en la literatura— que constituyen un ambiente favorable a la mayor ingesta por parte de la mujer, más allá del estereotipo antitético que hace del beber o consumir drogas una conducta ligada al sexo masculino; las normas, valores, actitudes y expectativas pueden ser tanto o más importantes que las diferencias fisiológicas entre los sexos en cuanto atañe a definir los patrones de consumo y sus consecuencias. Las mujeres, señala este autor, han ingerido bebidas alcohólicas por un período igual al que lo han hecho los hombres a lo largo de la historia y, en ciertas culturas, algunas lo han hecho tan frecuentemente como ellos. Destaca, por ello, la necesidad de ampliar el enfoque transcultural para comprender mejor los diversos papeles de la mujer ante el alcohol.

¹ Asesor Regional en Alcoholismo y Farmacodependencia, Programa de Promoción y Comunicación Social, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Dilucidar esta controversia desde el punto de vista sociológico puede constituir en sí un tema para otro trabajo. Además, los datos disponibles no permiten llegar a conclusiones unívocas y satisfactorias sobre estas inquietudes. Se puede afirmar, sin embargo, que la sociedad mantiene expectativas diferentes acerca de los papeles y comportamientos adecuados para uno y otro sexo, de la misma forma que ofrece oportunidades también distintas a hombres y mujeres. En la mayoría de las culturas de la Región, en concordancia con pautas de comportamiento y valores, se tolera el consumo de alcohol en el hombre y se observa una tendencia generalizada hacia la censura de conductas asociadas con el efecto farmacológico del alcohol y de otras sustancias en la mujer. Sin embargo, el alcohol y, en menor grado, las drogas ilícitas, son mercancías sujetas no solo a las normas y costumbres sociales determinantes de la demanda según edad, sexo, condición social y educación, sino también a su disponibilidad relacionada con la producción, distribución y regulaciones particulares de cada país.

En el presente trabajo se revisan algunos estudios de casos de dependencia del alcohol y drogas relacionada con especificidades biológicas de la mujer, que se refieren a la forma particular en que el organismo asimila y tolera las drogas de acuerdo con el sexo.

Algunos autores prefieren no desagregar en forma tajante los efectos y las consecuencias de estas sustancias para hombres y mujeres y, en lugar de una polarización total, han acuñado conceptos para explicar la coexistencia de características similares y flexiblemente integradas en ambos sexos. De acuerdo con esta hipótesis, los individuos menos afectados por las diferentes sustancias serían genéticamente más resistentes o habrían desarrollado mayor capacidad de asimilación sin importar el sexo.

Este trabajo concede atención particular a aspectos de la salud mental de la mujer respecto a las dependencias, así como también a factores familiares relevantes, toda vez que un elemento importante de las conductas adictivas tiene que ver con las consecuencias sobre las relaciones maritales y la estructura familiar. Este elemento del problema, calificado con el término de "dependencia paralela", es reconocido de manera práctica por los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y sus correspondientes programas para parejas e hijos de alcohólicos (ALANON y ALATEEN).

REVISION DE INDICADORES SOBRE PREVALENCIA Y SUS RELACIONES CON DIVERSAS VARIABLES

Los métodos para estudiar la magnitud e índole del consumo indebido de sustancias psicoactivas, incluido el al-

cohol, se basan en datos tanto directos como indirectos. Como indicadores indirectos, con frecuencia se utilizan cifras sobre producción, consumo per cápita, mortalidad por cirrosis hepática y accidentes de tránsito, decomisos, detenciones y atención en salas de emergencia.

Las encuestas de hogares permiten el análisis de las tasas de prevalencia, niveles de consumo y distribución por edad, sexo, nivel económico y educativo, así como la formulación de hipótesis sobre normas y actitudes que determinan la mayor o menor aceptación de las diversas sustancias. Este enfoque cuantitativo para la estimación del problema carece, sin embargo, de la riqueza de datos obtenidos mediante estudios etnográficos y entrevistas clínicas profundas menos estructuradas, los cuales podrían orientar mejor el análisis de las características clínicas y de la gravedad de la dependencia del alcohol o de las drogas en las mujeres.

Otra forma de estudiar el problema en forma diferenciada se basa en los efectos neurofisiológicos de los fármacos sobre los diferentes sistemas y la capacidad de adaptación del organismo para asimilarlos o desintoxicarse. Desde el punto de vista biológico, por ejemplo, debido a que las mujeres tienen mayor cantidad de grasa corporal y, por tanto, menor cantidad de agua, se intoxican con aproximadamente la mitad de la dosis de alcohol correspondiente a los hombres (aunque podría existir una tolerancia reducida por factores enzimáticos puramente). Al mismo tiempo se observan marcadas diferencias por sexo en el desarrollo de la dependencia del alcohol, las cuales obedecen a una mayor posibilidad de adicción de la mujer en un período mucho menor que en el hombre (2) y a la mayor vulnerabilidad tisular (cirrosis hepática y miocardiopatías) de la mujer.

A manera de ilustración se presentan a continuación datos sobre el consumo de alcohol en la población general y sobre algunas diferencias por sexo importantes para la caracterización de este problema.

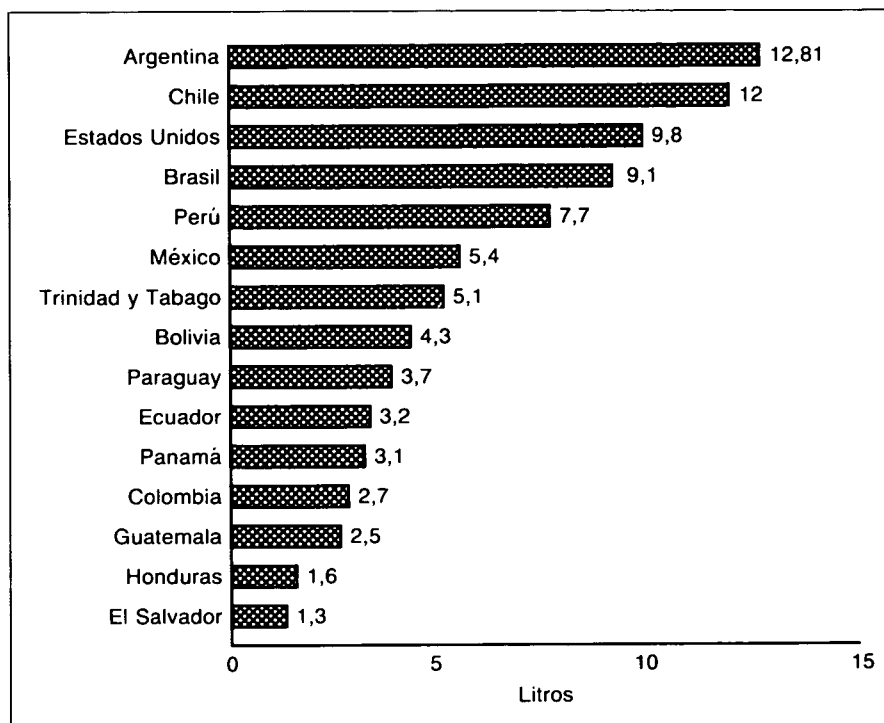
Algunos indicadores indirectos

Consumo per cápita de alcohol

El consumo per cápita se obtiene de los registros nacionales sobre producción y venta de bebidas alcohólicas y se interpreta como equivalente de alcohol absoluto. Una "unidad estándar" (equivalente a un trago de destilados de 30 ml, una cerveza de 350 ml o una copa de 100 ml de vino) contiene 12 ml de alcohol absoluto.

La Figura 1 ilustra el consumo per cápita de alcohol en países seleccionados de las Américas. Los datos son para la población total, dada la imposibilidad de determinar la distribución por sexo a partir de los registros actuales.

Figura 1. Consumo per cápita de alcohol en países seleccionados de las Américas, 1989.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics*, 1989.

Mortalidad por cirrosis hepática

La tasa de mortalidad por cirrosis hepática (ajustada de acuerdo con la tasa mundial por 100 000) se ha utilizado para estimar la prevalencia del síndrome de adicción al alcohol, considerando que aproximadamente 20% de los alcohólicos contraen la enfermedad. Esta estimación indica una importante diferencia entre hombres y mujeres, relacionada en gran parte con la prevalencia mucho mayor de alcoholismo en los hombres.

El Cuadro 1 ilustra esta situación en países seleccionados de la Región. Partiendo de supuestos de proporcionalidad entre la prevalencia de problemas derivados del alcohol y el nivel de consumo (3), el mayor consumo de alcohol en el hombre se reflejaría en la mayor morbilidad y mortalidad por ciertas enfermedades, como sería el caso de la enfermedad crónica del hígado.

Otro dato de interés se relaciona con el nivel de consumo en mujeres alcohólicas: una cantidad de bebida diaria menor que el promedio correspondiente a los hombres

Cuadro 1. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad hepática crónica y cirrosis en países seleccionados de las Américas. Último año disponible, tasas por 100 000.

País	Año	Hombres	Mujeres	Total
Argentina	1985	15,6	4,3	9,6
Bahamas	1985	25,8	10,0	17,3
Canadá	1987	6,8	9,7	8,2
Costa Rica	1988	16,6	7,4	12,0
Chile	1987	36,5	12,4	23,4
Estados Unidos	1987	12,5	5,4	8,7
México	1986	54,7	15,2	34,0
Puerto Rico	1986	41,5	8,7	24,0
Trinidad y Tabago	1983	21,2	5,7	13,5
Uruguay	1986	11,1	2,3	6,4
Venezuela	1983	18,4	5,4	11,7

Fuente: Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics*, 1989.

ocasiona en las mujeres los daños típicos del alcoholismo en fase avanzada. Un estudio de Wilkinson *et al.* (4), llevado a cabo en Australia en 1971, estimó que las consumidoras de bebidas alcohólicas ingerían un promedio diario de 17,7 ml, en términos equivalentes de alcohol absoluto, mientras que los hombres consumían aproximadamente 27,8 ml. Otros estudios del mismo autor confirman que la cirrosis causada por el alcohol afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres entre bebedores excesivos de ambos sexos. Para explicar estas diferencias Wilkinson afirma (5): "la vulnerabilidad específica se ha atribuido a las diferencias en la dieta (Caroli y Peguinot, 1958; Spain, 1945) pero, más recientemente, tanto Krasner (1977) como el mismo Peguinot (1974) postularon la existencia de factores constitucionales relacionados con el metabolismo del alcohol o con diferentes respuestas inmunológicas de ambos sexos" (citado por Plant [30]).

Existen muy pocos estudios en la Región sobre las diferencias por sexo del consumo de alcohol y drogas. Dantas (6) estudió 95 mujeres hospitalizadas en las clínicas de Rebeirão Preto en el Brasil (1978-1982) que consumían más de 100 ml de etanol más de tres veces por semana (ingestión frecuente). Se hizo el diagnóstico de cirrosis hepática en 32 casos y de pancreatitis crónica en 13. El período de evolución de la cirrosis fue significativamente más corto (14,62 años) en las mujeres que en los hombres (21,10 años), lo cual ofrece apoyo a la hipótesis de mayor vulnerabilidad y gravedad del alcoholismo en el sexo femenino.

Revisión de los estudios epidemiológicos

Por un largo tiempo ha predominado en el ámbito científico la hipótesis de Jellinek (7) para estimar la prevalencia del alcoholismo mediante una fórmula derivada de la mortalidad por cirrosis hepática. En este sentido, con base en un estudio realizado en los Estados Unidos sobre

200 casos hospitalarios de cirrosis hepática durante cuatro años, de los cuales 157 correspondieron a hombres y 43 a mujeres, Strauss (8) sugirió una proporción hombres-mujeres alcohólicos de 6:1.

Los estudios de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tales como los realizados en Costa Rica en 1982 y 1990 (9), en México en 1988 (10), en el Ecuador en 1988 (11), en Colombia en 1987 (12), en el Perú en 1988 (13), en Jamaica en 1987 (14) y en Bahamas en 1988 (15) reflejan diferencias importantes en cuanto a sexo. El Cuadro 2 ilustra tales diferencias basadas en las encuestas de hogares de Costa Rica realizadas en 1982 y 1990. En estas encuestas se registró una proporción hombres-mujeres entre bebedores excesivos de 6:1 en 1982, que se redujo a 2,3:1 en 1990. Entre los alcohólicos dicha proporción fue de 10:1 en 1982 y de 16:1 en 1990.

En México, 14% de los hombres y 0,6% de las mujeres aparecen en la categoría de bebedores consuetudinarios (Cuadro 3). Paralelamente, la categoría de bebedor frecuente de alto nivel (bebedor excesivo) muestra porcentajes de 13,1 para los hombres y 1,4 para las mujeres. Asimismo, la población que cumple con el criterio de dependencia del alcohol es de 12,5% en hombres y 0,6% en mujeres (Cuadro 4). En estos tres casos la diferencia por sexo es cercana o superior a 10:1.

Los datos de México ilustran, además, una diferencia notable en cuanto a síntomas de dependencia entre ambos sexos (Cuadro 4). Se destacan en este contexto la incapacidad de controlar la ingesta y el consumo para aliviar los síntomas de la abstinencia, conductas que se dan con mucha mayor frecuencia en el hombre que en la mujer.

En el Ecuador se registra una prevalencia de alcoholismo de 7,68% en los mayores de 15 años: 7,04% en el sexo masculino y 0,64% en el sexo femenino. En Colombia, según información obtenida de los estudios de prevalencia en 1987, la relación entre alcoholismo y alto riesgo de alcoholismo se encuentra también en una proporción significativamente mayor en el hombre: 5, 6 a 1.

Cuadro 2. Prevalencia de los niveles de ingestión en Costa Rica, según sexo, 1982 y 1990.

Niveles de ingestión	HOMBRES				MUJERES				TOTAL			
	Estimación nacional	Porcentaje ponderado	Estimación nacional	Porcentaje ponderado	Estimación nacional	Porcentaje ponderado	Estimación nacional	Porcentaje ponderado	Estimación nacional	Porcentaje ponderado	Estimación nacional	Porcentaje ponderado
	1982		1990		1982		1990		1982		1990	
Abstemios	115 202	16	432 999	1 41,40	378 682	52	746 659 ¹	71,30	493 884	34	1 183 658 ¹	56,27
Cuasiabstemios	56 161	8			164 708	22			220 869	16		
Moderados	246 966	34	251 567	23,66	131 620	18	224 042	21,56	378 586	26	475 609	22,61
Excesivos	127 443	18	143 540	13,50	22 059	3	59 241	5,81	149 502	10	202 781	9,64
Alcohólicos	69 842	10	109 622	10,31	6 618	1	5 441	0,66	76 460	5	115 063	5,47
Ex bebedores	104 403	14	121 424	11,42	31 618	4	5 209	0,66	136 021	9	126 633	6,02
Total	720 017	100	1 059 152	100,29	735 305	100	1 040 592	100,00	1 455 322	100	2 103 744	100,01

Fuente: Datos correspondientes a 1982: *Bol Of Sanit Panam* 95(5):453, 1983.

Datos correspondientes a 1990: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1991.

¹ Incluye cuasiabstemios.

Cuadro 3. Patrón de consumo de alcohol en la población urbana de México de 18 a 65 años, por sexo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1989.

Patrón de consumo	Población (en miles)					
	Masculina		Femenina		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bebedor consuetudinario	1 827,5	14,2	83,4	0,6	1 910,9	6,8
Bebedor frecuente de alto nivel	1 692,8	13,1	206,9	1,4	1 899,7	6,8
Bebedor frecuente de bajo nivel	489,9	3,8	467,8	3,1	957,7	3,4
Bebedor moderado alto	2 701,1	20,9	413,4	2,7	3 114,5	11,1
Bebedor moderado bajo	889,2	6,9	1 090,1	7,2	1 979,3	7,1
Bebedor poco frecuente	1 869,1	14,5	3 247,7	21,5	5 116,8	18,3
Abstemio	3 424,1	26,6	9 578,9	63,5	13 003,0	46,5

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

Cuadro 4. Síntomas de dependencia del alcohol en la población urbana de México, de 18 a 65 años, por sexo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Adicción, 1989.

Síntomas	Población (en miles)			
	Masculina		Femenina	
	No.	%	No.	%
Falta de satisfactores alternativos por el uso de alcohol	1 522,5	11,8	101,0	0,7
Persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas	696,7	5,4	97,7	0,6
Tolerancia	296,5	2,3	21,8	0,1
Abstinencia	1 186,2	9,2	98,4	0,7
Consumo para aliviar abstinencia	1 671,3	13,0	114,9	0,8
Reducción del repertorio conductual	1 091,7	8,5	97,4	0,6
Incapacidad de control	2 592,2	20,1	212,5	1,4
Compulsión de uso	704,1	5,5	72,7	0,5
Reinstalación rápida del síndrome después de un período de abstinencia	367,2	2,8	58,3	0,4
Población que cumple con el criterio de dependencia	1 556,0	12,5	95,9	0,6

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

En cuanto a sustancias psicoactivas, los países consumidores de marihuana y de cocaína indican una relación del orden de 4 a 1 para ambas sustancias en Colombia (1987), tomando como criterio de prevalencia el consumo de por lo menos una vez en la vida. En Puerto Rico (González, 1983), en la categoría de bebedores excesivos los hombres superaron a las mujeres con porcentajes de 89 a 11, respectivamente (citado por Caetano y Medina-Mora [16]).

La revisión de las cifras anteriores corrobora la observación tradicional relativa a la mayor proporción de hombres que de mujeres en la categoría de bebedores y alcohólicos. Las tendencias recientes en el consumo de alcohol por parte de la mujer, reflejan la "doble moral" entre los géneros, que considera la ingesta de alcohol —especialmente el "alegrarse" o embriagarse para estar "a tono"— como una conducta ampliamente tolerable en el hombre,

mientras que en la mujer esta misma conducta aparece socialmente censurable. Agrega esta autora que el elemento importante en las tendencias actuales de consumo alcohólico en la mujer no es tanto el alcoholismo sino, más bien, el menor abstencionismo asociado a los cambios de su rol social. Anteriormente, el enfoque tradicional se refería a la mujer exclusivamente como víctima en la ecuación social del alcoholismo, por lo que los grupos temperantes, a menudo bajo el liderazgo femenino, buscaban proteger a la mujer de su pareja alcohólica. Este enfoque está variando en el presente, dado que la búsqueda de la equidad social y económica por parte de la mujer habría podido incluir, sin proponérselo, una igualdad de derechos para recrearse ingiriendo bebidas alcohólicas.

Los estudios en Costa Rica, Colombia, Ecuador, México y Perú, destacan esta dinámica. En el caso de Costa Ri-

Cuadro 5. Prevalencia de los niveles de ingestión alcohólica en Costa Rica, según sexo y último ciclo educativo cursado (completo o incompleto), 1982.

Niveles de ingestión	Hombres					Mujeres				
	Total	Escolaridad				Total	Escolaridad			
		Sin estudios	Primaria	Secundaria	Universitaria		Sin estudios	Primaria	Secundaria	Universitaria
Abstemios	17,4	7,3	15,1	22,0	15,3	55,1	59,5	61,6	51,7	38,9
Cuasiabstemios	6,6	2,8	4,0	9,6	8,7	20,7	17,4	18,2	23,3	23,4
Moderados	31,9	18,3	26,6	35,1	46,0	15,4	8,3	10,7	17,4	30,2
Excesivos	17,6	13,8	17,9	17,9	17,0	3,2	3,3	2,7	3,7	3,3
Alcohólicos	10,0	16,5	13,0	6,9	6,3	0,7	1,6	1,3	...	0,3
Ex bebedores	16,5	41,3	23,4	8,5	6,7	4,9	9,9	5,5	3,9	3,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n: 2 425	n: 109	n: 1 088	n: 928	n: 300	n: 2 819	n: 121	n: 1 293	n: 1 071	n: 334

Fuente: Míguez, H. y Pecci, M. C. (61).

ca, como se observó en el Cuadro 2, se registró un importante incremento proporcional de bebedores excesivos entre las mujeres durante el período 1982-1990: de 3 a 5,8%. Adicionalmente, las cifras del Cuadro 5 sobre prevalencia de los niveles de ingestión alcohólica según sexo y escolaridad en Costa Rica señalan una menor abstención en las mujeres con mayor nivel educacional. Esta tendencia contrasta con la observada en el sexo masculino, que sugiere una asociación positiva entre instrucción y abstención.

En el terreno social, por tanto, es conveniente formular nuevas hipótesis e intensificar la investigación para ponderar con datos sólidos el apego de la mujer a patrones de consumo previamente censurados por la sociedad. Se deben realizar estudios longitudinales para determinar el grado de riesgo de adquirir dependencia del alcohol u otras conductas de ingesta patológica. Quizá, el meollo del asunto ha sido mejor descrito por Breeze (17), quien destaca la importancia del contacto social con la ingesta: en una encuesta realizada en Inglaterra y Gales (1982) solo 18% de las mujeres que no habían ingerido alcohol durante la última semana había tenido contacto con amigos en ese período, en contraste con 47% de las mujeres con empleo que habían consumido más de 20 centilitros. Otros autores (18), han señalado también la importancia de fenómenos de trasulturación, tales como el observado en una encuesta realizada a mujeres mexicano-estadounidenses y mexicanas: 14% de las primeras en contraposición con 1% de las segundas declararon beber frecuentemente.

Otras consideraciones ecológicas

Desde el punto de vista socioantropológico se han propuesto algunas hipótesis sobre la etiología y las condiciones ambientales que favorecen el consumo de alcohol y de otras sustancia psicoactivas. Todos estos enfoques van más allá de una simple explicación en cuanto a la motivación placentera o su contrapunto —conductas autodestructi-

vas— para incluir estereotipos culturales e individuales. Tales serían, por ejemplo, las tradiciones y actitudes relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas y de alcohol, las cuales demarcan ampliamente la complejidad del ritual, los estilos de socialización y las normas específicas para las diversas culturas.

Las distintas culturas incorporan, en general, la presencia de un elemento metafórico o simbólico ligado a algunas sustancias de uso común como el alcohol, los alucinógenos y la coca. En cuanto al concepto sobre la bebida, existe una clara diferencia entre las opiniones formales y las no formales. Las primeras son las respuestas obtenidas por profesionales en medicina o ciencias sociales y, por lo general, reflejan actitudes convencionales o ideales éticos producto de las normas sociales. Las segundas son las ideas y sentimientos populares que distinguen atributos precisos del consumo como medio de socialización, reductor de ansiedad, dar valor o coraje en las relaciones sentimentales o como desinhibidor sexual; estas ideas no necesariamente incluyen una percepción clara del efecto farmacológico de la sustancia, o sea que, en términos epidemiológicos, la exposición al agente farmacológico se da en un punto ciego cultural del usuario. Otro elemento cultural se refiere a las normas de grupo para controlar la embriaguez y la pérdida de autocontrol derivadas del consumo excesivo que se manifiesta en "malos tragos", violencia, falta de respeto, conducta autodestructiva o embriaguez pública.

El rol de la mujer en su interacción con las actitudes y normas culturales resulta menos obvio en relación con las tradiciones en torno a las bebidas alcohólicas. Todos los atributos sociales del alcohol descritos anteriormente son admitidos para el hombre con mayor o menor grado de censura en nuestra sociedad. En términos generales, el consumo de alcohol se asocia con la presión de grupo para aliviar tensiones sociales, como ritual de pasaje del adolescente en el proceso de identidad con el modelo del adulto (machismo) y, en algunas

culturas, como símbolo de "status" al incorporarse a la vida productiva (19).

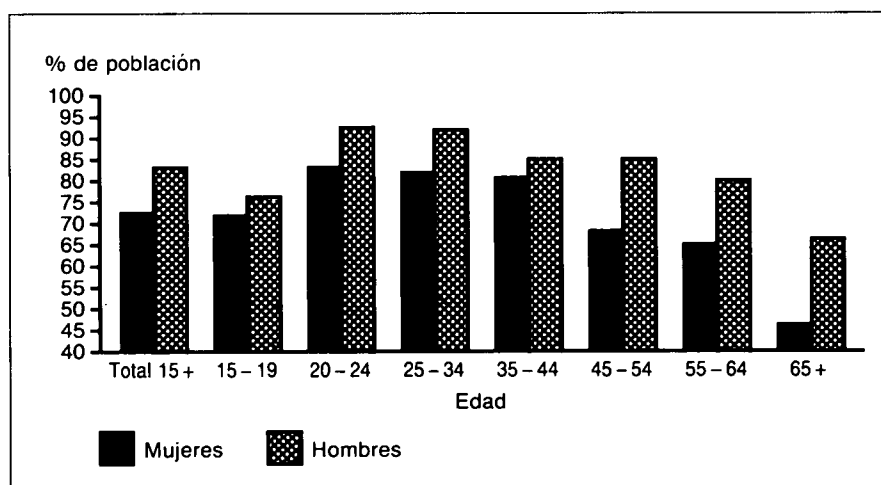
En esta etapa de "consumo socialmente aceptado", nuestra cultura tolera más el uso de sustancias de diversa índole en el hombre que en la mujer. Al respecto, es interesante observar dos series de datos para el Canadá (20) y México (21) (Figura 2 y Cuadro 6, respectivamente.). De los datos canadienses se infiere que las diferencias entre los porcentajes de bebedores masculinos y femeninos tienden a aumentar con la edad. Obsérvese que el grupo de 15 a 19 años de edad es el más homogéneo en cuanto a niveles de ingestión entre ambos sexos. Se sabe que en estos cinco años la presión de grupo y el proceso de identidad y de autonomía adquieren una jerarquía importante para el desarrollo, en líneas muy similares para ambos sexos.

En el Estudio de Hogares de México también se observaron estas tendencias (Cuadro 6) aunque, en términos generales, el porcentaje general de mujeres abstemias es mucho mayor que en el Canadá.

Koss T. (22) sugiere una hipótesis interesante sobre el pasaje en la adolescencia desde la aversión al alcohol en la niña en edad de latencia, hacia una actitud permisiva en búsqueda no tanto del efecto farmacológico como de la aceptación de sus pares. Desafortunadamente, la carencia de estudios de esta índole no permite elaboraciones empíricas que ayuden en la comprensión de estos rasgos diferenciales, para así plantear estrategias de prevención e intervención tempranas.

En el orden jerárquico de influencias o modelos se acepta generalmente un predominio de los valores, normas y

Figura 2. Consumo de alcohol en la población de 15 y más años del Canadá, por edad y sexo, 1989.



Fuente: National Health and Welfare of Canada (20).

Cuadro 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana de México de 12 a 17 años, por sexo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1989.

Frecuencia de consumo	Población (en miles)					
	Masculina		Femenina		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Una vez por semana o con mayor frecuencia	302,6	7,2	54,2	1,4	356,8	4,4
De una a tres veces por mes	334,5	7,9	136,6	3,6	471,1	5,9
Menos de una vez por mes, cuando menos, una vez por año	708,9	16,8	680,6	17,9	1 389,5	17,3
Abstemios	2 876,7	68,1	2 936,2	77,1	5 812,9	72,4
Total	4 222,7	100,0	3 807,6	100,0	8 030,3	100,0

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.

actitudes del medio cultural de pertenencia. Las actitudes, según Bem y Bem (23):

...son gustos y repudios. Son nuestras afinidades a favor de algo, o nuestra aversión a situaciones, objetos, personas, grupos o cualquier otro aspecto de identificación de nuestro medio ambiente, incluyendo ideas abstractas y políticas sociales.

Es interesante observar la transición durante la adolescencia y la manera como se cristalizan los patrones culturales o idiosincrasias conforme se avanza hacia la edad adulta. Un ejemplo de esta transición sería el hecho de que la mayor prevalencia de consumo en el hombre, tomando como denominador la población adulta, se reduce al estudiar grupos de adolescentes, tal como se describió respecto al Canadá y México.

FACTORES ETIOLOGICOS Y ESPECIFICIDAD DE GENERO

La acelerada evolución de los conocimientos sobre genética dentro de las ciencias psicosociales ha sido un factor importante en la definición de la etiología de las diferentes adicciones, en la medida en que esta área del conocimiento se aplica a los trastornos psiquiátricos. De esta manera, en la teoría moderna de la genética del comportamiento humano, la dualidad antitética entre medio ambiente y genotipo ha sido reemplazada por la interacción íntima y complementaria entre ambos factores.

Existe un interés especial en la búsqueda de interacciones entre factores de género y problemas relacionados con el alcohol. Algunas de estas interacciones se refieren, según Strauss (24), a diferencias entre los sexos en las siguientes áreas: estilos de ingesta; índole, magnitud, incidencia y distribución de los problemas de la bebida; efecto del alcohol sobre el organismo; relación del alcohol con las prácticas sexuales entre hombres y mujeres (creencias y conductas); efectos del alcohol sobre el feto en la mujer embarazada; relación entre la bebida y ciertos roles de género, y el alcohol como factor en el descuido de las precauciones convencionales del embarazo o la transmisión de enfermedades venéreas, al disminuir la capacidad de juicio o la ansiedad respecto a estos problemas. Todas estas áreas plantean aspectos tanto biológicos como conductuales.

En la década de los treinta, al abolirse la Prohibición en los Estados Unidos y al hacer su aparición Alcohólicos Anónimos (AA), se aceptó la incapacidad de controlar la ingesta de alcohol como una extraña forma de alergia a esta sustancia. En 1945, Jellinek aseveró que "al revisar la literatura sobre los problemas de ebriedad uno tiene la impresión de que el beber en exceso se debe a

una condición hereditaria". Por otra parte, la información sobre problemas derivados del alcohol, de acuerdo con la teoría de distribución (disponibilidad por oferta, de la OMS²), indica una relación directa lineal entre estos problemas y los niveles de ingesta, relación que ha constituido la base de los programas de salud pública que tratan de reducir la oferta y el abastecimiento de bebidas alcohólicas. Este ha sido el origen del nuevo énfasis puesto en los factores de oferta, en contraposición a los de demanda por vulnerabilidad individual imperante en la década de los años cincuenta. Sin embargo, aunque esta hipótesis ha sido ampliamente aceptada para explicar los problemas derivados del alcohol en la población general, no logra, por otro lado, explicar por qué solo ciertos individuos tienen problemas con el alcohol.

Murray (25) revisó los diferentes aspectos teóricos relativos a herencia frente a aprendizaje, y destacó la importancia de la historia familiar y la ocupación como factores de alta predicción en el desarrollo del alcoholismo; cita a Kessel y Walton (1965), quienes resumen esta posición de la manera siguiente:

El padre provee al hijo de un modelo de conducta el cual es asimilado y en base al mismo, modela su conducta futura en la vida adulta. El alcoholismo pasa de una generación a otra como las propiedades o el dinero y no en la misma forma del color de los ojos. La transmisión genética del alcoholismo no está demostrada.

Los estudios de familias y de gemelos (mono y bicigóticos), así como los de adopciones, concluyen que no existe una relación directa entre el alcoholismo y la herencia de carácter autosómica ni ligada al sexo, y que se dan diferencias en la población en cuanto a la predisposición genética al alcoholismo, pero esta diferenciación se pone a prueba solo ante la exposición al fármaco (alcohol) en una forma continua.

Por lo tanto, aun ante la presencia de una vulnerabilidad específica hacia el desarrollo de conductas de índole adictiva, las influencias sociales, el aprendizaje y, sobre todo, las normas culturales son altamente relevantes en cuanto a la evolución del problema. Quizá por esta razón es que se produzca una menor prevalencia de alcoholismo en la mujer, a juzgar por el mayor nivel de abstinencia según datos estadísticos presentados anteriormente.

Un aspecto distinto es el de la predisposición individual en aquellas mujeres que evolucionan a la bebida en forma intensa o patológica. Los problemas de psicopatología podrían contribuir en este aspecto, de acuerdo con los estudios sobre depresión y tendencias suicidas en la mujer be-

² Véase Organización Mundial de la Salud. *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, Ginebra, 1980. Serie de Informes Técnicos 650.

bedora y alcohólica. Winokur (26) observó que tanto el alcoholismo como la depresión se presentaban con más frecuencia de la esperada en el mismo individuo y su familia, y que el alcoholismo era más frecuente en el sexo masculino y la depresión en los familiares del sexo femenino; basándose en estas observaciones postuló la existencia de un trastorno hereditario, dentro de la categoría depresiva de los trastornos afectivos. Goodwin *et al.* (27), por otra parte, encontraron una mayor prevalencia de depresión en las hijas de alcohólicos criadas en el hogar de origen que en las adoptadas por otras familias, lo cual señala como importante un factor de crianza y estímulo negativo del medio familiar en las primeras.

Como dato estadístico de interés, la encuesta de hogares realizada en Colombia en 1987 analizó las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a tres variables: beber en exceso, sintomatología depresiva e intento de suicidio. La información recogida —que incluye la prueba CAGE (28) sobre alcoholismo, la escala de autoevaluación de depresión (29) y el intento de suicidio alguna vez en la vida— señaló un riesgo de suicidio comparativamente más alto para las mujeres que presentaban un índice alto de depresión y una prueba positiva de alcoholismo, en comparación con otras posibles combinaciones de datos.

La relación de variables correspondientes a la predisposición genética y psicológica no ha dado una respuesta clara a las hipótesis planteadas. Más adelante se discutirán algunos aspectos sobre la salud mental de la mujer en relación con las drogas, en especial en lo correspondiente al alcohol como la sustancia de mayor consumo.

PROBLEMAS RELACIONADOS ESPECIFICAMENTE CON EL ALCOHOL Y LAS DROGAS

Síndrome alcohólico fetal y otros efectos del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo

El síndrome alcohólico fetal (SAF) consiste en la presencia de una serie de trastornos físicos y de la conducta en niños de madres con historia de consumo excesivo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. Los efectos del alcohol sobre el feto se han observado desde los tiempos bíblicos (30), por Burton en su *Anatomía sobre la melancolía*, y Benjamin Rush en "Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors upon the Human Body" (1787). Los primeros casos documentados aparecieron a finales de los años sesenta y principios de los setenta en las publicaciones de Lemoine *et al.* (31) y de Jones y Smith (32). Des-

de entonces, la literatura científica ha dejado muy poca duda sobre los efectos teratogénicos y la embriogénesis del alcohol. Siguen en estudio, sin embargo, aspectos como la dosis de alcohol, la vulnerabilidad variable del feto y otros trastornos de la conducta en el niño relacionados con esta sustancia. El lector interesado en una revisión completa de este problema puede consultar los Informes presentados al Congreso por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (33).

El SAF, según las descripciones de Jones y Smith (34), consiste en la presencia de deformidades faciales y de las extremidades así como de defectos cardiovasculares y de retardo del crecimiento y desarrollo. Las deformidades craneofaciales incluyen párpados pequeños y caídos (ptosis), microftalmía, subdesarrollo de la parte media del rostro, epicanto, hipodesarrollo del surco nasolabial, un espacio amplio entre el labio superior y la nariz, y circunferencia cefálica reducida. Se describen también irregularidades en los pliegues de las palmas de las manos y defectos cardíacos, pequeños hemangiomas y anomalías del oído.

Streissguth *et al.* (35) examinaron, después de 10 años, ocho de 11 niños diagnosticados inicialmente con SAF, y sus resultados corroboraron las consecuencias permanentes del alcohol en los niños afectados. Cuatro de los mismos obtuvieron un cociente de inteligencia (CI) de 70 a 86, y el resto, de 20 a 57. Todos los niños mostraron niveles inferiores en cuanto a desarrollo y crecimiento, y con frecuencia presentaron problemas agregados, tales como infecciones del oído medio y problemas dentales y oftalmológicos.

En los Estados Unidos y en los países europeos se estima que la prevalencia del SAF es de 1 a 3 por 1000 nacimientos. En América Latina, Rohaman (36) ha señalado la presencia del SAF en Costa Rica. Mena *et al.* (37) investigaron el SAF como causa de retardo mental en tres escuelas de educación diferenciada de Concepción, Chile. En la escuela en que predominaba el retardo mental entrenable la prevalencia de SAF fue de 3,3%, y en las dos restantes, con predominio del retardo mental educable, fue de 11,8 y 16,1, respectivamente. De los 386 alumnos estudiados, 34 fueron diagnosticados como casos de SAF, con el antecedente de defunción materna por alcoholismo en los 13 que presentaron el síndrome completo de este trastorno. En 1984, estos mismos autores (38) publicaron los resultados de un estudio casuístico de 119 lactantes de los cuales cinco presentaron un síndrome completo (SAF) y nueve, efectos fetales del alcohol (EFA). Nobile *et al.* (39) en el Brasil registraron complicaciones por la ingesta de alcohol en la mujer embarazada, tales como abortos espontáneos, retardo del crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas. Mathias *et al.* (40) han descrito un síndrome compatible con efectos del alcohol sobre el feto en el Brasil, con un claro antecedente de alcoholismo en ambos padres. La informa-

ción sobre los efectos del alcoholismo en el hombre en relación con problemas genéticos es todavía bastante incompleta e inconclusa.

Los efectos del alcohol sobre el feto son diversos y se cree que dependen de variables genéticas así como de ciertos estilos particulares de ingesta. Otros estudios demuestran defectos claros en cuanto a inteligencia, desarrollo de la audición y del lenguaje, coordinación visomotora y razonamiento práctico. De igual forma, se encontraron mayores problemas de inestabilidad emocional, hiperactividad, pobre nivel de atención y dificultad de concentración al cambiar de actividades, en niños de madres alcohólicas que en testigos.

La pregunta importante en el momento actual es cuáles son las causas determinantes del daño relacionado con el alcohol en la fase prenatal. No todas las mujeres bebedoras excesivas dan a luz niños con SAF. Al contrario, la prevalencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo es mayor que la de SAF. Se podría plantear la hipótesis o especulación de que algunos fetos son más vulnerables al alcohol; la madre puede proveer un ambiente de mayor resistencia o de protección, y puede darse la existencia de factores sinérgicos todavía no bien estudiados como causantes de este problema. Mientras tanto, aun cuando todavía no se haya llegado a conclusiones certeras, es conveniente tener en cuenta este alto riesgo durante la consulta prenatal, para lo cual se debe capacitar al personal de enfermería, trabajo social, psicología y obstetricia sobre este trastorno, con miras a establecer criterios claros para su prevención.

Otros aspectos importantes se relacionan con los efectos de las drogas en cuanto a la concepción y sus complicaciones. Gaulden *et al.* (41) han descrito mayor frecuencia de amenorrea, irregularidades del ciclo menstrual y

suspensión de la ovulación en un grupo de 72 adictas a la heroína.

El Cuadro 7 describe las diferencias en cuanto a morbilidad pre y perinatal entre mujeres adictas a la heroína y testigos, según un estudio realizado en Bronx y Brooklyn, Estados Unidos, en 1972. Las cifras indican que aunque la capacidad reproductiva de las mujeres drogadictas no pareció afectarse negativamente por la adicción, la mortalidad fetal y perinatal de sus hijos sí mostró asociación con esa conducta.

El uso de la cocaína, al igual que el de la heroína, trae complicaciones graves por adicción del niño desde el nacimiento, y el hipodesarrollo y la mortalidad neonatales han sido ampliamente documentados (42). En la Región se han descrito problemas similares con la pasta de cocaína (43), con el agravante de que, por sus características de elaboración y modalidad de consumo, la pasta condiciona ciertos cambios estructurales en los cromosomas. En Lima, Perú, se hizo un estudio con una muestra de 400 niños de los cuales 200 eran hijos de mujeres consumidoras de pasta de coca. Los resultados indicaron alteraciones del desarrollo y mayor grado de enfermedad entre los hijos de las consumidoras, pero no demostraron malformaciones congénitas similares al síndrome alcohólico fetal (Cuadro 8).

Resumiendo, algunos autores de la Región han descrito problemas relacionados con el consumo de alcohol en la mujer embarazada, pero no han determinado todavía la prevalencia o las características específicas en cuanto a estilos de ingesta, como para establecer las diferencias locales respecto a las de otros países desarrollados. La información es aún más escasa en cuanto al consumo de drogas ilícitas como la cocaína, la marihuana y alucinógenos como el LSD.

Cuadro 7. Datos obstétricos de 150 madres drogadictas y 227 testigos de Bronx y Brooklyn, EUA, estudiadas entre el 1 de enero de 1973 y el 30 de junio de 1976.

	Madres adictas (N = 150)	Testigos (N = 227)
Embarazos, total	515	573
Embarazos por madre	3,4	2,5
Productos de la concepción (incluidos los nacimientos múltiples)	523	578
Abortos inducidos	44 (8,5%)	50 (8,7%)
Embarazos ininterrumpidos ^a	471	523
Productos de la concepción/ininterrumpidos ^a	479	528
Nacidos vivos	422 (88,1%)	491 (93,0%)
Pérdidas fetales ^b	57 (11,9%)	37 (7,0%)
Abortos espontáneos ^b	49 (10,2%)	31 (5,8%)
Nacidos muertos ^b	8 (1,7%)	6 (1,1%)
Defunciones neonatales ^c	12 (2,8%)	3 (0,6%)
Defunciones perinatales	20 (4,7%)	9 (1,8%)
Defunciones posteriores a los 28 días de edad ^c	8 (1,9%)	0 (0%)

^a Cifras corregidas; se eliminaron los abortos inducidos.

^b Basado en el total de nacimientos.

^c Basado en el número de defunciones por 1000 nacidos vivos.

Fuente: Rementería, J. L. (42).

Cuadro 8. Alteraciones halladas en el examen médico pediátrico de una muestra de niños de madres consumidoras de coca, Lima, Perú, 1989.

Alteraciones	Grupo de estudio		Grupo testigo	
	No.	%	No.	%
Sistema inmunológico				
Infecciones intensas	122	61,0	24	12,0
Alergias intensas	60	30,0	8	4,0
Sistema dérmico				
Abscesos	10	5,0	0	0,0
Hiperpigmentación	4	2,0	0	0,0
Melanomas	2	1,0	0	0,0
Eritemas	2	1,0	0	0,0
Sistema óseo				
Pie plano	76	38,0	8	4,0
Displasia congénita de cadera	32	16,0	2	1,0
Osteomas	26	13,0	3	1,5
Nasales planos	16	8,0	0	0,0
Tórax en quilla	8	4,0	0	0,0
Sistema genitourinario				
Criptorquidia	8	4,0	1	0,5
Mastopatía	4	2,0	0	0,0
Riñón en herradura	1	0,5	0	0,0
Sistema muscular				
Hernias	92	46,0	4	2,0
Diastasis de recto	10	5,0	4	2,0
Sistema cardiovascular				
Soplos patológicos (IV-VI)	20	10,0	2	1,0
Com. inter. acianótica (C.I.V.)	6	3,0	0	0,0
Sistema ocular				
Visión disminuida	16	8,0	0	0,0
Estrabismo	4	2,0	0	0,0
Sistema digestivo				
Pólipo sigmoideo	3	1,5	0	0,0
Sistema respiratorio				
Atelectasia pulmonar	2	1,0	0	0,0

* El autor asume para este cuadro una "t" = 20,40
Fuente: Oliver, E. (43).

Salud mental y consumo de drogas en la mujer

Las condiciones sociales y psicológicas de la mujer son un factor importante en el desarrollo de actitudes y conductas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Como se mencionó en la parte correspondiente a la etiología de estos trastornos, no se han realizado estudios concluyentes, en parte por la menor prevalencia de dependencia de sustancias en la mujer. Algunos factores, al menos al inicio del consumo, muestran denominadores comunes en los distintos estudios, a saber: presión de grupo, ingreso a estratos sociales de alto consumo, y alivio del estrés o de síntomas específicos como fobias, ansiedad o depresión.

Si se toman en cuenta algunos datos de las encuestas de países mencionadas anteriormente, se podría ir proponiendo la hipótesis de que el consumo de bebidas alcohólicas en la mujer se encuentra en un período intenso de cambio, lo cual plantea la necesidad de explorar de manera más sistemática los efectos a largo plazo.

Existen, por otro lado, diferencias precisas respecto al uso de drogas lícitas e ilícitas (benzodiácepinas, barbitú-

ricos, etc.), en el sentido de mayor frecuencia de uso de sustancias recetadas en la mujer, y de obtención en forma ilícita en el hombre.

Los estudios de Winokur (44) sugieren la presencia de factores de riesgo de índole afectivo en el uso indebido de drogas. El uso y abuso de sustancias recetadas en el caso de la mujer han sido asociados con sentimientos de tensión y con clara afección mental. El hombre busca con más facilidad este alivio por medio del alcohol, pero el ingreso de la mujer en el mundo de la competencia, el estrés y los medios sociales que permiten el consumo del mismo, han hecho que estas diferencias sean cada vez menores.

Recientemente se ha dado mayor atención a las demandas y tensiones relacionadas con las expectativas sociales y a los mecanismos de ajuste necesarios para contrarrestar estas presiones por parte de la mujer. Las experiencias en cuanto a la socialización, la nueva óptica de la mujer en nuestra sociedad y las opciones y limitaciones para nuevas carreras profesionales o laborales, pueden someter a la mujer a sentimientos de dependencia, pérdida de control, impotencia para cambiar las condiciones adversas y aislamiento social.

Algunos autores han destacado los acontecimientos ocurridos durante la niñez y los relacionados con la vida familiar en la génesis del abuso de drogas. Entre estos acontecimientos, algunos investigadores como Kandel y Andrews (45) citan presencia de patología en la familia, ruptura de lazos, pérdidas, separaciones, conflictos matrimoniales entre los padres, disconformidad con los valores por parte de los progenitores, e historia de alcoholismo o drogadicción, así como altos índices de violencia y abuso sexual sufridos por las mujeres que abusan del alcohol o las drogas. Otros profesionales del área de la psicodinámica consideran el uso compulsivo de drogas como un intento de autotratamiento, lo cual ubica a las drogas y al alcohol como agentes farmacológicos para defender al individuo de afectos o sentimientos de gran intensidad o desorganizantes de la personalidad (46).

Los estudios de Torres y Murrelle en Colombia (12), mencionados anteriormente en este trabajo, destacan una relación significativa entre la ingesta de alcohol y la depresión en la mujer. Dapino (47) describe los siguientes resultados con respecto a la mujer: por un lado la frecuente asociación del alcoholismo con determinados cuadros psicopatológicos, especialmente depresión, ya sea como factor de riesgo predisponente para su manifestación o como expresión equivalente del alcoholismo paterno, y por otro, la comprobación de factores genéticos de ambos padres, independientes o asociados, responsables de las características conocidas del alcoholismo femenino, de su rápida evolución y de las manifestaciones de ansiedad e inestabilidad emocional que lo acompañan.

Otros estudios parecen corroborar los hallazgos de Torres y Murrelle, en cuanto a la correlación entre depresión y alcoholismo. Sin embargo Turnbull y Gomberg (48), en un estudio de casos y testigos de mujeres deprimidas alcohólicas, sugieren que la depresión inducida por el alcohol no se diferencia en forma significativa de la registrada en los casos negativos de alcoholismo. Turnbull y Gomberg (49), en su revisión sobre alcoholismo primario y secundario en la mujer, se refiere a la poca atención que se ha dado al diagnóstico y manejo de estos problemas, a saber: el alcoholismo primario se aplica a las mujeres sin trastornos psiquiátricos preexistentes. En el caso del alcoholismo secundario, el cuadro diagnosticado con más frecuencia es el de depresión. Esta autora describe las técnicas diagnósticas y guías para el tratamiento en ambas situaciones.

McMahon y Tyson (50) estudiaron un grupo de mujeres en tratamiento y también encontraron una fuerte predisposición a los trastornos depresivos, particularmente entre las mujeres que presentaban una personalidad de tipo pasivo, y entre las mujeres alcohólicas. La literatura abunda también en la relación entre suicidio y alcoholismo. Ferreira de Castro *et al.* (51) realizaron un estudio en Portugal sobre este tema y en relación con las diferencias de género entre grupos durante los períodos 1955-1969

y 1970-1985. Sus conclusiones son relevantes en cuanto al aumento de la tasa de suicidios entre las mujeres situadas en categorías de mayor nivel de independencia: técnicas o profesionales de zonas urbanas. Sugieren también la presencia de alcoholismo como desinhibidor y precipitante de conductas suicidas en estos grupos.

Similarmente, parece existir una predisposición a las adicciones en las mujeres con trastornos afectivos de índole depresiva con componentes de trastorno de pánico (52), mayor que la observada para otros problemas emocionales o estrés.

Alcohol, sexualidad y problemas ginecológicos

Según Sutker *et al.* (53), el consumo de alcohol en las mujeres que tienen un ciclo menstrual normal, puede ser influenciado por los estados anímicos correspondientes a cada fase de este ciclo. La mayor cantidad de alcohol en el pequeño grupo de estudio fue consumido por las mujeres con mayores cambios anímicos negativos como tensión y depresión. Harvey y Beckman (54) contradijeron estos resultados al discernir la poca variación en el consumo durante las cinco fases del ciclo. En la fase premenstrual, a menudo asociada con tensión emocional, la ingesta tiende a reducirse debido a la mayor facilidad para intoxicarse en tal fase. Esto es importante en las mujeres que toman para aliviar la tensión debido a los riesgos en que incurrirían, por ejemplo, al manejar.

En cuanto a trastornos ginecológicos, algunos estudios asocian el beber en exceso con dismenorrea, infertilidad, esterilidad y menopausia prematura; se ha relacionado, también, con un mayor índice de histerectomías. Es difícil sugerir una asociación causa-efecto entre el alcohol y estas variables por cuanto tal tipo de relación requiere verificar la precedencia del consumo en el tiempo. En un estudio reciente, por ejemplo, 32% de las mujeres entrevistadas relacionaron su problema alcohólico con infertilidad previa (55).

Se han hecho otros estudios relacionados con la sexualidad en general y con trastornos sexuales en la mujer. El beber en exceso se asocia con problemas de disfunción sexual, frigidez, disminución del interés en el sexo y dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales). De nuevo, en este punto es difícil establecer la dirección de una posible causalidad. Algunas mujeres relatan sus experiencias sobre el alivio de estos problemas por medio del alcohol. De hecho, un gran número de bebedoras moderadas han experimentado mayor deseo y más placer durante las relaciones bajo la influencia del alcohol (56).

Finalmente, y respecto a la sexualidad y consumo de bebidas alcohólicas, es frecuente el antecedente de abuso sexual, tal como violación o relaciones incestuosas padecidas por las mujeres que abusan del alcohol (57).

En relación con el cáncer de mama, la revisión bibliográfica de Moira Plant para la OMS (58) cita un gran nú-

mero de publicaciones que relacionan esta enfermedad con el consumo de alcohol. Los estudios revelan un alto riesgo de cáncer de mama en mujeres que beben tres o más tragos al día. En 1987 Willet *et al.* (59) publicaron los hallazgos de un estudio de 121 700 enfermeras de 30 a 55 años. El cáncer de mama indicó una probabilidad 50% mayor de presentarse entre las consumidoras moderadas de alcohol (especialmente cerveza y destilados) que entre las abstemias. Dicho estudio también relacionó el potenciamiento de este problema con el uso de tabaco. Se debe advertir al lector que los datos respecto a la asociación entre alcohol y cáncer de mama son muy contradictorios debido no solo al subregistro sino también a la falta de control por historia familiar de cáncer, obesidad y otros factores de riesgo. En consecuencia, es importante realizar más investigaciones dirigidas a resolver esta incógnita en salud.

CONSIDERACIONES SOBRE TRATAMIENTO

Según Morales y Valverde (60):

El alcoholismo en la mujer se inicia, por lo general, como consecuencia de la lenta acumulación de necesidades emocionales no resueltas ni satisfechas en los campos del amor, la significación y el sentido de pertenencia en la cultura en la cual la costumbre de beber socialmente es práctica común y aceptada. Ella descubre casi de inmediato sus efectos analgésicos así como otros más que recibe con placer. Se da cuenta de que ahora se puede sentir a gusto con otros y de que no padece de miedo y encuentra salida a sus sentimientos contenidos y a sus hostilidades hacia aquellos cuya desaprobación teme. Libera sus inhibiciones y siente que puede expresarse, que se le conoce como persona, es más, como persona muy importante (el subrayado es de los autores).

Aunque esta descripción no descarta fenómenos paralelos en el hombre, puede afirmarse que la mujer, ante un problema de esta naturaleza, carga con un mayor estigma social. En las sociedades tradicionales donde la mujer desempeña básicamente el papel de fuente de afecto y de mantención de la homeostasis familiar, la limitada dependencia hacia su persona por parte de los otros miembros del núcleo familiar hace más factibles una alienación de su rol tradicional y el consecuente rechazo de sus familiares. Por otro lado, si ella desempeña el doble papel de proveedora y ama de casa, pasan generalmente muchos años antes de que ella misma y quienes la rodean, acepten la existencia de un problema que exige la búsqueda de algún tipo de ayuda.

Esta descripción de la dinámica social ante los efectos farmacológicos del alcohol —aunque básicamente anecdótica— ilustra la necesidad de crear en el personal a cargo de estos programas una sensibilidad especial a los problemas individuales de la mujer ante sí misma en presencia de una conducta adictiva.

Los autores antes mencionados centran su atención en el doble predicamento de la mujer con problemas de dependencia. Por un lado, como se anotó anteriormente, su vulnerabilidad física es mayor y por otro, las expectativas sociales sobre el papel femenino son muy rígidas, por lo que una conducta de esta índole provoca mayor trastorno familiar y social. Esta combinación de factores, agravados por otros cuadros de fondo no siempre diagnosticados, contribuyen de manera nefasta en dos dimensiones: mayor alienación de su familia y de su medio de pertenencia, y dificultad para el encuadre terapéutico. Todo ello obliga con frecuencia a la mujer adicta a refugiarse psicológicamente en la negación del problema, lo cual alivia la carga de los seres queridos para quienes es difícil enfrentarse a una disfunción afectiva en la madre o en la esposa. De ahí la importancia de referir a la persona a un grupo de alta competencia e idoneidad para un tratamiento adecuado. El soporte de los grupos como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA) es muy importante para lograr el apoyo de los pares y conformar una red de ayuda favorable a la rehabilitación.

REFLEXIONES FINALES

No es necesario reiterar aquí la complejidad del problema de consumo de sustancias psicoactivas en la mujer. La historia ha mostrado cómo el tabaco se infiltró y se arraigó en las costumbres sociales de la mujer, de forma tal que el riesgo atribuible de ciertas enfermedades ha llegado a diferenciarse poco entre ambos sexos.

Aunque el tabú de consumo de sustancias ilícitas protege a los grupos de la población con mayor adhesión a las normas culturales tradicionales, se observa con preocupación cómo en edades de experimentación se ha acortado la brecha por género y estrato social. Asimismo, en centros de tratamiento de adictos, Míguez y Pecci (61) y E. Feliz (informe sobre pacientes atendidos en hogares CREA de la República Dominicana, comunicación personal, 1992), han identificado una representación numérica del sexo femenino mayor que la esperada de acuerdo con los estudios de prevalencia. Esto hace pensar que la proporción de 6:1 entre hombres y mujeres podría haberse reducido a 3:1 ó 4:1 en la última década.

Esta situación es de gran importancia para plantear las necesidades cambiantes de la mujer en el mundo moderno. En cuanto a la dependencia de sustancias se observan ten-

dencias muy marcadas hacia la incorporación de la mujer a estilos de vida previamente exclusivos del hombre. Las nuevas escalas de valores, el convivir en forma simétrica en ámbitos de competencia, el estrés y las costumbres recreativas de alto consumo de alcohol, fomentan en la mujer moderna la propensión a sufrir las consecuencias de esta y otras sustancias, habida cuenta de su mayor vulnerabilidad física y mental a las mismas. Adicionalmente, la mujer se expone a este riesgo sin contar todavía con una infraestructura de apoyo social para obtener la atención e información requeridas, quizá debido a las expectativas poco realistas de mantener a la mujer en una isla cultural tradicional.

Las consecuencias del consumo para la mujer son de índole muy particular, ya que le originan un costo social y familiar muy alto, no solo por transgredir las normas tradicionales sino también porque su organismo responde en forma diferente al efecto de estas sustancias. Así, la adicción o dependencia son menos frecuentes en la mujer que en el hombre pero, en promedio, presentan un índice de mayor gravedad en la mujer.

Los problemas específicos en cuanto a sexualidad y reproducción han recibido especial atención, pero existe un déficit muy grande respecto a estudios especiales que contribuyan a determinar los factores de riesgo y establecer medidas eficaces a fin de prevenir las enfermedades y mejorar los servicios para la atención de la mujer afectada por el consumo de estas sustancias.

Es necesario trabajar más intensamente en los problemas familiares ocasionados o precipitados por las drogas y en las afecciones de los hijos de las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo. Los estudios sugieren una vulnerabilidad especial de la mujer a los traumas psicológicos, violencia, abuso sexual y trastornos depresivos en su relación con el alcohol y las drogas, lo cual indica una necesidad de dar mayor importancia al diagnóstico de cuadros de fondo por medio de historias clínicas, pruebas especiales e investigación.

Finalmente, se debe recomendar a las autoridades encargadas de los programas nacionales y locales de atención, a las organizaciones no gubernamentales y a otros grupos interesados, que incluyan dentro de sus planes la prevención y el tratamiento de los problemas de adicción en la mujer. De igual manera, deben ampliarse los estudios epidemiológicos para determinar con más precisión el riesgo relativo de la exposición de la mujer a las sustancias adictivas, habida cuenta del diseño actual de estos estudios que no siempre desagregan los datos para permitir este análisis.

REFERENCIAS

- (1) Heath, D. Women and alcohol: crosscultural perspectives. *J Subst Abuse* 3:175-185, 1991.
- (2) Dantas, R. Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Rebeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 19(4) 304:10, 1985.
- (3) Bruun, K., Edwards, G. et al. *Alcohol control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
- (4) Wilkinson, P., Kornaczewski, A. y Rankin, J. G. Epidemiology of alcohol cirrhosis. *Aust Ann Med* 1:1217-1225, 1971.
- (5) Wilkinson, P. Sex differences in morbidity of alcoholics. En: Kalant, O. J. *Alcohol and Drug Problems in Women*. Nueva York, Plenum, 1980, págs. 331-364.
- (6) Dantas, R., *op. cit.*
- (7) Jellinek, E. M. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, College and University Press, 1960.
- (8) Strauss, R. The challenge for reconceptualization. En: Keller, M. (ed.). *Research Priorities on Alcohol*. *J Stud Alcohol Suppl.* 8:279-288, 1979.
- (9) Costa Rica, Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Encuesta Nacional de Hogares* (1983 y 1990). San José, Departamento de Publicaciones IAEA, 1991.
- (10) México, Sistema Nacional de Encuestas de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, D.F., Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
- (11) Ecuador, Ministerio de Salud, Programa de Control de Alcoholismo y Farmacodependencia. *Investigación nacional sobre prevalencia de alcoholismo en el Ecuador*. Quito, 1985.
- (12) Torres, Y. y Murrelle, L. *Encuesta nacional sobre farmacodependencia, Colombia, 1987*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1988.
- (13) Ferrando, D. *Uso de drogas en las ciudades del Perú*. Encuesta de Hogares. Lima, CEDRO, 1990.
- (14) Jamaica, National High School and Household Surveys in Jamaica. Kingston, National Drug Abuse Council, 1989.
- (15) Bahamas, National Drug Council of The Bahamas. National Student Drug Survey. Nassau, 1988.
- (16) Caetano, R. y Medina-Mora, M. E. *Inmigration, Acculturation and Alcohol Use: A Comparison Between People of Mexican Descent in Mexico and The U.S.* Working Paper based on a National Research Grant to the Alcohol Research Group, Medical Research Institute of San Francisco, 1986.
- (17) Breeze, E. *Women and Drinking*. Londres, Her Majesty Stationery Office, 1985.
- (18) Caetano, R. y Medina-Mora, M. E., *op. cit.*
- (19) Madrigal, E. Farmacodependencia: hacia un enfoque integrado. *Rev Prevención Salud Sociedad*. Año IV, vol. 4, Buenos Aires, 1991.
- (20) National Health and Welfare of Canada. National Alcohol and other Drug Survey, junio de 1990.
- (21) México. Sistema Nacional de Encuestas de Salud, *op. cit.*
- (22) Koss, T. Posibles explicaciones sociales y psicológicas para un cambio de actitud hacia el consumo de alcohol. *Rev Prevención Salud Sociedad*. Año IV, vol. 4, Buenos Aires, 1991.
- (23) Bem, D. J. y Bem, S. *Beliefs, Attitudes and Human Affairs*. Brook & Cole, 1970.
- (24) Strauss, R., *op. cit.*
- (25) Murray, R. M. y Gurling, H. Alcoholism: Poligenic influence on a multifactorial disorder. *Br J Hosp Med*, abril de 1992.
- (26) Winokur, G., citado por Murray (25).
- (27) Goodwin, D. W. et al. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Arch Gen Psychiatry* 28:238, 1973.
- (28) Ewing, J. A. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252:1905-1907, 1984.

- (29) Zung, W. W. K. *Zung self rating depression scale and depression status inventory*. En: Sartorius y Ban (eds.). *Assessment of Depression*. Berlín, Springer Verlag, 1986, págs. 221-231.
- (30) Plant, M. L. *Women and alcohol. A Review of International Literature on the Use of Alcohol by Females*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 1990.
- (31) Lemoine, P. *et al.* Les infants de parents alcooliques: anomalies observées, À propos de 127 cas. *Ouest Medical* 21:476-482, 1968.
- (32) Jones, K. L. y Smith, D. H. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* II:999-1001, 1973.
- (33) Estados Unidos de América. U.S. Department of Health and Human Sciences. *Alcohol and Health. Sixth Special Report to the U.S. Congress*. NIAAA, 1987.
- (34) Jones, K. L. y Smith, D. H., *op. cit.*
- (35) Streissguth, A. P., Clarren, S. K. y Jones, K. L. Natural history of fetal alcohol syndrome: A ten year follow up of eleven patients. *Lancet* II:85-91, 1985.
- (36) Rohaman, A. *El síndrome alcohólico fetal*. San José, Costa Rica, Publicaciones del INSA, 1983.
- (37) Mena, M. *et al.* Prevalencia del síndrome alcohólico fetal en escuelas de educación diferenciada de Concepción, Chile. *Rev Servicios Sanid Fuerzas Policiales* 46(1):20-27, 1985.
- (38) Mena, M. *et al.* Síndrome alcohólico fetal como causa de desnutrición secundaria. *Rev Chile Pediatr* 55(1):14-20, 1984.
- (39) Nobile, L. *et al.* Alcohol y gravidez. Consideraciones epidemiológicas y efectos adversos sobre el concepto. *J Bras Psiquiatr* 33(5):347-351, 1984.
- (40) Mathias, L. *et al.* A respeito da síndrome fetal do alcool: Apresentação de caso. *J Bras Ginecol* 95(8):373-374, 1985.
- (41) Gaulden, E. C. *et al.* Menstrual abnormalities associated with heroin addiction. *Am J Obstetr Gynecol* 90:155-160, 1964.
- (42) Rementería, J. L. *Drug Abuse in Pregnancy and Neonatal Effects*. Saint Louis (Missouri), The Mosby Company, 1977.
- (43) Oliver, E. Pasta de coca y descendencia. *Psicoactiva* (CEDRO) 3(1), 1989.
- (44) Winokur, G., *op. cit.*
- (45) Kandel, D. B. y Andrews, K. Process of adolescent socialization by parents and peers. *Int J Addict* 22:319-342, 1987.
- (46) Wurmser, L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Psychoanalytic Association* 32:820, 1974.
- (47) Dapino, L. M. Alcoholismo femenino. *Rev Fac Cien Med Plata* 10(1):19-22, 1987.
- (48) Turnbull, J. E. y Gomberg, E. S. The structure of depression in alcoholic women. *J Stud Alcohol* 51(2):148-155, 1990.
- (49) Turnbull, J. E. y Gomberg, E. S. Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. *Alcohol Clin Exp Res* 12(3):374-381, 1988.
- (50) McMahon R. C. y Tyson, D. Personality factors in transient v. enduring depression among inpatient alcoholic women: A preliminary analysis. *J Pers Disorders* 4(2):150-160, 1990.
- (51) Ferreira de Castro, E., Pimenta, F. y Martins, I. Female independence in Portugal. *Acta Psychiatr Scand* 78(2):147-155, 1988.
- (52) Nunes, E. y Quitkin, F. Panic disorders and depression in female alcoholics. *Clin Psychiatry* 49(11):441-443, 1988.
- (53) Sutker, P. B. *et al.* Alcohol use, negative mood states and menstrual cycle phases. *Alcohol Clin Exp Res* 7(3):327-331, 1983.
- (54) Harvey, S. M. y Beckman, L. J. Cyclic fluctuations in alcohol consumption among females social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 9:465-467, 1985.
- (55) Plant, M. L., *op. cit.*
- (56) Beckman, L. J. Reported effects of alcohol on the sexual feelings and behavior of women alcoholics and non-alcoholics. *J Stud Alcohol* 40(3):272-282, 1979.
- (57) Murphy, W. D. *et al.* Sexual dysfunction in treatment of alcoholic women. *Sexuality and Disability* 3:240-255, 1980.
- (58) Plant, M. L., *op. cit.*
- (59) Willet, W. C. *et al.* Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 316(19):1174-1182, 1987.
- (60) Morales I. y Valverde, L. Alcoholismo femenino y terapéutica. *Rev Cien Soc Univ Costa Rica* 34:39-48, 1986.
- (61) Míguez, H. y Pecci, M. C. Farmacodependencia y rehabilitación: encuesta a una población de pacientes. Buenos Aires, Fundación CEDRO, octubre de 1990. Presentación al U.S. Community Epidemiology Work Group, diciembre de 1990.

EL TABAQUISMO EN LA MUJER DE LAS AMERICAS

*Sylvia C. Robles*¹

INTRODUCCION

En el ordenamiento social de los sexos, históricamente se ha mantenido una dominación masculina que ha relegado a la mujer a una condición subalterna. Durante este siglo, sin embargo, la mujer en las sociedades occidentales no solo ha ido adquiriendo derechos ciudadanos iguales a los de los hombres, sino que ha tenido que incorporarse a la fuerza laboral. Simultáneamente, al abrirse mayores oportunidades de educación, en un período relativamente corto, la mujer ha llegado a desenvolverse en un terreno que antes le estaba vedado: el de la esfera pública. Al traspasar esta barrera, la mujer se encuentra con que los sistemas de valores que condicionan las relaciones de los géneros aún se mantienen, por lo que, en el campo de lo público, ella debe funcionar con una serie de normas de conducta que le son ajenas, que pertenecen a lo que algunos autores han llamado "el sistema macho" (1).

El cigarrillo entra a desempeñar un notorio papel en este conflicto, ya que aparece como uno de los códigos y símbolos del mundo masculino que pueden ser adoptados por las mujeres y que les facilita, de alguna manera, la comunicación dentro del "sistema macho". La industria hace uso de este fenómeno y lo incorpora tempranamente a sus estrategias de mercadeo (2, 3).

La epidemia de tabaquismo para su inicio y posterior evolución requiere de condiciones sociales que refuercen y fomenten la adicción. El desarrollo de la sociedad, la urbanización y los cambios económicos, también ligados a la participación de la mujer en la esfera pública, se relacionan con la posibilidad de fumar. En consecuencia, el tabaquismo, como factor de riesgo para un grupo de enfermedades, se configura a partir del entorno económico y social, la dinámica de la población y las relaciones de poder en el sistema sexo-género.

El presente trabajo intenta proporcionar un panorama de las tendencias del fenómeno del tabaquismo en la Región, desde la óptica de las diferenciales y los determinantes del fenómeno que se asocian con las construcciones sociales de masculinidad y feminidad.

PREVALENCIA DE TABAQUISMO

Aspectos metodológicos

Las estimaciones de la prevalencia de tabaquismo en los países se obtienen, por lo general, a través de encuestas. Sin embargo, estas encuestas contienen diferencias metodológicas que limitan la comparabilidad de los datos. La primera de estas diferencias se refiere a la selección de la muestra: muy pocas encuestas en América Latina han recogido datos en una muestra representativa de la población nacional; la mayoría se limita a grupos urbanos o incluso a grupos de población específicos, tal como el personal de salud o los trabajadores de algunas instituciones o empresas. Ligado a lo anterior, las estimaciones de la prevalencia se ven afectadas por el grupo de edad seleccionado, particularmente cuando se incluyen en la muestra personas de edades extremas, como adolescentes e individuos de 60 años y más, los cuales tienden a presentar prevalencias más bajas. En este caso, las estimaciones se deben ajustar por edad.

La definición de fumador constituye otro aspecto importante por considerar. En la actualidad se utilizan básicamente dos definiciones de fumador regular: 1) si ha fumado por lo menos 100 cigarrillos durante su vida y fuma actualmente, y 2) si fuma actualmente por lo menos un cigarrillo diario. Desafortunadamente, varias de las encuestas consultadas preguntaron simplemente: ¿Fuma Ud.?, con lo cual incluyen tanto fumadores regulares como oca-

¹ Epidemióloga, Organización Panamericana de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

sionales, además de una apreciación subjetiva del entrevistado en cuanto a lo que constituye o no el ser fumador.

Para este trabajo se ha seleccionado la encuesta de mayor representatividad de cada país, de acuerdo tanto con la amplitud de la muestra como con las técnicas de entrevista. Se presentan las estimaciones brutas de prevalencia de tabaquismo para hombres y mujeres adultos (iguales límites de edad superior e inferior), con el fin de establecer comparaciones entre sexos y, con base en tales comparaciones, sugerir posibles diferencias entre países.

Prevalencia del tabaquismo

En los Estados Unidos de América y el Canadá la epidemia de tabaquismo ya alcanzó su pico máximo en la década de los sesenta. Actualmente la curva va en descenso; la prevalencia de tabaquismo disminuye en la población; sin embargo, lo hace más rápidamente en los hombres que en las mujeres. De 1965 a 1982, en los Estados Unidos la prevalencia del tabaquismo bajó de 51 a 34% en los hombres y solamente de 33 a 29% en las mujeres (4); en el Canadá en un período similar, de 1966 a 1981, disminuyó de 53,6 a 36,7% en los hombres y de 32,1 a 28,9% en las mujeres (5). En cambio, en los países de América Latina la prevalencia de tabaquismo ha aumentado en ambos sexos, y más rápidamente en las mujeres. Según se muestra en el Cuadro 1, entre 1971 y 1986, en Caracas la prevalencia de tabaquismo aumentó 26,3% (48,3 vs. 61,0) en los hombres y 80,0% (26,1 vs. 47,0) en las mujeres; en Santiago de Chile aumentó 44,4% (47,1 vs. 68,0) en los hombres y 113,7% (26,2 vs. 56,0) en las mujeres; en São Paulo, Brasil, aumentó 28,5% (54,7 vs. 69,0) en los hombres y 155,1% (20,0 vs. 51,0) en las mujeres; en la ciudad de México la prevalencia de tabaquismo se mantuvo estable en los hombres (43,6 vs. 43,1), pero aumentó entre las mujeres en 30% (16,0 vs. 20,8) (6-10).

La urbanización de América Latina en los últimos 40 años trajo cambios en el estilo de vida, mayor acceso a los servicios colectivos, un alto grado de diferenciación social y división del trabajo, así como también, cambios en los patrones de consumo de la población, entre los que se incluye el consumo del tabaco. Como resultado, las prevalencias de tabaquismo son mayores en las ciudades que en el resto del país (9-12), tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, la razón de prevalencia hombre/mujer tiende a indicar valores similares en ambos grupos de población en cada uno de los países estudiados, con la excepción de México, donde dicha razón aparece más baja en la ciudad de México (Cuadro 1). Esa tendencia general se puede explicar, en parte, porque la categoría que hemos denominado "todo el país" abarca otros centros urbanos importantes; pero también, por la existencia de redes de comunicación entre las ciudades y las áreas rurales, que incluyen el acceso a los medios de comunicación colectiva.

Cuadro 1. Prevalencia (por 100 habitantes) de tabaquismo según sexo, país y lugar de residencia, Brasil, Chile, México y Venezuela, 1971 y 1986.

Lugar de residencia	Hombres	Mujeres	Año
Brasil			
São Paulo	54,7	20,0	1971
São Paulo	69,0	51,0	1986
Todo el país	45,0	33,0	1989
Chile			
Santiago	47,1	26,2	1971
Santiago	68,0	56,0	1986
Todo el país	43,9	39,2	1985
México			
Ciudad de México	43,6	16,0	1971
Ciudad de México	43,1	20,8	1986
Todo el país	38,3	14,4	1986
Venezuela			
Caracas	48,3	26,1	1971
Caracas	61,0	47,0	1986
Todo el país	32,6	23,3	1986

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Tabaquismo o salud. Situación en las Américas*. Publicación Científica No. 536. Washington, D.C., 1992. United States Department of Health and Human Services. *Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Pan American Health Organization. DHHS Publication No.(CDC) 92-8420, 1992.

La heterogeneidad en las condiciones de vida de los diferentes grupos de población que caracteriza a los países de América Latina se refleja, también, en la condición de la mujer con respecto al hombre. Esta diferencia puede ser particularizada en una conducta que sugiere patrones de consumo, como lo es el tabaquismo, cuya prevalencia puede variar de acuerdo con las características de las regiones de un mismo país. Por ejemplo, en el sur de México la prevalencia de tabaquismo es de 37,2 % en los hombres y de 8,4% en las mujeres, lo que significa una razón de 4,4:1; al mismo tiempo, en el Distrito Federal la prevalencia es de 43,1% en los hombres y de 20,8% en las mujeres, o sea, una relación de tabaquismo entre hombres y mujeres de 2:1.

Asimismo, las diferencias demográficas y económicas entre los países de las Américas influyen en los niveles de tabaquismo de la población. En el Cuadro 2 se ha ordenado un grupo de países de la Región de acuerdo con una clasificación de la CEPALC (13) según la situación de modernización que estos habían alcanzado antes de la crisis de los años ochenta. Se han agregado, además, los dos países de economía desarrollada: los Estados Unidos y el Canadá. Sobre esta base, para caracterizar cada país se presenta el producto interno bruto (PIB) per cápita (14) y la esperanza de vida al nacer (15); adicionalmente, donde existe información disponible se indican las prevalencias

Cuadro 2. Prevalencia de tabaquismo, esperanza de vida al nacer y producto interno bruto per cápita en países seleccionados de las Américas.

País	PIB per cápita 1988	Esperanza de vida al nacer 1985-1990	Prevalencia de tabaquismo			Razón Hombre/Mujer
			Año	Hombres	Mujeres	
Canadá	16 760	77,00	1986	30,8	25,8	1,19
Estados Unidos	19 700	75,00	1987	31,7	26,8	1,18
Argentina	2 640	70,58	1988	43,0	27,0	1,59
Chile	1 510	71,48	1985	43,9	39,2	1,12
Uruguay	2 470	72,00	1985	44,0	23,0	1,91
Cuba		75,20	1988	47,8	25,5	1,87
Costa Rica	1 760	74,67	1986	34,7	14,4	2,41
Panamá	2 240	72,08	1983	56,1	20,0	2,81
Venezuela	3 170	69,67	1986	32,6	23,3	1,40
Brasil	2 280	64,89	1989	45,0	33,0	1,36
México	1 820	68,91	1988	38,3	14,4	2,66
Colombia	1 240	68,24	1988	37,0	18,0	2,06
Ecuador	1 080	65,44	1988	34,0	16,0	2,13
Paraguay	1 180	66,87		n/d	n/d	
Perú	1 440	61,40	1988	28,0	17,0	1,65
República Dominicana	680	65,91	1989	66,3	13,6	4,88
Bolivia	570	53,07		n/d	n/d	
El Salvador	950	62,15	1988	38,0	12,0	3,17
Guatemala	880	61,99	1989	37,8	17,7	2,14
Haití	360	54,71		n/d	n/d	
Honduras	850	63,95	1988	36,0	11,0	3,27

n/d: no hay datos disponibles a nivel nacional.

Fuente: Banco Mundial 1989 (14); CELADE 1990 (15); referencias 5, 9-12, 16-19.

de tabaquismo en hombres y mujeres (5, 9-12, 16-19) y la razón entre estas prevalencias.

Los Estados Unidos y el Canadá indican un PIB per cápita 10 veces más alto que el resto de los países en su conjunto, y presentan esperanzas de vida al nacer más elevadas. Como se señaló anteriormente, la frecuencia de tabaquismo en estos dos países va en descenso, razón por la cual las tasas de prevalencia pueden ser similares a las de otros países americanos. Sin embargo, las diferencias entre las prevalencias en hombres y mujeres son menores en estos países que en el resto de la Región, conduciendo a las razones hombre/mujer más bajas del continente: 1,19 para el Canadá y 1,18 para los Estados Unidos, excepción hecha de Chile que presenta la razón hombre/mujer más baja de todo el conjunto: 1,12.

El segundo grupo de países lo constituyen países de modernización avanzada, tanto aquellos que alcanzaron dicho estadio en forma temprana —Argentina, Chile, Uruguay y Cuba— como los que lo lograron más recientemente, Costa Rica, Panamá y Venezuela. El PIB oscila entre 1510 y 3170 y la esperanza de vida al nacer es relativamente elevada, fluctuando entre 69,67 años en Venezuela y 75,2 años en Cuba. La prevalencia de tabaquismo en los primeros cuatro países de este grupo, tiende a ser más alta que en el resto de la Región de las Américas, y la razón hombre/mujer varía entre 1,87 en Cuba y 1,12 en Chile. En Costa Rica y Panamá las mujeres indican prevalencias notoriamente más bajas que en los países anteriores, pro-

duciéndose, en consecuencia, razones hombre/mujer más altas: 2,4 y 2,8, respectivamente. En Venezuela se presenta un nivel de tabaquismo en mujeres moderadamente alto, lo que significa una razón entre sexos de 1,39.

En una situación intermedia se clasifican Brasil, México, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana. Los tres primeros países se distinguen por su mayor tamaño de población y extensión territorial. Presentan PIB per cápita similares a los países considerados como de modernización avanzada, pero exhiben esperanzas de vida al nacer un tanto más bajas, lo que habla de una modernización acelerada pero desequilibrada. En este grupo la prevalencia femenina de tabaquismo más alta la presenta el Brasil, con una razón hombre/mujer de 1,36, similar a la de los países más avanzados. El Perú, con prevalencias relativamente bajas para ambos sexos, muestra también una razón hombre/mujer relativamente baja: 1,65. En el resto de los países de este grupo las diferencias por sexo son más amplias que las observadas en los países de modernización avanzada, manifestándose en razones hombre/mujer de 4,89 en la República Dominicana, 2,66 en México, 2,12 en Ecuador y 2,06 en Colombia.

Esta diferencia se acentúa en el último grupo de países, los cuales se han incorporado solamente de forma parcial a la economía mundial, por lo que su modernización es muy incipiente y no ha afectado a la gran mayoría de la población. Este grupo muestra un PIB per cápita muy bajo y esperanza de vida al nacer, también baja. De los cin-

co países que lo conforman, solamente se cuenta con información de cobertura nacional sobre el tabaquismo para los tres países centroamericanos —El Salvador, Guatemala y Honduras— no así para Bolivia y Haití. En los países centroamericanos la prevalencia de tabaquismo en hombres es similar a la de los países en situación intermedia, pero las mujeres muestran las prevalencias más bajas del conjunto general, presentándose razones hombre/mujer de 3,17, 2,14 y 3,27, respectivamente.

Es evidente, entonces, que la relación que existe entre el grado de modernización de un país y la prevalencia de tabaquismo, no se refiere tanto a la magnitud de esta prevalencia dentro de la población total, como a la razón hombre/mujer de tal prevalencia. Con la modernización, las mujeres se han incorporado en mayores proporciones a la fuerza de trabajo, particularmente aquellas con un nivel de instrucción más alto (13), aspectos que sería necesario explorar en relación con el tabaquismo.

En general, en América Latina la prevalencia de tabaquismo en las mujeres aumenta conforme aumenta la escolaridad (19, 20). Por el contrario, en los hombres, la prevalencia de tabaquismo disminuye a mayor escolaridad, lo que implica que las razones de prevalencia hombre/mujer son más elevadas en los grupos sociales de menos escolaridad (20). En los Estados Unidos, en cambio, las razones de prevalencia hombre/mujer no varían significativamente con la escolaridad, aunque los niveles generales de tabaquismo sí se ven afectados por esta variable. Entre los que tienen 11 años o menos de educación, la prevalencia es de 38,0% para los hombres y de 25,9% para las mujeres; mientras que entre los que tienen 16 y más años de educación, la prevalencia es de 18,0% para los hombres y 13,5% para las mujeres (14). Como resultado, la razón de las prevalencias hombre/mujer es de 1,36 en el primer grupo y de 1,37 en el último.

Sobre la base de estos datos, valdría la pena resaltar que las mujeres, si bien representan un grupo con características propias, se distinguen también según orígenes culturales, niveles socioeconómicos, actividades y realidades personales. Se ha planteado que la asimetría de las relaciones de poder en el sistema sexo-género varía a través de las relaciones clasistas y adquiere rasgos específicos (21). Por tanto, si estas relaciones de poder en el sistema sexo-género intervienen de alguna manera en el hecho de fumar o no, esto se reflejaría en la razón de prevalencia hombre-mujer a través de las diversas categorías de nivel de escolaridad, de desarrollo alcanzado por el país de residencia, y de lugar de residencia rural-urbana, que son variables que denotan las condiciones de vida. Las variaciones en la diferencia de prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres, que se han discutido, sugerirían que el fumar cigarrillos actúa de alguna manera como indicador de las relaciones sexo-género, ya sea porque es utilizado como símbolo de potencial igualdad o porque representa el acceso

de las mujeres a determinados bienes de consumo. En cualquier caso, el hecho de que las diferencias se acentúen cuando las condiciones de vida son más precarias, podría ser indicativo de una mayor dominación del hombre sobre la mujer en estos grupos sociales. Por otra parte, la reducción de estas diferencias bien pudiese apuntar a los problemas que enfrenta la mujer que logra condiciones que se suponen más igualitarias, pero que posiblemente le representan una carga física y emocional que la llevan a adquirir hábitos que afectan negativamente su salud.

PUBLICIDAD DEL TABACO DIRIGIDA A LA MUJER

Durante el siglo XIX, la imagen del fumador era la del hombre de un nivel socioeconómico alto que consumía puros. Sin embargo, datos de la industria tabacalera señalan que en las Américas, los pobladores de los sectores marginales urbanos, los jóvenes y las mujeres de nivel socioeconómico alto, fumaban cigarrillos (2). La picadura de tabaco era envuelta por ellos mismos y, por lo tanto, constituía una modalidad más barata. Hacia finales del siglo, los hombres de nivel socioeconómico alto empezaron a fumar cigarrillos y a dejar el puro, o a combinar ambos, con lo cual aumentó considerablemente el consumo de tabaco. Dos elementos contribuyeron a este proceso: la fabricación de fósforos más seguros y fáciles de encender y las dinámicas campañas publicitarias dirigidas a los hombres jóvenes, las cuales asociaban el fumar con posición social. Como consecuencia, el tabaquismo, anteriormente limitado a la privacidad de una casa o reunión social, se popularizó y se difundió de tal manera que los cigarrillos se empezaron a fumar en cualquier lugar y a cualquier hora del día. Para las mujeres, en cambio, no era considerado apropiado fumar, como tampoco acompañar a los hombres mientras fumaban.

Las campañas publicitarias y las guerras han sido identificadas como los dos vehículos más importantes para aumentar el consumo de tabaco (17). Los cambios económicos generados por las guerras mundiales durante la primera mitad de este siglo tuvieron repercusiones importantes en la industria del tabaco (18), así como en los patrones de consumo de la población. Después de la Primera Guerra Mundial, las compañías tabacaleras que comenzaban a expandirse descubrieron a la mujer como un mercado no explorado. Para llegar a este, se utilizaron estrategias de publicidad que asociaban el éxito en la vida profesional y social con el cigarrillo. Los modelos que se utilizaron eran mujeres conocidas en actividades sociales, o mujeres que habían incursionado en la esfera pública, en un mundo masculino, como la aviadora Amelia Earhart, símbolos de mujeres triunfadoras (22). Desde entonces, la mujer ha sido foco de la promoción de los productos del tabaco. La incorporación de un gran número de mujeres a la fuerza

de trabajo durante la Segunda Guerra Mundial aumentó aún más el tabaquismo en este sector de la población (22).

Más recientemente, la disminución del tabaquismo en los países desarrollados ha obligado a la industria a abrir nuevos mercados (23). Los países en desarrollo y, en ellos, las mujeres y los adolescentes, ofrecen un mercado en expansión. Los procesos de urbanización, industrialización y crecimiento económico experimentados durante los años sesenta y setenta han aumentado la capacidad de consumo de estas poblaciones, lo cual aunado a una buena distribución de cigarrillos en estos países y al rápido desarrollo de los medios de comunicación masiva —que también tuvo lugar en estas décadas y que ha sido utilizado como medio de promoción— ha traído como consecuencia un aumento en la prevalencia del tabaquismo y en la cantidad de cigarrillos diarios que consumen los fumadores.

Paralelamente, las compañías transnacionales de manufactura de tabaco han absorbido la industria local de tabaco y se han involucrado también en las actividades agrícolas. Por lo tanto, al concentrarse la actividad tabacalera en pocas industrias, las estrategias de promoción se han extendido mundialmente. Los medios de comunicación masiva reciben una importante parte de sus ingresos por concepto de la publicidad del cigarrillo, lo que ha traído como consecuencia una disminución en la difusión de temas relacionados con tabaco y salud (24), restricción que se imponen los mismos medios. En los Estados Unidos, la prohibición de la publicidad en radio y televisión trajo un aumento de la publicidad en los medios de comunicación escrita. En las revistas dirigidas a la mujer, el número de anuncios de cigarrillos se triplicó entre 1974 y 1980, con un rango promedio de 9,6 a 14,8 anuncios por ejemplar (22). Como se indicó anteriormente, hasta los años sesenta la publicidad del cigarrillo en los Estados Unidos se asociaba a mujeres de éxito profesional y social, mientras que ahora la industria está abriendo su radio de propaganda para incluir a la mujer considerada “viril”, de nivel socioeconómico bajo y con “pocos valores intelectuales” (25). En América Latina la propaganda sigue dirigida hacia la mujer con “éxito”, a través de una mayor utilización de la radio y la televisión (26).

Las razones para fumar, tanto en hombres como en mujeres, son complejas. Se han postulado varios factores que intervienen en la iniciación, como lo son el aprender las posturas de fumador, el hecho de que los padres, hermanos mayores y figuras de autoridad fumen, y la publicidad (5). El papel de esta última ha sido ampliamente debatido, en razón de la dificultad de aislar un solo factor y estudiar su relación de causalidad para la iniciación y mantenimiento del tabaquismo. No obstante, estudios en adolescentes han demostrado que los fumadores eligen las marcas de mayor publicidad (27) y que van dirigidas a su grupo poblacional (28). Asimismo, los estudios de mercado para orientar la promoción de cigarrillos hacia la

mujer, concluyen que es muy difícil segmentar el mercado en ausencia de publicidad en medios de comunicación colectiva (26), lo que refleja su importancia para el desarrollo de nuevos mercados.

Marlboro es la marca de cigarrillo de más amplia distribución y promoción: para 1988 se informa que abarcaba aproximadamente el 30% del mercado en América Latina y el 26,5% en los Estados Unidos (29). En este país, el 28,2% de los hombres y el 19,4% de las mujeres fuma Marlboro. Esta marca, junto con Windsor, son promocionadas utilizando una imagen masculina, y son preferidas por el 27% de las mujeres fumadoras; solamente el 5,3% de las fumadoras consume una marca que basa su publicidad en imágenes femeninas (30). Se ha postulado que la mujer tiende a consumir tabaco y a fumar marcas promocionadas para hombres por una cuestión de búsqueda de igualdad entre géneros (28). Esta hipótesis ha sido fuertemente criticada por corrientes feministas que aducen que tal presunción se basa en evidencia puramente circunstancial, ya que estudios en países nórdicos demuestran que las mujeres más emancipadas no fuman (5).

Es posible, desde luego, que los factores que determinan el tabaquismo en las mujeres operen de manera diferente en los diversos contextos sociales. Empero, para poder develar las motivaciones que llevan a las mujeres a fumar, es necesario ahondar en el estudio de las expectativas sociales ligadas al género, y conocer los efectos que las relaciones de desigualdad entre los sexos tienen sobre la doble jornada de trabajo que muchas mujeres experimentan y sobre la estabilidad emocional de las mismas. Las diferenciales por sexo en el consumo de cigarrillos obedecen a una construcción social en cuya dinámica, la realidad social de la mujer y su papel de subordinación frente al hombre desempeñan, muy probablemente, una función digna de examinarse. De cualquier forma, dado que estos aspectos se utilizan en la promoción del tabaquismo, deben también ser considerados en las estrategias de prevención y control del mismo.

CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

La evidencia científica acumulada sobre los efectos nocivos del tabaquismo es abrumadora. Se ha señalado que los tumores malignos de tráquea, bronquio y pulmón, labio, cavidad bucal, faringe, laringe y esófago, la enfermedad isquémica del corazón, la bronquitis crónica y el enfisema están causalmente asociados con el tabaquismo. Asimismo, el tabaquismo es causa probable de la faringitis y de la úlcera péptica; es un factor contribuyente para el desarrollo de los tumores malignos de páncreas, vejiga urinaria y riñón; y, por último, se ha asociado con el tumor maligno del estómago, la sinusitis, la periodontitis y la osteoporosis (31).

Las anteriores son enfermedades que afectan a ambos sexos; sin embargo, en el caso de las mujeres se deben considerar, además, todos los efectos ligados a la reproducción. Entre estos, el tabaquismo se ha asociado con la infertilidad y la menopausia temprana. El fumar durante el embarazo puede causar complicaciones tales como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y aborto espontáneo; también se ha observado un mayor riesgo de embarazo tubario y calcificaciones placentarias prematuras (31, 32). El bajo peso al nacer del producto se ha relacionado causalmente con el tabaquismo durante el embarazo: estos niños pesan, en promedio, 200 g menos que los hijos de las no fumadoras (33), lo cual aunado a otras condiciones también relacionadas causalmente con el bajo peso al nacer —patentes en las bajas condiciones de vida— aumentan el riesgo de nacimientos de bajo peso en algunas poblaciones.

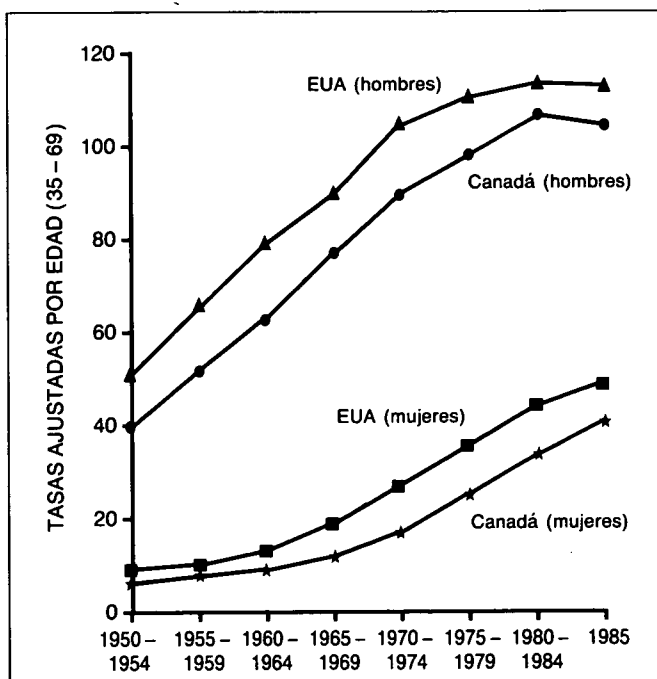
El hecho de que el tabaco se haya identificado como factor de riesgo para un importante número de enfermedades y de que participe en el desarrollo de estas junto a otros factores, hace difícil cuantificar la mortalidad que le es específicamente atribuible, cuando no se dispone de estudios especiales. No obstante tal dificultad, el cáncer de pulmón en adultos ha sido considerado un buen indicador de los daños que ocasiona el tabaco; es por esta razón que recientemente se han estimado los índices de maduración de la epidemia de tabaquismo, utilizando como base el nivel de la mortalidad por cáncer de tráquea, bronquio y

pulmón en cada país, en relación con la mortalidad por cáncer de pulmón en los Estados Unidos (34). El método asume, sobre la base de evidencias científicas, una fuerte asociación causal entre tabaquismo y cáncer de pulmón.

En países como los Estados Unidos, donde la prevalencia de tabaquismo en mujeres empezó a aumentar, en forma importante, en los primeros años de la segunda mitad de este siglo, ya comienzan a verse los efectos sobre las enfermedades crónicas. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, que ha ido en aumento a partir del primer quinquenio de los años sesenta, ha sobrepasado ya la tasa de mortalidad por cáncer de mama, la cual, en 1965, era 4,3 veces mayor que la de cáncer de pulmón en las mujeres (35). Este efecto aún no se ha documentado en América Latina, donde las mujeres comenzaron a fumar más tardíamente. El período que debe transcurrir entre la medición de la prevalencia del tabaquismo y sus consecuencias en la mortalidad sobrepasa los 20 años, razón por la cual es difícil demostrar sus efectos sobre la mortalidad en países donde el aumento significativo de la prevalencia del tabaquismo en la mujer se ha producido solamente en los últimos 15 años.

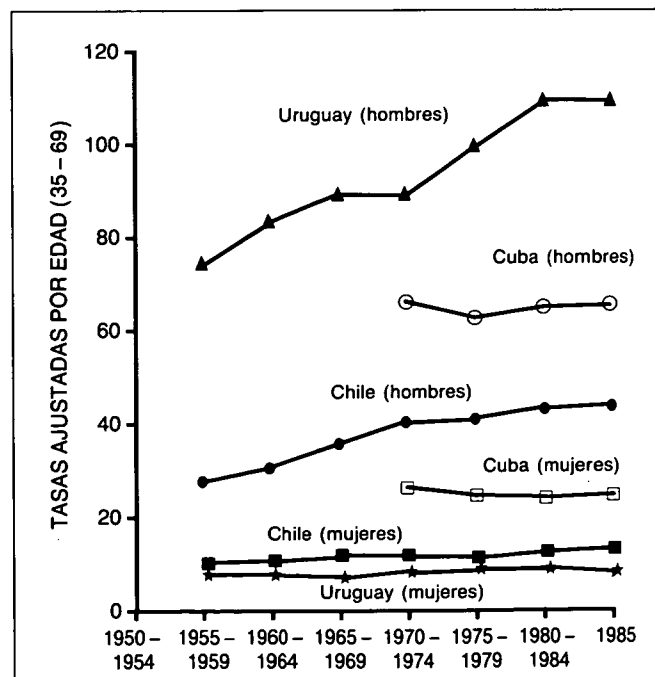
En las Figuras 1 y 2 se muestran las tendencias de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres y mujeres en el Canadá y los Estados Unidos y en tres países latinoamericanos —Cuba, Chile y Uruguay— seleccionados por la calidad de sus estadísticas de mortalidad y por exhibir altas

Figura 1. Mortalidad por cáncer de pulmón según sexo en el Canadá y los Estados Unidos, 1950-1985.



Fuente: Granroth, Stanley y López, 1988 (35).

Figura 2. Mortalidad por cáncer de pulmón según sexo en Cuba, Chile y Uruguay, 1950-1985.



Fuente: Granroth, Stanley y López, 1988 (35).

prevalencias de tabaquismo. En los primeros dos países la mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado tanto en hombres como en mujeres, aunque entre ellas tal aumento se inició más tardíamente. Las diferencias hombre-mujer han ido disminuyendo en estos dos países; en los Estados Unidos la máxima diferencia se observa en el quinquenio 1955-1959, en el cual los hombres presentaron una tasa 7,3 veces mayor que la de las mujeres, mientras que para 1985 esta relación se redujo a 2,4. Similar fenómeno se observó en el Canadá, donde en el quinquenio 1960-1964 la razón entre tasas fue de 7,1 y en 1985 de 2,6.

En los tres países latinoamericanos seleccionados, el comportamiento de la mortalidad por cáncer de pulmón varía. En el Uruguay, la mortalidad por esta causa en los hombres presenta niveles similares a la de los Estados Unidos y el Canadá, y va en aumento, al igual que en Chile, aunque en este último país muestra tasas mucho más bajas. En ambos países, la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres es mucho menor y tiende a mantenerse estable. Esta diferencia sugeriría que, a pesar de que en Chile y el Uruguay las prevalencias de tabaquismo en las mujeres se cuentan entre las más altas del continente (39,2% y 23,0, respectivamente), este es un fenómeno reciente, que aún no ejerce su impacto en la mortalidad. En Cuba se observa la mortalidad por cáncer de pulmón más alta de América Latina en las mujeres, lo cual permitiría especular que las mujeres cubanas tienen una historia de tabaquismo de más larga evolución. Para 1985 la razón de las tasas de mortalidad por cáncer pulmonar entre hombres y mujeres era ya de 2,7 en Cuba —similar a la de los Estados Unidos y el Canadá—, de 3,8 en Chile y de 16,3 en el Uruguay, cifras que podrían sugerir posibles diferencias históricas en el consumo del tabaco en ambos sexos.

Sin existir razones para pensar que los efectos del tabaquismo sobre la presencia de cáncer pulmonar sean diferentes para mujeres y hombres, ni que la evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón en América Latina difiera de la observada en los países más desarrollados, no es absurdo esperar, primero, que el aumento abrupto en la prevalencia de tabaquismo traiga consigo aumentos también rápidos en la mortalidad por enfermedades asociadas a este comportamiento. Y, segundo, que pese a que las mujeres muestran una mortalidad en todas las edades más baja que las de los hombres, tal ventaja se reduzca al disminuir la diferencia en la mortalidad prematura entre las mujeres fumadoras y los hombres.

La mortalidad por las otras enfermedades asociadas al cigarrillo, entre las que se encuentran principalmente otros tumores malignos y el infarto del miocardio —cuyo riesgo se incrementa 10 veces cuando se ingieren simultáneamente anticonceptivos orales—, si bien no es discutida en este trabajo, es posible que siga un curso similar al del cáncer de

pulmón, tal como ha sucedido en países desarrollados. La mortalidad es solamente un indicador bruto de la situación de salud, a lo que habría que sumar la mayor morbilidad y la baja calidad de vida que implica el tabaquismo.

CONCLUSIONES

El hecho de que a principios de este siglo fumar cigarrillos le estuviese socialmente restringido a la mujer, así como le estaba también restringida su participación en la vida pública, trajo como consecuencia el que, en su esfuerzo por lograr reivindicaciones sociales, fumar se constituyera en un símbolo de emancipación. Desde entonces, la industria del tabaco ha encontrado un terreno fértil para promocionar su producto.

La prevalencia del tabaquismo en las mujeres empieza a aumentar en los países desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial. En los países de América Latina, que se modernizaron más tardíamente, el tabaquismo en las mujeres no aumenta en forma importante sino hasta después de los años setenta. De ahí las diferencias geográficas observadas no solo en las prevalencias del tabaquismo, sino también en las razones hombre/mujer de esas prevalencias, y en la mortalidad por cáncer de pulmón como expresión de los efectos del consumo de cigarrillos sobre la salud.

Los primeros estudios que demostraron el impacto nocivo del tabaquismo en la salud se llevaron a cabo en poblaciones predominantemente masculinas. Es importante llamar la atención sobre el hecho de que, aunque hombres y mujeres están expuestos al riesgo de enfermar y morir por las mismas causas, la mujer está sujeta a la posibilidad de sufrir afecciones adicionales ligadas a diferencias hormonales y a su función reproductiva.

Las enfermedades que han sido asociadas al tabaquismo no solo son causa de una alta mortalidad sino también de una morbilidad prolongada, lo cual implica mayor discapacidad y un alto costo en atención médica. Esto es particularmente conveniente de considerar a la luz, por una parte, del importante aumento en la prevalencia del tabaquismo que han experimentado las mujeres en varios países de América Latina —Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela— y, por otra parte, de la situación de desventaja en que se encuentra la mujer con respecto al acceso a la atención médica ligada a prestaciones laborales. Esta desventaja se expresa no solo en los mayores niveles de desempleo y de concentración dentro del sector informal de la economía que exhibe la mano de obra femenina (13), sino también en el nivel inferior de remuneración que perciben las mujeres con respecto a los hombres, aun dentro del mismo nivel de escolaridad y tipo de ocupación. La crisis de los años ochenta ha venido a acentuar la desventaja femenina en los aspectos laboral (36) y de acceso a

atención médica oportuna, particularmente en vista de los procesos de reforma de los servicios de salud que se llevan a cabo en varios países, los cuales han disminuido el acceso de los grupos más desposeídos a tratamientos de alta complejidad, como los que muchas veces requieren las enfermedades asociadas al tabaquismo.

El fumar cigarrillos no puede constituir un elemento de emancipación de la mujer, puesto que las consecuencias sobre su salud producirían un efecto contrario. No obstante, el que la promoción del cigarrillo se haya llevado a cabo sobre estas bases socioculturales implica que las estrategias de control deben considerar tales aspectos. Especial atención merece la publicidad en los medios de comunicación colectiva, la cual, según lo ha indicado la industria tabacalera, favorece la segmentación del mercado que, dadas las tendencias actuales, afecta fundamentalmente a la mujer joven.

REFERENCIAS

- (1) Schaeff, A.W. *La mujer en un mundo masculino*. México, Editorial Pax-México, 1987, págs. 78-93.
- (2) Sobel, R. *They Satisfy: The Cigarette in American Life*. Garden City, New York, Anchor Press/Doubleday, 1978.
- (3) Warner, K.E. *Selling Smoke: Cigarette Advertising and Public Health*. Washington D.C., American Public Health Association, 1986.
- (4) Remington, P.L., Forman, M.R., Genty, E.M., Marks, J.S., Hogelin, G.C. y Troubridge, F.L. Current smoking trends in the United States. The 1981-1983 behavioral risk factor survey. *JAMA* 253:1975-1978, 1985.
- (5) Greaves, L. Background Paper on Women and Tobacco, Health Promotion Directorate, Health and Welfare. Ottawa, Canadá, noviembre de 1987.
- (6) Joly, D. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977. Publicación Científica No.337.
- (7) Adrianza, M. Investigaciones en la comunidad para programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1986.
- (8) Medina, E., Pascual, J.P., Cumsille, F., Alegría, A., Gutiérrez, L. et al. Encuesta de tabaquismo en la población general de Santiago. *Rev Med Chile* 114:257-262, 1986.
- (9) Gallup Organization, Inc. The incidence of smoking in Central and Latin America. Conducted for: American Cancer Society. Abril de 1988.
- (10) Secretaría de Salud. Encuesta nacional de adicciones: tabaco. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, México D.F., 1990.
- (11) Medina, E., Bahamondes A.P., Espinoza, A.M., Fernández, M.V., Forray, B. et al. Tabaquismo en 12 ciudades chilenas. *Cuad Med Soc XXVIII*(2):76-82, 1987.
- (12) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en Venezuela. Venezuela, MSAS, 1984.
- (13) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Transformación ocupacional y crisis social en América Latina*. Santiago, Naciones Unidas, CEPAC, División de Desarrollo Social, 1989. No. de venta S.90.II.G.3.
- (14) Banco Mundial. *World Development Report 1989*. Nueva York, Oxford University Press, 1989.
- (15) Centro Latinoamericano de Demografía. *Boletín Demográfico*, año XXIII (45), 1990.
- (16) Estados Unidos de América. U.S. Public Health Service. *Tobacco Use in 1986. Methods and Basic Tabulations from Adult Use of Tobacco Survey*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1986.
- (17) Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna. Prevalencia de tabaquismo en Cuba. La Habana, 1988.
- (18) Asociación Nacional contra el Cáncer. Investigación sobre el hábito de fumar en adultos. República de Panamá, 1983. Documento inédito.
- (19) Arango, L. Encuesta Nacional de Tabaquismo. Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco. Guatemala, 1989. Documento inédito.
- (20) Rosero, L. La salud de la mujer. En: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, Costa Rica, 1986. San José, Asociación Demográfica Costarricense, 1987, págs. 65-72.
- (21) Sojo, A. *Mujer y política*, 2ª ed. San José, Editorial Departamento Ecueménico de Investigaciones, 1989.
- (22) Ernster, V.C. A social history of cigarette smoking and advertising. En: *Not Far Enough: Women vs. Smoking*. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1987.
- (23) Tye, J.B., Warner, K.E. y Glantz, S.A. Tobacco advertising and consumption: evidence of a causal relationship. *J Public Health Policy* (invierno)(2):492-502, 1987.
- (24) Whelan, E.M., Sheridan, M.J., Meister, K.A. y Mosher, B.A. Analysis of coverage of tobacco hazards in women's magazine. *J Public Health Policy* (invierno)(2):28-35, 1981.
- (25) Specter, M. Marketers target "virile female": R.J. Reynolds plans to introduce cigarette. *The Washington Post*, 17 de febrero de 1990, p. A1.
- (26) Euromonitor Consultancy. The world market for tobacco: Strategy 2000. Euromonitor Consultancy. Londres, agosto de 1989.
- (27) Chapman, S. y Fitzgerald, B. Brand preference and advertising recall in adolescent smokers: Some implications for health promotion. *Am J Public Health* 72(5):491-494, 1982.
- (28) Davis, R.M. Current trends in cigarette advertising and marketing. *N Engl J Med* 316(12):725-732, 1987.
- (29) Maxwell, J.C. The Maxwell Consumer Report, International Tobacco 1988, Part One. 30 de marzo de 1989 (WFS-2557).
- (30) Centers for Disease Control. Cigarette brand use among adult smokers-United States, 1986. *MMWR* 39(38): 665-673, 1990.
- (31) Estados Unidos de América. U.S. Public Health Service. *Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.
- (32) Estados Unidos de América. U.S. Public Health Service. *The Health Consequences of Smoking for Women. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office of Smoking and Health, 1980.

(33) Tabaco: Riesgos para la salud y la reproducción humana. *Population Reports Serie L(1)*, 1979.

(34) Estados Unidos de América. Department of Health and Human Services. *Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health

Promotion, Office on Smoking and Health, Pan American Health Organization. DHHS Publication No.(CDC) 92-8420, 1992.

(35) Granroth, H., Stanley, K. y López, A.D. Time trends in mortality from cancer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988. WHO/CAN/88.5.

(36) Arriagada, I. Las mujeres latinoamericanas y la crisis: el impacto social en el mercado. Santiago, CEPAL, 1988. E/CEPAL/C/R 632.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA MUJER: ENFERMEDADES TROPICALES E INFECCIONES DE LOS ORGANOS DE LA REPRODUCCION

Gabriel A. Schmunis¹

La mujer de los países desarrollados y en desarrollo está expuesta, con diversos grados de intensidad, a factores de riesgo interrelacionados que le dan una vulnerabilidad distinta de la del hombre a las enfermedades bacterianas, víricas y parasitarias. Son ejemplo de ello las enfermedades tropicales y las infecciones de los órganos genitales, que representan toda una gama de riesgos diferentes para la mujer y para el hombre. Esos riesgos pueden ser clínicos (que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad ocasionadas por la infección y guardan relación con diversos índices epidemiológicos, como prevalencia e intensidad de la infección² e inmunidad del huésped³) o sociales (que incluyen factores culturales o económicos conducentes a un mayor riesgo clínico o que impiden el tratamiento para prevenir o mejorar el cuadro clínico) (1). Estos últimos entrañan un conjunto de factores que comprenden patrones culturales y de conducta, analfabetismo, bajos ingresos y modesta condición social de la mujer, lo que dificulta más su acceso a los servicios de salud. Como resultado, las enfermedades que son curables cuando se detectan y tratan a tiempo pueden tener graves consecuencias para la mujer si no se combaten oportunamente.

A continuación se explican el cuadro epidemiológico de algunas de las enfermedades citadas y las posibles formas

de intervención para reducir sus efectos perjudiciales para la salud de la mujer.

ENFERMEDADES TROPICALES

En los últimos años se ha efectuado un creciente número de estudios sobre asuntos relacionados con la mujer en la salud y el desarrollo, muchos de los cuales se refieren a la mujer pobre de los países en desarrollo. A medida que se amplían los conocimientos sobre la influencia de las enfermedades tropicales en la salud y su carga financiera para el desarrollo, crece el interés por determinar los efectos de dichas afecciones, particularmente para la mujer. Millones de mujeres de África, Asia y América Latina sufren tripanosomiasis americana o africana, esquistosomiasis, malaria, filariasis, enfermedades enteroparasitarias y lepra.

Algunos de los interrogantes cuya respuesta se busca son si las mujeres y los hombres están expuestos a un riesgo distinto de contraer una enfermedad tropical, si las características fisiológicas de la mujer la hacen más o menos susceptible a esas enfermedades y si las consecuencias de estas varían según el género. Por ejemplo, se ha indicado que el embarazo es un factor perjudicial cuando existen ciertas enfermedades porque causa inmunosupresión (2). El embarazo y la lepra, en conjunto, son motivo de particular preocupación, ya que la enfermedad puede exacerbarse a medida que avanza el período de gestación o hacer que se manifieste cualquier otro trastorno oculto.

¹ Coordinador, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Grado de endemicidad.

³ Susceptibilidad a la infección por razones de edad, sexo, embarazo, inmunosupresión, rasgos genéticos, etc. (1).

Después de varios embarazos a término, la lepra puede lesionar los nervios sensoriales y motores de las extremidades y sus bacilos pueden tornarse resistentes a los medicamentos (3).

La exacerbación de la parasitemia que puede presentarse en las mujeres embarazadas y con malaria (4-6) significa también que la malaria podría provocar un cierto grado de inmunosupresión. Sin embargo, se podría encontrar otra explicación si se indagara por qué la parasitemia aumenta sobre todo entre las mujeres primigrávidas (7). La malaria también agudiza la anemia de la mujer, pero la carga de ese trastorno puede aumentar a causa de otras infecciones como la anquilostomiasis y la esquistosomiasis (8).

Por otra parte, se ha comprobado que la mujer es menos susceptible que el hombre a la filariasis de Bancroft. Las tasas de prevalencia y de episodios clínicos de la enfermedad son menores en la mujer, y la patología indica que el comienzo de los síntomas y el punto máximo de prevalencia se manifiestan más tarde en la mujer que en el hombre. Esa mayor resistencia a la infección se ha atribuido al embarazo (9).

Las mujeres y los hombres están particularmente expuestos a las enfermedades tropicales si son pobres y viven en las zonas rurales. La incidencia y prevalencia de cualquiera de esas enfermedades en un período determinado indicarían exposición, susceptibilidad del huésped y vulnerabilidad social. La división del trabajo también puede influir en la exposición: por ejemplo, cuando la mujer realiza, con más frecuencia que el hombre, faenas agrícolas que le exigen estar de pie en el agua por varias horas, o cuando, por causa de sus quehaceres domésticos, está en contacto más frecuente con corrientes de agua, resulta más expuesta a la malaria o a la esquistosomiasis. Por otra parte, existen restricciones culturales que impiden que la mujer salga del medio doméstico y reducen su exposición, a la vez que limitan su movilidad social y su ingreso (9).

La mujer realiza la mayoría de los quehaceres domésticos diarios y atiende a los familiares enfermos, lo que dificulta más su salida de la casa para recibir tratamiento. Por añadidura, cuando una mujer se enferma, son pocos los demás familiares que pueden cuidarla, lo que la lleva a dedicar menos tiempo para atender su enfermedad y reduce sus posibilidades de buscar atención de salud (10).

Las enfermedades tropicales más extensamente propagadas en la Región son la tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas) y la malaria. Ambas afectan a la mujer de una forma distinta: la primera es una enfermedad crónica con prevalencia similar en los hombres y en las mujeres; la segunda se caracteriza por episodios agudos y afecta a un porcentaje mucho mayor de hombres. Sin embargo, hoy en día la solución de esos dos problemas presenta una gran dificultad para los servicios de salud y exige una política de desarrollo nacional sostenido destinada a mejorar

el nivel de vida de la población de las zonas rurales pobres en el futuro.

Tripanosomiasis americana

La enfermedad existe solo en las Américas, donde se estima que hay de 16 a 18 millones de personas infectadas con *T. cruzi*, de las cuales la mitad son mujeres (11). La Argentina tiene cerca de 2,6 millones, el Brasil 5 millones y Venezuela 1,2 millones. Los datos de Bolivia, el Paraguay y el Uruguay indican que en esos países puede haber 500 000, 397 000 y 37 000 personas infectadas, respectivamente (11-14). Las estimaciones de El Salvador indican que hasta 20% de la población rural está infectada, y en estudios de alcance limitado hechos en Guatemala y en Honduras se observa que hay 730 000 y 300 000 personas infectadas, respectivamente (12, 15). De hecho, se han notificado casos de infección en México (16) y en todos los países de América Central y del Sur, incluso en la Guayana Francesa, Guyana y Suriname. Cuba y la República Dominicana son los únicos países de habla hispana de la Región en los que no se ha descubierto la infección humana por *T. cruzi* (17). La prevalencia de la infección del hombre y de la mujer es similar en las diferentes regiones geográficas.

La mayoría de las personas contrae la infección cuando la piel o alguna mucosa entra en contacto con las heces de insectos infectados. La infección no se manifiesta en un principio; los signos y los síntomas son tan leves que no se atribuyen a la infección por *T. cruzi*. Por lo general, la tasa de mortalidad es baja, con excepción de la de los niños con afectación cardíaca o del sistema nervioso central. Aun sin tratamiento, la mayoría de las personas se recupera de la etapa aguda de la infección (18, 19). Después de un período latente de años o decenios, hasta 20% de las personas infectadas puede tener síntomas y señales de cardiopatía⁴ o afecciones gastrointestinales (dilatación de las vísceras huecas) característicos de los casos crónicos de la enfermedad de Chagas (20).

La prevalencia de síntomas cardíacos es bastante similar en personas de ambos sexos (21). Por razones desconocidas, los casos de megaesófago y megacolon son más comunes en los hombres (22).

La prevalencia de la infección por *T. cruzi* determinada con serología en las mujeres de los países latinoamericanos (con excepción de los del Caribe) varía según las características geográficas y socioeconómicas de cada zona. La incidencia es mayor en las zonas rurales donde la precaria situación socioeconómica y de vivienda de la pobla-

⁴ Anomalías graves del ritmo cardíaco, incluso bradicardia sinusal marcada y bloqueo auricular, y/o alteraciones de la conducción intraventricular, y formación de impulsos ectópicos con latidos ventriculares prematuros frecuentes y, a menudo, cardiomegalia.

ción favorece la presencia del vector y su estrecho contacto con el huésped humano. Sin embargo, lo que solía ser casi exclusivamente una infección o enfermedad de las zonas rurales ha cambiado en los últimos 50 años con la influencia de los patrones de migración y sus consecuencias sociales. Los disturbios políticos y las dificultades económicas han llevado a los trabajadores generalmente no calificados a emigrar de las zonas rurales a las urbanas y a establecerse en los barrios marginales de las ciudades. Esto ha popularizado la infección por *T. cruzi* o la enfermedad de Chagas en las ciudades latinoamericanas y favorecido la propagación de dicho microorganismo por medio de transfusiones de sangre (23). Por causa de complicaciones obstétricas, las mujeres suelen recibir más transfusiones, y eso aumenta el riesgo de adquirir la infección por *T. cruzi* por transfusión en los países donde la sangre donada no se examina para determinar si está infectada por *T. cruzi*.

En la Argentina, la prevalencia de la infección por *T. cruzi* en las mujeres embarazadas osciló entre 6 y más de 20% (24), según la zona geográfica; en varias zonas de Bolivia podría ser hasta de 51% (25-27), y en las mujeres embarazadas de baja condición socioeconómica de tres ciudades brasileñas fue de 5,8 a 10,9% (24). En la capital de Chile y en tres localidades de la zona endémica, la prevalencia de serología con resultados positivos en mujeres de 20 a 39 años varió de 0,52 a 9,52% (28-32). En las mujeres embarazadas de esas mismas localidades y en otras de la zona endémica varió de 0,8 a 7,4%. En Artigas, Uruguay, la prevalencia en las mujeres embarazadas fue de 8,29% (24).

Casi ninguna de las madres infectadas, ni siquiera las que tuvieron fetos o niños con infecciones congénitas, mostró síntomas clínicos compatibles con casos crónicos de la enfermedad de Chagas. La infección no parece afectar la fecundidad. En su mayoría, los autores han informado que no existe ninguna diferencia entre las madres infectadas y las sanas en lo que respecta a aborto, insuficiencia de peso al nacer, nacimiento prematuro o muerte fetal intrauterina. Sin embargo, otros autores indican que la infección materna puede causar muerte fetal o nacimiento prematuro. En todo caso, diferentes estudios sugieren que hasta 8% de los recién nacidos de madres infectadas con *T. cruzi* contraen esa infección (24).

Aunque no hay un tratamiento específico de la infección crónica causada por *T. cruzi* ni de la enfermedad de Chagas, las personas infectadas deben ser controladas detenidamente para detectar cualquier señal temprana de lesiones cardíacas o de dilatación de las vísceras huecas, que sean tratables. En la mayoría de los países latinoamericanos, la infección de los hombres a menudo pasa inadvertida hasta que se realiza una serología de rutina antes de entrar al servicio militar obligatorio, y como las mujeres no prestan ese servicio, el diagnóstico de su caso se demora. En algunos países se diagnostica la enfermedad en mu-

jes asintomáticas porque se efectúa serología para detectar *T. cruzi* durante el embarazo; sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos, no se tiene por norma el diagnóstico serológico de *T. cruzi* durante el embarazo. Hay otra posibilidad de detectar una infección existente cuando se examina a la persona antes de donar sangre para una transfusión, o de comenzar a trabajar en el sector público o privado formal. Cabe recalcar que en América Latina es mucho mayor el número de hombres entre los trabajadores del sector formal. Por lo tanto, la mujer queda en desventaja en cuanto al diagnóstico precoz de la infección por *T. cruzi* o la enfermedad de Chagas, de modo que no se le puede controlar ni tratar si lo necesita. Eso tiene profundas repercusiones en el potencial de salud de la mujer y, en caso de embarazo, en el de sus hijos. Además, la ausencia de síntomas en el momento de detectar la infección hace que la mujer se sienta sana, de manera que no es fácil que siga los consejos de los trabajadores de salud.

El control de la infección por *T. cruzi* depende principalmente de la eliminación de los vectores del género *Triatoma* de las viviendas rurales por medio de rociamiento con insecticidas residuales, mejoras de la vivienda y educación para la salud (24). Pese a la existencia de medios de control por decenios, ha faltado apoyo sostenido en los niveles de formulación de política. Cuando se materialice ese apoyo, habrá que tomar medidas destinadas a incrementar la detección de casos en mujeres embarazadas y en otras. Hay que tener especial cuidado de evitar la discriminación de la mujer cuya serología dé resultados positivos.

Malaria

La incidencia mundial de malaria se estima en unos 110 millones de casos clínicos anuales, y hay unos 280 millones de portadores del parásito. Esas cifras son estimaciones brutas, puesto que es difícil obtener información precisa sobre la incidencia mundial de dicha enfermedad. La notificación es particularmente fragmentaria e irregular en las zonas muy endémicas; por ejemplo, se estima que varios países de África tropical, que tienen cerca de 80% de todos los casos clínicos y más de 90% de los portadores de parásitos, notifican solo de 2 a 6% de la cifra mundial estimada. Excluida África, en 1989 se notificaron 5,2 millones de casos a la OMS, con un 95% proveniente de solo 25 de unos 100 países o zonas donde la malaria es endémica. La mitad de los casos se registró en la India (39%) y el Brasil (11%); aproximadamente 25% se produjeron en Tailandia, Sri Lanka, Afganistán, Viet Nam, China y Myanmar (33).

Plasmodium falciparum es la especie de parásitos causantes de casos graves de malaria y tasas elevadas de mor-

talidad. En las regiones tropicales de Africa sigue siendo la especie predominante, y en el resto del mundo ha aumentado la proporción de *P. falciparum* de 15% a comienzos del decenio de 1970 a 41% de todos los casos notificados en 1989. Se cree que la mayoría de las defunciones se producen en zonas de transición de desarrollo económico, como las selváticas, donde hay intensa explotación de recursos naturales, o en zonas afectadas por guerras civiles u otros conflictos, comercio ilegal y gran afluencia de refugiados. Las cifras reales se subestiman mucho porque la cobertura de la notificación es particularmente deficiente en dichas zonas. Por lo tanto, aunque en 1986 se notificó un total de 1428 defunciones en las Américas, la tasa anual de mortalidad por malaria en la región de la Amazonia brasileña se ha estimado solo entre 6000 y 10000 (33).⁵ La malaria es especialmente perjudicial para las mujeres embarazadas. La tasa de aborto durante la primera mitad del embarazo puede ser hasta del 30%. Es común que se presenten otras complicaciones porque el efecto de la anemia ocasionada por la malaria se agrava al unirse al de la producida por carencia de hierro y folato (34, 35). Además, las primigrávidas muestran un mayor número de casos de parasitemia. Sin embargo, no existen estadísticas generales sobre el número de casos femeninos de malaria.

En las Américas, 52% de los casos tuvo lugar en el Brasil. En el resto de la Región, 23% correspondió a los países andinos, 16% a América Central y al Caribe, y 9% a México (33). La prevalencia relativa de infecciones por *Plasmodium vivax* fue de 67% en 1989, en comparación con 64% en 1988. De las infecciones por *P. falciparum* registradas en las Américas, 74% se produjo en el Brasil (33).

Se estima que la migración es una de las variables que más deterioran el cuadro epidemiológico de la malaria en la Región. Un ejemplo útil puede ser la experiencia del Brasil, donde la propagación de la malaria es el resultado de la expansión de las fronteras, que incluye migración humana a zonas de bosques tropicales húmedos. Aunque existen varios factores demográficos y ambientales en esas zonas, el medio social determina que la malaria sea o no sea un problema grave para la población migratoria radicada en los bosques tropicales. El número de casos de malaria es poco o nulo donde existe una infraestructura adecuada o donde las compañías privadas o las entidades gubernamentales ofrecen suficiente apoyo a esa población. Sin embargo, se producen epidemias donde se deja que los migrantes pobres busquen tierra u oro por cuenta propia (36-38).

En ese contexto, tienen poco valor las medidas antimaláricas tradicionales. El descubrimiento de que el número de adultos con malaria es mayor que el de niños, y de que se producen más casos en hombres que en mujeres, no es compatible con la transmisión habitacional. Asimismo, las tasas de prevalencia en adolescentes y adultos equivalen al doble o al triple de las registradas en lactantes o ancianos, que pasan menos tiempo fuera de su casa. Esas diferencias se deben, en gran medida, a la transmisión en el medio exterior (39-42). En consecuencia, no es sorprendente que la tasa de infección de las mujeres sea menor que la de los hombres, ya que su exposición al medio externo es menor. Sin embargo, las mujeres tienen un papel decisivo en el cuidado de los enfermos en casos particulares o en la intervención en la educación para la salud y el logro de la participación de la comunidad, que lleva a la administración masiva de medicamentos antimaláricos (43).

Los nuevos asentamientos ofrecen muchas ventajas para la transmisión y desventajas para el control por causa de una elevada densidad de vectores y excesiva exposición a estos, refugios inadecuados para el rociamiento de acción residual, problemas logísticos y deficiencias en la atención de salud. En las fincas familiares de los nuevos asentamientos, el recurso principal es la capacidad de trabajo de los colonos. Los trabajadores afectados por la malaria se pueden sustituir con otros miembros de la familia o por medio del sistema local de intercambio y con contratación de jornaleros temporeros, si bien esto último es menos frecuente por falta de recursos financieros. La enfermedad de las mujeres y los niños también puede afectar mucho la producción, aunque no trabajen como jornaleros en los campos, porque esos grupos realizan parte de los quehaceres domésticos. La enfermedad de las "personas a cargo" representa un costo de tiempo para el jefe de familia, porque los campesinos dedican muchas horas a buscar tratamiento para los familiares con malaria. A veces tienen que quedarse en casa cuidándolos y reemplazan a sus esposas enfermas en quehaceres domésticos como cocinar y cuidar de los hijos. Se descubrió que, en el Brasil, los hombres y sus hijos mayores trabajan en las parcelas y las mujeres y los niños pequeños pasan relativamente más tiempo en el pueblo, en parte, para no contraer la malaria (37). Sin embargo, hay variaciones locales y en algunos países las mujeres trabajan como jornaleras en las zonas rurales.

Un estudio hecho en Colombia ha proporcionado información sobre el concepto que de la malaria tienen las familias, los problemas que suscita y las estrategias para combatirla. En un lugar pobre de la costa del Pacífico, donde la población es de unos 2000 habitantes y se detectaron casi 50 casos mensuales, las mujeres estaban encargadas casi exclusivamente de cuidar a los pacientes maláricos. Aun cuando estaban enfermas, dudaban en reconocerlo por creer que ello indicaba debilidad de su parte y falta de cumplimiento cabal con sus deberes. Por

⁵ Las características clínicas del ataque agudo de malaria, a saber, escalofrío, fiebre, sudor y apirexia, son similares en el hombre y en la mujer. Los paroxismos pueden durar de 6 a 12 horas, y en casos de malaria terciana y cuartana se producen cada 48 horas cuando la infección es causada por *P. falciparum*, *P. vivax* y *P. ovale*, y cada 72 horas cuando el agente patógeno es *P. malariae* (34).

lo tanto, solían aplazar el tratamiento hasta que la enfermedad avanzara a un estadio más grave. En consecuencia, no fue sorprendente que se agravaran y que tardaran más tiempo en recuperarse (10).

La solución del problema de la malaria debe basarse en una buena comprensión de su epidemiología, flexibilidad en la aplicación de medidas de control según la situación local, buen funcionamiento del sistema de atención primaria de salud y participación de la comunidad en las actividades de control (44). Por causa del efecto conjunto de la malaria y del embarazo, las mujeres deben seleccionarse especialmente para efectos de detección de casos de malaria y anemia, así como de promoción de medidas preventivas que reduzcan su contacto con los mosquitos hematófagos.

INFECCIONES DE LOS ORGANOS DE LA REPRODUCCION

Las infecciones de los órganos de la reproducción pueden afectar a las mujeres de diversos estratos sociales de las zonas rurales o urbanas. Todas las mujeres, embarazadas o no, pueden sufrir complicaciones cuando esas infecciones dejan de tratarse o cuando no se tratan en la debida forma. Si la mujer está embarazada, pueden afectar a la madre, al recién nacido o a ambos. Las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos son quienes más complicaciones tienen.

La etiología de las infecciones de los órganos de la reproducción comprende bacterias, virus y protozoarios localizados en los órganos genitales inferiores o superiores. La infección podría ser causada por el coito, la suciedad de los paños de absorción del flujo menstrual, el aborto peligroso, ciertas prácticas de atención obstétrica y la mutilación de los órganos genitales femeninos; a menudo son enfermedades de transmisión sexual (45).

El limitado número de estudios hechos con mujeres tratadas en clínicas de Asia, Africa y América Latina indicó tasas de infección por gonorrea de 12, 40 y 18%, respectivamente, pero son escasos los datos sobre las secuelas que sufren a largo plazo quienes no reciben tratamiento (45). La prevalencia de úlceras genitales ocasionadas por sífilis puede variar en diferentes países, pero se ha comprobado que la tasa mediana de infección de las mujeres embarazadas de Africa es de 12% (46). El herpes genital es otra causa de úlceras recidivantes y dolorosas, pero el chancroide, que parece ser bastante común en Africa, puede ser asintomático. Hay pocas estadísticas sobre la frecuencia de verrugas genitales, que se podría considerar la enfermedad vírica de transmisión sexual más común en los países desarrollados (47).

En todo caso, todas las infecciones citadas pueden aumentar el riesgo de infección por el virus de la inmunode-

ficiencia humana (VIH) y por el virus del papiloma humano, la causa de las verrugas genitales a la que se atribuye el mayor riesgo de cáncer del cuello uterino (45, 48).

La vaginosis bacteriana, la más común de las infecciones vaginales, es causada por la proliferación insólita y rápida de bacterias colonizadoras de la vagina. Lo mismo sucede con la candidiasis, que puede presentarse en 11 a 25% de las mujeres estudiadas en los países en desarrollo. La tricomoniasis también es una causa común de infección, con una prevalencia media de 11, 12 y 19% en Asia, América Latina y Africa, respectivamente (45, 48).

Si bien los agentes etiológicos citados pueden producir síntomas que varían entre malestar, ardor al orinar, mal olor y flujo vaginal profuso, la cervicitis causada por *Chlamydia* a menudo es asintomática. Aun cuando hay síntomas, no es fácil confirmar el diagnóstico porque no existen laboratorios donde se puedan prestar esos servicios a la población de bajos ingresos. Todo procedimiento que lleve a introducir un instrumento en el cuello uterino, como el dispositivo intrauterino anticonceptivo, crea un medio favorable para que una infección de los órganos genitales inferiores pase a los superiores. Esto expone a la mujer y, a veces, a sus hijos, a graves consecuencias, como inflamación de la pelvis, embarazo ectópico, esterilidad tubárica y aborto espontáneo en la mujer, e insuficiencia de peso al nacer, prematuridad, infección congénita o muerte del feto en el niño (47-50).

Las complicaciones causadas por la infección de los órganos de la reproducción se podrían atribuir al desconocimiento que del problema tienen los trabajadores de salud y la población en general, así como a la escasez de recursos de la población y de los servicios de salud. Sin embargo, una mejor respuesta sería atribuir el problema a un conjunto de factores en el que la vulnerabilidad social de la mujer desempeña una función de importancia.

Las principales causas de infección de los órganos de la reproducción son las enfermedades de transmisión sexual, la atención obstétrica deficiente y el aborto peligroso, y todas están vinculadas a la función biológica y social de la mujer (45). Por ejemplo, la asimetría de las enfermedades de transmisión sexual en lo que respecta al género coloca a la mujer en una situación particularmente vulnerable. Desde el punto de vista biológico, una mujer sana tiene mayores posibilidades que un hombre de contraer una enfermedad de transmisión sexual al tener contacto con una pareja sexual infectada; al mismo tiempo, ella sufre consecuencias más graves a largo plazo, que comprenden dolor pelviano crónico, infección recurrente del conducto vaginal superior, embarazo tubárico, cáncer del cuello uterino y esterilidad (45). A veces, las mujeres infectadas son asintomáticas o, cuando presentan algún síntoma, tienen poco acceso a los servicios de salud. Raras veces hay clínicas de atención de enfermedades de transmisión sexual y, además, la atención allí recibida crea un estigma para la

mujer. Por lo tanto, ella no busca tratamiento. Además, el flujo vaginal o el dolor pelviano se acepta como parte inevitable de la feminidad en varias culturas. La creencia de que hay que soportar las infecciones de los órganos de la reproducción lleva a las familias y a las comunidades a hacer caso omiso de la enfermedad (45).

Desde el punto de vista social, a menudo se culpa a la mujer de la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y se olvida el hecho de que aun si una mujer es monógama, el riesgo de contraer una de esas enfermedades se ve afectado por la conducta promiscua de su pareja sexual. Eso es de esperarse en una sociedad en que predomina el machismo, se condona la doble moral en materia de conducta sexual y se restringe el progreso legal, social y económico de la mujer. Por las presiones sociales y necesidades que afronta, es difícil para la mujer evitar las relaciones sexuales con un hombre infectado, insistir en que su pareja sexual use condones o tenga una relación monógama, o mantenerse ella misma en una relación monógama (45).

La conducta ejerce una gran influencia en la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, en muchos países en desarrollo y en los industrializados del mundo occidental, la actividad sexual se inicia a edad temprana. Además, la aceptación social de varias parejas sexuales, particularmente de los hombres (poliginia), la separación prolongada por migración de trabajadores que da lugar a prostitución o a relaciones sexuales esporádicas, la disponibilidad de posibles parejas solteras, separadas o divorciadas, y el uso poco frecuente de condones son todos factores de alto riesgo comunes de varias culturas, que traspasan muchas fronteras (45, 51-53).

La mejora de la situación depende de un conjunto de medidas que van desde la consecución de apoyo público mediante difusión de información o el examen de políticas que restringen el acceso de determinados grupos de la población a información y servicios (como los de planificación familiar) hasta el establecimiento de programas nacionales de prevención y control cuyas actividades se ejecutarán por medio de los servicios locales de salud.

La política nacional debe apoyar un proceso de cambio destinado a habilitar a la mujer para ampliar su poder de negociación con el fin de que pueda tener relaciones sexuales sin riesgo. El fortalecimiento de los servicios de salud, parte esencial de la puesta en práctica de cualquier política, debe incluir adiestramiento de personal, facilitar la oferta y distribución de medicamentos y mejorar los servicios de laboratorio. Eso debe ir acompañado de un programa continuo de educación para la salud, con un sólido componente relativo a infecciones de los órganos de la reproducción, que promueva los cambios de conducta. Por último, pero no por ello menos importante, es necesario ejecutar un programa de investigación que permita entender mejor las condiciones culturales, sociales y económicas que influyen en la persistencia de las infecciones

de los órganos de la reproducción, ampliar la capacidad de resolución de los servicios para prevenir y tratar esas enfermedades, y formular medidas de intervención clínica y social eficientes y eficaces en función del costo (53).

CONCLUSIONES

Las enfermedades tropicales afectan principalmente a las mujeres pobres de las zonas rurales del mundo en desarrollo. Las infecciones de los órganos de la reproducción se presentan en las zonas rurales y urbanas de los países desarrollados y subdesarrollados. En todo caso, por causa del medio social en que viven, las mujeres pobres tienen una mayor desventaja cuando se trata de combatir las.

Dado que varias de esas enfermedades se pueden tratar eficazmente con los medicamentos disponibles y que existen métodos de prevención apropiados, se podría hacer mucho con una mejora de los servicios de salud, incluso con detección de casos y mejores regímenes terapéuticos (9). Esa solución médica fracasará si no se introducen cambios de conducta y se busca la forma de evadir las restricciones sociales que afectan a la mujer. A la larga, la única solución consiste en mejorar las condiciones socioeconómicas de la mujer. Este logro debe basarse en educación y vendrá con el desarrollo social y económico. Todo esto se aceptará más fácilmente si se entiende que el destino de la mujer afecta a toda la sociedad, y que ello tiene repercusiones no solo injustas sino costosas (54).

REFERENCIAS

- (1) Brabin, L. Clinical risk factors and parasitic infections in young women. *Post Grad Dr Middle East* 14:84-87, 1991.
- (2) Beer, A.E. y Billingham, R.E. Maternal immunological recognition mechanisms during pregnancy. Symposium on maternal recognition of pregnancy, Aha Foundation 64 new series: 293-322, 1978.
- (3) Duncan, M. E. Leprosy. En: *Women and Tropical Diseases*. Canadá, IDRC, 1992, págs. 54-80.
- (4) Bruce-Chwatt, L.J. *Essential Malariology*. 2a ed. A. Wiley Medical Publication, 1985, pág. 100.
- (5) Brabin, B. J. Analysis of malaria in pregnancy in Africa. *Bull World Health Organ* 61:1005-1016, 1983.
- (6) McGregor, I. A. Epidemiology of malaria and pregnancy. *Am J Trop Med Hyg* 33:517-525, 1984.
- (7) McGregor, I.A. y Wilson, R.J.M. Specific immunity: Acquired in man. En: Wernsdorfer, W.H. y McGregor, I. A. (eds.). *Malaria Principles and Practice of Malariology*, (vol. I). Nueva York, Churchill Livingstone, 1988, págs. 559-619.
- (8) Brabin, L. Sex differentials in susceptibility to lymphatic filariasis and implications for maternal child immunity. *Epidemiol Infect* 105:335-353, 1990.
- (9) Brabin, L. Social risk factors and parasitic infections in women. *Post Grad Dr Middle East* 14:96-100, 1991.
- (10) Bonilla, E., Kuratomi, L. S., Rodríguez, P. y Rodríguez, A. Salud y desarrollo. Aspectos socioeconómicos de la malaria en Colombia. Plaza y Janés Editores, 1991.

- (11) Organización Mundial de la Salud. The diseases: Chagas' disease. En: *Tropical Diseases. Progress in International Research 1987-1988*. Ninth Program Report of the UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989, págs. 79-84.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Chagas' disease. En: *Tropical Disease Research: A Global Partnership*. Eighth Program Report: The first ten years. UNDP/World Bank/WHO Special Program for Research and Training in Tropical Diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987, págs. 89-98.
- (13) Díaz, J. C. P. Control of Chagas' disease in Brazil. *Parasitol Today* 3:336-340, 1987.
- (14) Salvatella, R., Calegari, L., Casserone, S. *et al.* Seroprevalencia de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en 13 departamentos del Uruguay. *Bol Of Sanit Panam* 107(2):108-117, 1989.
- (15) Bloch, M., Fernández, J. J., Basagoitia, J. S., Rivera, H. G., Soundy, J. C. y Sauerbrey, M. Acute phase of trypanosomiasis americana. *Rev Inst Invest Med* (El Salvador) 11:148-162, 1982.
- (16) Velasco-Castrejón, O. y Guzmán-Bracho, C. Importancia de la enfermedad de Chagas en México. *Rev Latinoam Microbiol* 28:275-283, 1986.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad de Chagas. *Bol Epidemiol* 3(3):1-6, 1982.
- (18) Rassi, A. Clínica: fase aguda. En: Brener, Z. y Andrade, Z. (eds.). *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979, págs. 249-264.
- (19) Laranja, F. S., Dias, E., Nobrega, G. y Miranda, A. Chagas' disease. A clinical, epidemiologic, and pathologic study. *Circulation* 14:1035-1060, 1956.
- (20) Coura, J.R. Evolutive pattern in Chagas' disease and the life span of *Trypanosoma cruzi* in human infection. En: Organización Panamericana de la Salud. *New Approaches in American Trypanosomiasis Research*. Washington, D.C., 1976. Publicación Científica 318, págs. 378-383.
- (21) Storino, R. A. y Milei, J. *Miocardopatía chagásica crónica. Un enfoque para el clínico general*. Buenos Aires, Editorial Club de Estudio, 1986, pág. 123.
- (22) Rezende Book, J. M. Clínica: manifestações digestivas. En: Brener, Z. y Andrade, Z. (eds.). *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1979, págs. 312-361.
- (23) Quinteros, S. T., Troncoso, M. C., Arnesi, N., Boggio, G. y Sánchez, S. Comportamiento migratorio en donantes de sangre y su relación con infección chagásica. *Cuad Med Soc* 54:3-14, 1990.
- (24) Organización Mundial de la Salud. *Control of Chagas' disease. Report of the WHO expert committee*. Ginebra, 1991. Serie de Informes Técnicos 811.
- (25) Azogue, E., La Fuente, C. y Darras, C. Transmisión congénita de la enfermedad de Chagas en Santa Cruz, Bolivia. I. Epidemiología. *Bol Inf CENETROP* 7:23-30, 1981.
- (26) Zuna, H., Garron, A., De Muynck, A., Balderrama, F. y Ribera, B. Endemia chagásica en Santa Rosita y Villa Rosario - Barrios marginales de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. *Bol Inf CENETROP* 4:98-105, 1988.
- (27) Contreras, M. del C., Rivera, J., Sandoval, L. *et al.* Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores urbanos, X. Frecuencia de infección chagásica en donantes de sangre y en madres y recién nacidos de las ciudades de La Serena, Ovalle e Illapel. IV Región, 1983-1985. *Bol Chil Parasitol* 40:72-76, 1985.
- (28) Toriello, L., Salinas, P., Contreras, M. del C., Rosales, E. y Scherone, H. Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores urbanos. XI. Prevalencia de infección chagásica en donantes de sangre del sector oriente del Area Metropolitana de Santiago, 1985. *Bol Chil Parasitol* 40:76-78, 1985.
- (29) Child, R., Contreras, M. del C., Amaya, S. *et al.* Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores urbanos. XII. Prevalencia de infección chagásica de donantes de sangre del sector occidente del Area Metropolitana de Santiago, 1985. *Bol Chil Parasitol* 40:79-81, 1985.
- (30) Liendo, F., Salinas, P., Contreras, M. del C. *et al.* Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores urbanos. XIII. Prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* en donantes de sangre del sector sur del Area Metropolitana de Santiago, 1985. *Bol Chil Parasitol* 40:82-84, 1985.
- (31) Atala, C., Contreras, M. del C., Arias, C. *et al.* Enfermedad de Chagas en Chile. Sectores urbanos. XIV. Frecuencia de infección chagásica en madres y recién nacidos del sector occidental del Area Metropolitana de Santiago, 1985. *Bol Chil Parasitol* 40:85-87, 1985.
- (32) Schmunis, G. A. Chagas' disease and blood transfusion. En: Rondanelli, E. G. (ed.). *Blood Transfusion and Infectious Diseases*. Padua, Piccin, 1989, págs. 197-218.
- (33) Organización Mundial de la Salud. World malaria situation 1989. World Health Organization Weekly Epidemiological Record. *Bol Chil* 22:167-170, 1991.
- (34) Boulos, M. Clínica de la infección malarica. En: López Antuñano, F. y Schmunis, G. (eds.). *Diagnóstico de malaria*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1988. Publicación Científica 512, págs. 28-38.
- (35) McGregor, I.A. Malaria and nutrition. En: Wernsdorfer, W.H. y McGregor, I.A. (eds.). *Malaria. Principles and Practice of Malariology*. Vol I. Nueva York, Churchill Livingstone, 1988, págs. 753-767.
- (36) Sawyer, D. Economic and social consequences of changing patterns of malaria in new colonization projects in Brazil. 10th International Conference on Social Science and Medicine. Social and economic determinants and consequences of malaria and its control under changing conditions. Sitges, España, 26-30 de octubre de 1987.
- (37) Marques, A. Human migration and the spread of malaria in Brazil. *Parasitol Today* 3:166-170, 1987.
- (38) Botelho, C., Barbosa, L. S. G., Silva, M. D. y Meirelles, S. M. P. Fluxo migratorio de casos de malaria en Cuiabá/MT, 1986. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 30:212-220, 1988.
- (39) Sawyer, D. Frontier malaria in the Amazon Region of Brazil: Types of malaria situations and some implications for control. Simposio sobre a Malaria. São Paulo, 5-8 de junio de 1988.
- (40) Sawyer, D. y Oya Sawyer, D. O. Community participation in malaria control on the Amazon frontier. Presented at round table on Community participation in tropical disease control. XIIth International Congress for Tropical Medicine and Malaria. Amsterdam, 18-23 de septiembre de 1988.
- (41) Sawyer, D. Human factors in malaria prevalence in the initial stages of a settlement project in Brazil: A three-year follow-up study. Presented at the round table on social determinants of tropical diseases. XIIth International Congress for Tropical Medicine and Malaria, Amsterdam, 18-23 de septiembre de 1988.
- (42) Fernández, C. R., Sawyer, D. y Oya Sawyer, D.O. Malaria rates and fate: A socioeconomic study on malaria in a new colonization project in Rondônia. 10th International Conference on Social Science and Medicine. Social and economic determinants and consequences of malaria and its control under changing conditions. Sitges, España, 26-30 de octubre de 1987.

(43) Garfield, R. M. y Vermand, S. H. Health Education and community participation in mass drug administration for malaria in Nicaragua. *Soc Sci Med* 22:869-877, 1986.

(44) Ruebush, T. K., Breman, J. G., Kaiser, R. L. y Warren, M. W. Selective primary health care. *Rev Infect Dis* 8:454-466, 1986.

(45) Dixon-Mueller, R. y Wasserheit, J. The culture of silence. Reproductive tract infections among women in the Third World. Nueva York, International Women's Health Coalition, 1991.

(46) Wasserheit, J. Reproductive tract infections. En: Special Challenges in Third World Women's Health. Nueva York, International Women's Health Coalition, 1990, págs. 1-15.

(47) Hatcher, R.A., Kowal, D., Guest, F. *et al. Contraceptive Technology: International edition* (Atlanta printed matter), 1989, págs. 91-121.

(48) Wasserheit, J. The significance and scope of reproductive tract infections among Third World women. *Int J Gynecol Obstet* (Suppl. 3) 154-155, 1989.

(49) Sherris, J.D. y Fox, G. Infertility and sexually transmitted diseases: A public health challenge. Population Report Series L., N° 4. Baltimore, Population Information Program, The Johns Hopkins University, 1983, pág. 121.

(50) Sogbetum, A. O., Alausa, K. O. y Osoba, A. O. Sexually transmitted diseases in Hadan, Nigeria. *Br J Vener Dis* 53:155-160, 1977.

(51) Westrom, L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 138:880-892, 1980.

(52) Arya, O. P., Nsanzumuhire, H. y Taber, S. R. Clinical, cultural, and demographic aspects of gonorrhoea in a rural community in Uganda. *Bull World Health Organ* 49:587-595, 1973.

(53) Reproductive tract infections in women in the Third World. National and international policy implications. Report of a Meeting, April 29-May 3, 1991. Nueva York, International Women's Health Coalition.

(54) Women's value, men's worth. *The Econ*, 10 de noviembre de 1990, pág. 54.

LA MUJER Y LA EPIDEMIA DE SIDA: UNA CRISIS INMINENTE PARA LAS AMERICAS

Ann Marie Kimball,¹ Roxane Salvatierra González² y Fernando Zacarías³

INTRODUCCION

Se ha comprobado que la mujer se ve cada vez más afectada por la epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); la información sobre la vigilancia de casos de SIDA, la prevalencia de la infección por el VIH y la vía de transmisión confirman que cada año es mayor el número de mujeres que se infectan, se enferman y mueren de SIDA. Esta discusión irá más allá de los hechos y cifras para tratar de responder dos preguntas básicas sobre la epidemia en la mujer: qué factores parecen contribuir a la explosión de casos de SIDA en las mujeres y qué individuos, grupos y programas nacionales contienen o controlan la epidemia.

Antes de abordar estos dos puntos clave, hay que entender qué clase de enfermedad causa el VIH y qué se sabe hasta la fecha sobre esa enfermedad en la mujer. Hoy en día se reconoce que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es causado por la infección con un retrovirus. Los primeros casos clínicos de SIDA se notificaron en 1981, y ya en 1985 se había clasificado definitivamente el virus etiológico y establecido una prueba clínica de detección.

La infección inicial por el VIH puede ser asintomática o ir acompañada de una enfermedad parecida a la influen-

za. La infección se produce por tres vías: transmisión sexual en la que hay intercambio de secreciones infectadas como semen y moco; transmisión parenteral por infusión de sangre o hemoderivados contaminados, y transmisión vertical de una madre infectada a su hijo. No se conocen otras vías de transmisión. Una vez establecida la infección, se puede detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH con una prueba serológica. Hay un período silente de unas 12 semanas durante las cuales es imposible detectar la infección por medio de serología. No se ha comprobado que esa serie de acontecimientos iniciales sea distinta en los hombres y en las mujeres.

HISTORIA NATURAL DEL SIDA EN LOS HOMBRES Y EN LAS MUJERES

Después de la infección, hay un período de incubación prolongado antes del comienzo de la enfermedad clínica. Este es un aspecto muy importante del problema del SIDA, ya que frustra las actividades de control y diagnóstico, así como las centradas en la descripción de la epidemiología de la epidemia. Se cree que el período anterior a la manifestación de los síntomas clínicos característicos del SIDA es de 8 a 10 años.

Hasta la fecha, no se ha hecho ningún estudio prospectivo de importancia para definir la historia natural de la enfermedad causada por el VIH en la mujer. Básicamente, se desconoce la historia natural o el avance clínico de dicha enfermedad en la mujer desde el momento de la infección hasta el de la manifestación clínica del SIDA, pero se supone que se asemeja a lo observado en el hombre.

¹ Asesora Regional de Cooperación con Programas Nacionales, Programa de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Oficial de Vigilancia Epidemiológica del SIDA, Programa de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

³ Coordinador, Programa de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Se ha publicado información que sugiere que la historia natural de la infección por el VIH puede ser, de hecho, más corta en el mundo en desarrollo que en los Estados Unidos de América, donde se ha estudiado básicamente en hombres homosexuales. Es escasa la información concreta sobre la enfermedad causada por el VIH en la mujer del mundo en desarrollo. En un estudio hecho recientemente en Kenya se documentó que el período mediano de manifestación clínica del SIDA en prostitutas infectadas era de 40 meses (1). Por lo tanto, es posible que el período de incubación entre la infección y las manifestaciones clínicas de SIDA en esas mujeres difiera del de las personas de los estudios notificados en el mundo desarrollado.

En su aspecto clínico, la enfermedad causada por el VIH parece ser similar en los hombres y en las mujeres. No hay información comprobada que sugiera que el embarazo acelera las manifestaciones de SIDA ni que este aumenta las complicaciones obstétricas más que cualquier otra enfermedad sistémica. Sin embargo, el SIDA podría poner en peligro la salud general de la madre y afectar su embarazo y parto como cualquier enfermedad grave.

LA EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN LA MUJER

En 1991, los países de América Latina notificaron a la OPS un total de 2091 casos de SIDA en mujeres, los del Caribe (incluido el Caribe Latino), 347 y los de América del Norte, 6091. Eso refleja tasas de incidencia de 9,4 por cada millón de mujeres en América Latina, 79,0 en el Caribe y 42,9 en América del Norte. En 1991, las tasas de incidencia en las mujeres oscilaron entre un máximo de 673,0 por millón (las Bahamas) y 136,1 por millón (Bermuda) y un mínimo de 0,0 en países como Bolivia, las Islas Caimán y Montserrat. Los datos por país se presentan en el Cuadro 1.

Esas tendencias de las tasas de incidencia de casos sugieren además que la epidemia del SIDA en las mujeres aumenta al mismo ritmo que la que afecta a los hombres de la Región (Figura 1). De hecho, solo un país (Antigua) no ha notificado todavía casos de SIDA en mujeres.

La razón hombres/mujeres (el indicador de la relación existente entre los casos en hombres y en mujeres empleado con más frecuencia) para casos de SIDA en la Región en general en 1991 fue de 7:1; sin embargo, presenta grandes variaciones subregionales, de un mínimo de 2:1 en el Caribe a 13:1 en la Subregión Andina. Una elevada razón hombre/mujer no es necesariamente estable y, por lo tanto, se prevé que el número de casos en mujeres aumentará en relación con el de casos en hombres en muchos países. Por ejemplo, en el Perú, la razón hombre/mujer pasó

de 7,9:1 en 1989 a 1,8:1 en 1990; la tasa de incidencia de casos en mujeres aumentó de 1,2 por millón en el primer año citado (se notificaron 13 casos) a 4,5 por millón (50 casos) en el último. Las tasas de incidencia de casos en hombres tuvieron una ligera reducción entre 1989 y 1990, de 9,4 a 8,1, respectivamente.

El número de casos atribuidos a transmisión heterosexual ha aumentado simultáneamente con este incremento del número de casos de SIDA notificados en mujeres. Los casos relacionados con transfusión también son frecuentes en las mujeres, como se discutirá más adelante. Los datos regionales no permiten atribuir la información sobre factores de riesgo⁴ a casos que se analizan por sexo. Sin embargo, actualmente se realiza una investigación más concienzuda en un país (Honduras), donde en los últimos tres años ha aumentado drásticamente el número de casos de SIDA en mujeres. Aunque el trabajo está todavía en marcha, la evaluación inicial reveló que no fue posible atribuir la mayoría de los casos en mujeres (69%, o sea 112 de 162 casos) a un factor de riesgo definitivo (2). Entre los casos en mujeres cuyo factor de riesgo se ha identificado, 64% (32 de 50) declararon que habían recibido una transfusión de sangre en los últimos 10 años, y 34% (17 de 50) notificaron contacto sexual con un hombre infectado por el VIH o expuesto a ese riesgo de infección. Asimismo, México informa que la mayoría de los casos de SIDA en mujeres (adultas) en ese país (62,6%) estuvieron relacionados con transfusiones, y que 33,6% se debieron a transmisión heterosexual (3).

Solo ahora se ha convertido la información serológica sobre la infección por el VIH en objeto de vigilancia sistemática en la Región. Como se indica en el Cuadro 2 y en otras publicaciones, esta información sugiere que en partes del Caribe y América Central, las tasas de seroprevalencia en mujeres expuestas a alto riesgo son hasta de 69% (4). Esa cifra contrasta con la correspondiente a las poblaciones de bajo riesgo como los donantes de sangre (entre 0 y 1,2%). No obstante, la mayoría de las mujeres de la Región pertenecientes a grupos de alto riesgo (como las prostitutas) siguen sanas, y los informes de seroprevalencia superior a 10% en las que tienen un comportamiento muy arriesgado constituyen una excepción. Los informes de seroprevalencia recibidos hace poco de Puerto Príncipe, Haití (69%), y San Pedro Sula, Honduras (35%), son notables excepciones. Las mujeres expuestas a poco riesgo, como las que acuden a dispensarios de maternidad para exámenes prenatales, en su mayoría están sanas. Solo en Haití se ha documentado una elevada seroprevalencia (9,7%) en ese grupo.

⁴ Son ejemplos de los grupos expuestos a alto riesgo las prostitutas, los toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa y los pacientes con enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro 1. Tasas de incidencia anual de SIDA (por millón de habitantes), por sexo, país y año.

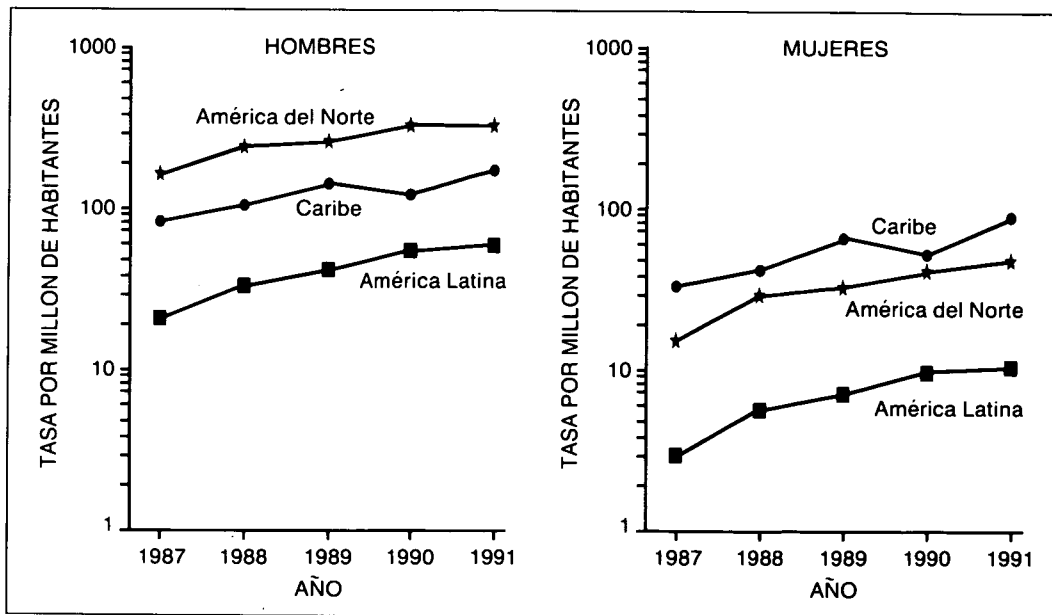
Subregión y país	Tasa por millón de habitantes									
	Hombres					Mujeres				
	1987	1988	1989	1990	1991	1987	1988	1989	1990	1991
América Latina *	18,9	28,7	37,0	47,6	52,5	2,7	5,4	6,6	8,7	9,4
Subregión Andina	8,6	14,5	18,5	26,2	23,3	0,4	1,1	1,7	3,0	1,7
Bolivia	0,9	2,9	0,0	1,9	4,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Colombia	11,8	17,7	23,5	40,8	30,9	0,5	1,6	2,3	3,2	1,8
Ecuador	4,0	5,5	3,8	7,0	8,1	0,4	0,2	0,4	0,7	1,3
Perú	2,9	5,5	9,7	8,1	13,1	0,2	0,6	0,8	4,5	0,9
Venezuela	14,8	28,4	34,8	42,3	37,1	0,7	2,0	2,9	3,5	3,4
Cono Sur	5,0	9,6	11,5	18,1	22,4	0,0	0,7	1,2	1,9	2,1
Argentina	4,6	10,4	12,9	21,6	26,8	0,0	0,4	1,2	2,4	2,5
Chile	6,4	8,7	8,9	8,1	11,2	0,0	1,2	1,2	0,1	1,0
Paraguay	2,6	2,0	1,4	4,6	4,5	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
Uruguay	6,0	15,8	21,6	42,9	50,8	0,0	2,6	2,5	6,3	5,6
Brasil	29,5	46,4	60,4	77,6	86,2	3,0	6,7	7,9	10,5	15,6
Istmo Centroamericano	10,0	17,2	20,6	37,7	40,1	3,1	6,2	7,6	16,3	13,6
Belice	23,5	23,0	0,0	11,0	...	11,8	11,5	0,0	0,0	...
Costa Rica	16,3	33,2	33,0	40,7	50,6	0,0	2,8	2,7	4,7	2,6
El Salvador	...	...	...	...	36,8	...	...	...	...	12,4
Guatemala	3,3	3,6	3,1	13,3	16,1	0,5	0,5	0,7	3,1	3,6
Honduras	28,5	50,4	64,8	140,4	107,7	15,4	27,8	35,8	80,5	48,4
Nicaragua	0,0	1,1	1,1	3,1	4,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5
Panamá	25,0	41,4	55,4	44,7	40,7	1,8	9,7	8,6	7,6	15,7
México	17,1	19,0	33,3	41,0	59,3	1,8	3,3	6,1	8,0	10,8
Caribe Latino ^b	39,2	64,2	51,0	44,3	10,4	18,3	30,6	30,0	27,6	5,0
Cuba	4,1	3,9	0,2	0,8	4,3	1,2	0,8	0,2	0,0	1,3
Haití	92,7	154,4	87,1	116,2	...	39,8	80,0	55,4	76,7	...
República Dominicana	44,7	73,8	94,0	44,2	28,5	23,7	28,1	49,3	21,3	15,3
Caribe	75,1	94,9	128,5	107,7	157,2	29,0	38,4	59,9	47,3	79,0
Anguila	0,0	0,0	...	0,0	0,0	0,0	281,7	...	284,1	281,7
Antigua	24,6	0,0	0,0	...	...	0,0	0,0	0,0	...	...
Antillas Neerlandesas	110,2	10,9	...	...	...	21,0	20,8	...	73,2	...
Bahamas	430,0	448,0	701,3	747,8	1115,3	294,2	289,0	607,2	501,5	673,0
Barbados	173,3	73,9	244,5	409,6	520,3	22,3	44,4	73,5	73,2	105,3
Dominica	101,3	49,9	49,3	48,7	...	26,0	0,0	25,4	0,0	...
Grenada	62,0	20,2	100,3	78,7	62,4	20,2	39,5	0,0	19,2	87,4
Guadalupe	187,9	217,6	210,9	...	...	58,1	63,7	69,3	...	...
Guayana Francesa	395,2	545,0	735,0	...	...	186,0	204,6	466,7	...	...
Guyana	28,2	61,4	42,9	86,3	149,0	0,0	10,0	9,8	30,9	64,4
Islas Caimán	96,2	0,0	96,2	96,2	...	0,0	93,9	0,0	0,0	...
Islas Turcas y Caicos	253,2	1012,7	1519,0	0,0	404,9	247,5	495,0	247,5	219,5	0,0
Islas Vírgenes (Británicas)	0,0	...	0,0	144,0	155,0	0,0	...	0,0	14,2	0,0
Jamaica	15,9	18,2	38,2	32,6	59,1	10,7	6,5	15,2	16,6	48,0
Martinica	100,1	137,2	230,1	191,4	120,5	41,5	47,2	82,4	82,9	33,9
Montserrat	0,0	0,0	...	0,0	0,0	0,0	0,0	...	0,0	0,0
San Kitts y Nevis	85,0	381,0	126,6	248,1	46,8	81,5	0,0	80,6	77,5	0,0
San Vicente y las Granadinas	77,6	57,2	37,7	55,6	122,2	18,4	72,0	89,3	17,5	98,4
Santa Lucía	47,3	15,5	107,4	15,2	66,6	14,8	14,6	14,3	28,4	25,0
Suriname	15,8	20,7	137,5	125,0	56,3	10,2	0,0	39,7	49,3	18,5
Trinidad y Tabago	103,3	187,1	193,7	144,0	248,8	26,1	70,6	71,1	54,3	113,1
América del Norte	149,7	223,3	242,1	290,3	297,7	13,3	25,8	28,6	37,6	42,9
Bermuda	638,3	850,2	975,6	489,5	664,3	104,2	138,8	237,3	238,1	136,1
Canadá	63,7	74,4	84,6	76,5	56,4	3,8	4,2	5,0	3,4	3,1
Estados Unidos de América ^b	158,9	239,4	258,9	313,3	323,7	14,3	28,1	31,0	41,2	47,0

* La Guayana Francesa, Guyana y Suriname se incluyen en el Caribe.

^b Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses se incluyen en los Estados Unidos de América.

Fuente: Informes presentados por los países al Programa Mundial OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas.

Figura 1. Tasas de incidencia anual de SIDA, por sexo y subregiones principales, 1987-1991.



Cuadro 2. Estudios de seroprevalencia en prostitutas.

País	Lugar	Año	Muestra	Seroprevalencia (%)
Argentina	Región nordeste	1989	260	1,5
Argentina	Región nordeste	1989	1305	1,9
Argentina	Rosario	1989	1171	2,0
Bolivia	Sin especificar	1989	430	0,0
Brasil	Presidente Prudente	1989	100	2,0
Brasil	Santos	1989	100	10,0
Brasil	Santos	1989	247	3,0
Guatemala	Ciudad de Guatemala	1989	250	0,4
Guatemala	Ciudad de Guatemala	1989	163	0,0
Guatemala	Dos zonas	1989	185	0,5
Haití	Puerto Príncipe	1989	129	41,8
Haití	Gonaïves	1987	122	69,0
Honduras	San Pedro Sula	1989	300	19,8
Honduras	San Pedro Sula	1990	250	35,0
México	Ciudad de México	1989	961	2,2
México	20 ciudades	1989	3612	0,4
México	Guadalajara	1989	550	0,2
Perú	El Callao	1989	630	0,5
República Dominicana	Santo Domingo	1989-90	184	4,4

Fuente: OPS/HST/VIH. Informe anual de vigilancia del SIDA/VIH/ETS, 1990.

¿COMO SE INFECTAN LAS MUJERES?

Las mujeres se infectan con el VIH por las mismas vías que el hombre: transmisión intravenosa o sexual.

Transfusión sanguínea

La proporción de casos de SIDA por transfusión sanguínea es mayor en las mujeres que en los hombres. Además del hecho de que en la Región la mayoría de los casos en

hombres se atribuye a contacto homosexual, bisexual o de ambas clases, esto puede ser consecuencia de una mayor exposición de las mujeres a transfusiones durante complicaciones del embarazo y el parto. En México, donde existen datos sobre factores de riesgo por sexo, 62,6% de los casos de SIDA en mujeres pero solo 6,7% de los casos en hombres se han atribuido a transfusión sanguínea. Un estudio hecho recientemente en Rio de Janeiro confirma que el análisis de sangre tiene un marcado efecto en los casos de SIDA en mujeres, y su número se reduce cuando se realizan esos análisis (5).

Transmisión heterosexual y evaluación del riesgo para la mujer

Obviamente, un mayor número de casos de SIDA notificados se atribuye a transmisión heterosexual en toda la Región. Aunque eso sucede en los casos que se presentan en hombres y en mujeres, al parecer, el riesgo que tiene la mujer de contraer la infección por el VIH por medio del coito heterosexual con un hombre infectado es mucho mayor que en el caso contrario (6). Sin embargo, la vía de infección no se determina siempre de la misma manera. En algunos países, todos los casos en mujeres se atribuyen a transmisión heterosexual. De hecho, en una investigación efectuada recientemente en Honduras se demostró que en la mayoría de los casos de SIDA en ese país no fue posible identificar ningún factor de riesgo al emplear técnicas de entrevista uniformes (2).

¿Qué clase de conducta o qué atributos exponen a una mujer a un alto riesgo de infección por el VIH? ¿Es posible identificar a esas mujeres? De hecho, al parecer, la información obtenida por medio de entrevistas no permite identificar a las mujeres expuestas a riesgo. Los estudios efectuados en los Estados Unidos y el Brasil han permitido confirmar que todavía no sabemos identificar a las mujeres expuestas a riesgo. No tenemos los "instrumentos" epidemiológicos para identificarlas ni para definir con precisión un grupo objetivo de mujeres. Esta es una grave deficiencia cuando las autoridades de salud pública tratan de abordar el problema de la infección por el VIH en la mujer, como se verá más adelante.

En América Latina y el Caribe, algunos grupos de mujeres parecen tener una mayor seroprevalencia de infección por el VIH. En particular, por estudios de seroprevalencia sabemos que la tasa de seroprevalencia de las mujeres que ejercen la prostitución es mayor que la de otras mujeres de la sociedad. Además, en un estudio efectuado recientemente en el Brasil se descubrió que 70% de las mujeres seropositivas tienen parejas bisexuales. En México, se cree que la bisexualidad de la pareja masculina también aumenta el riesgo de transmisión sexual del VIH a las mujeres (7). Lamentablemente, en algunas zonas de la Región, esas observaciones han llevado a hacer muchos exámenes repetidos a las prostitutas con fines de control del VIH, pero relativamente pocos a las parejas de esas mujeres o a los bisexuales activos.

Las enfermedades de transmisión sexual, especialmente las que causan ulceración de los órganos genitales, como la sífilis y el chancroide, también guardan relación con un mayor riesgo de transmisión sexual del VIH en heterosexuales. Se cree que el deterioro que causan esas infecciones a la barrera constituida por la mucosa (que normalmente confiere protección mecánica e inmunitaria contra la infección) facilita la entrada del VIH. La mayor parte

de las investigaciones en ese campo se han hecho en los Estados Unidos y África oriental.

Por lo tanto, aunque no podemos identificar sistemáticamente por medio de entrevistas a las mujeres expuestas a riesgo, tenemos información que sugiere que en la Región las mujeres que tienen parejas bisexuales, las que ejercen la prostitución y las afectadas por enfermedades de transmisión sexual tienen una mayor seroprevalencia de VIH. También están expuestas a un riesgo mayor las mujeres cuyas parejas son hombres infectados por el VIH o toxicómanos que se inyectan por vía intravenosa. La base científica de esas observaciones está incompleta, pero es la mejor información existente.

EL "LUGAR DE LA MUJER" Y EL RIESGO A QUE ESTA EXPUESTA

Con la información precedente, ¿cómo se puede intervenir en los programas de salud para contener la ola de infección que afecta a la mujer? La respuesta es compleja por la función que desempeña la mujer en nuestra sociedad y por su acceso a la adopción de decisiones.

Primero, hay que garantizar la seguridad de los productos sanguíneos. En las Américas se ha adelantado mucho en lo que respecta al mantenimiento de la seguridad de los productos sanguíneos, y la OPS ha fijado metas para garantizar la de los del sector público en 1992. En América Central, los datos de los programas nacionales sugieren que más de 95% de los productos sanguíneos en esa subregión se someten a análisis de detección del VIH. En el Caribe se examinan casi todos los productos sanguíneos (8). En la actualidad, en el resto de América Latina se trabaja por fortalecer los programas de análisis de dichos productos por medio de programas nacionales, y las mujeres son quienes más se beneficiarán de esas intervenciones. Su riesgo de infección por el VIH se reducirá y tendrán más acceso a productos sanguíneos seguros. Esto puede modificar también otros riesgos de morbilidad y mortalidad de la madre, fuera de los que acarrea el SIDA.

Además de poder obtener productos sanguíneos seguros y en cantidad suficiente, la mujer necesita protegerse contra la infección por el VIH. En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la infección por el VIH. La prevención consiste en evitar el contacto sexual con personas infectadas por dicho virus o usar condones para impedir su transmisión durante el contacto sexual.

Los adelantos logrados por los programas de planificación familiar en promover la anticoncepción con éxito dependen de la motivación de la mujer para prevenir un embarazo indeseado. Además, en la mayoría de las sociedades la mujer es la encargada de cuidar a los hijos y, por lo tanto, tiene otro incentivo para limitar su número, por el bienestar general de la familia. Los programas,

de planificación familiar tienen un grado de aceptación relativamente alto en la Región de las Américas. Los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad indican que el uso de anticonceptivos modernos (píldoras de control de la natalidad) en el momento de la entrevista osciló entre 23,2 y 65,8% en el período comprendido entre 1985 y 1989 (9).

Sin embargo, el uso de condones no ha sido tan popular. Los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad sugieren que solo 2% de los usuarios de anticonceptivos en América Latina y el Caribe declararon que empleaban métodos de barrera (incluso condones). No está claro si estos son poco populares por su costo o porque no se emplean bajo control de la mujer.

Para surtir efecto, los programas del SIDA deben llevar a la mujer a promover las relaciones sexuales sin riesgo y el uso de condones. Esta tal vez no sea una tarea tan sencilla como la de los programas de planificación familiar. Las mujeres no fueron las primeras víctimas de la epidemia de SIDA. De hecho, se han enterado bastante tarde del riesgo que tienen de contraer la enfermedad causada por el VIH. Como se indicó antes, actualmente no hay un sistema de entrevistas ni otras técnicas de detección para definir a las mujeres expuestas a alto riesgo. Las mujeres mismas desconocen a menudo ese riesgo y, por lo tanto, pueden tener menos motivación básica para trabajar activamente en la campaña contra el SIDA. El riesgo de la mujer aumenta con la conducta y el estado de infección de su pareja sexual, que pueden ser asuntos que traspasan los límites de sus conocimientos y control. Ella puede reducir su propio riesgo evitando la prostitución y buscando tratamiento de cualquier enfermedad de transmisión sexual lo más pronto posible.

En los programas contra el SIDA se pide a las mujeres que se protejan exigiendo y negociando el uso de condones por sus parejas sexuales. Es obvio que ni la información sola ni la complementada con distribución de condones garantiza que esa estrategia surtirá el efecto deseado. Dado que el grado de comunicación entre las parejas y la información que se revelan son muy variables, la mujer no debe confiar en el informe de comportamiento que le dé su pareja para determinar su propio riesgo potencial. Sin embargo, las mujeres que insisten en el uso regular de condones en una relación monógama "en teoría", pueden encontrar oposición. No hay suficiente experiencia en la promoción del uso de condones por la mujer para saber si es una estrategia de control fructífera. Zena Stein publicó recientemente un comentario en el que acentuó la necesidad de investigar los métodos de control de barrera eficaces contra el VIH, que las mujeres mismas puedan controlar (10). Actualmente se someten a ensayo los condones femeninos, que ya comenzaron a venderse en Europa en 1992 y es posible que comiencen a venderse en los Estados Unidos en 1993; estos productos permitirán que las

mujeres ejerzan más control de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

TRANSMISION DEL VIH DE LA MADRE AL NIÑO

De 25 a 40% de los niños cuyas madres están infectadas con el VIH sufren también esa infección. Señalamos antes que en la Región están aumentando los casos de SIDA en la mujer. De 1419 casos de SIDA (número acumulativo) notificados en los niños (menores de 15 años de edad) en América Latina hasta 1991, 1103 o sea 77,7% se debieron a transmisión vertical. En América del Norte, las cifras comparables son 3375 casos pediátricos, de los cuales 2836 se debieron a transmisión perinatal, o sea 84%. Las tasas totales de fecundidad y de natalidad son mayores en América Latina y el Caribe que en América del Norte; por tanto, se prevé que las mayores tasas de incidencia de SIDA en las mujeres del Caribe se traducirán en un mayor número de casos pediátricos perinatales. En realidad, en el Caribe, 8,8% de todos los casos de SIDA notificados son perinatales (179 de 2014 casos registrados hasta la fecha). Es sorprendente que en América Latina se notifique una proporción de casos perinatales de SIDA de 1,4%, o sea 624 de 42 384, igual a la de América del Norte (2836 de 204 939). Por lo tanto, pese a la mayor tasa general de casos de SIDA en América del Norte, la proporción de los atribuidos a transmisión perinatal es la misma que en América Latina, lo que apoya la hipótesis de que la fecundidad afecta los patrones de transmisión señalados en las dos regiones.

La epidemia causada por el VIH da origen a nuevos puntos que merecen analizarse en la discusión en marcha sobre la terminación del embarazo. En la mayoría de los países de la Región existen controles legislativos o reglamentarios sobre la terminación lícita del embarazo. En muchos países, la epidemia del VIH ha llevado a examinar el reglamento o la legislación vigente en ese campo.

EL LUGAR Y LA CARGA DE LA MUJER

La mujer es la persona tradicionalmente encargada de cuidar a la familia en la Región de las Américas. Aunque el número de mujeres latinoamericanas que ingresan a la fuerza laboral es cada vez mayor, la carga de las responsabilidades del hogar se sigue asignando a la mujer. Por lo tanto, a medida que crece la epidemia de SIDA y se enferman más y más personas, las mujeres deberán llevar la carga cada vez más pesada del cuidado de la familia.

América Latina y el Caribe están todavía en una etapa relativamente temprana de la epidemia. Se estima que en la actualidad hay más de dos millones de personas infectadas

por el VIH en la Región. Eso se traduce, como mínimo, en un millón de casos clínicos de SIDA en el año 2000. El SIDA pediátrico, que se transmite de la madre al niño, también se notifica con frecuencia cada vez mayor en América Latina. La OPS trabaja con los Gobiernos Miembros para incluir los asuntos relativos al cuidado de los pacientes en todos los programas nacionales de SIDA; eso debe incluir el examen de la función de la mujer como proveedora de atención, sostén de la familia y, lamentablemente, paciente de SIDA. La dificultad que plantea el VIH en el decenio venidero es enorme y exigirá la colaboración de todos, especialmente de la mujer, para combatirlo en la forma debida.

REFERENCIAS

- (1) Anzala, A., Plummer, F., Wamola, I., Ndinya-Achola, J., Waiyaki, P. y Kreiss, J. Progression to disease in women with known duration of HIV infection. Trabajo presentado a la V Conferencia Internacional sobre SIDA, 4-6 de junio de 1989.
- (2) Guereña F. y Rausch, K. Trip Report: Initial assessment of AIDS in Honduras. Centros para el Control de Enfermedades (EUA), 1990.
- (3) Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (México). Boletín Mensual SIDA/ETS, Año 5, N° 9, septiembre de 1991.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. 1989 AIDS/HIV Annual Surveillance Report. PNSP/90-20.
- (5) Koiffman, R., Monteiro, G., Rodrigues, R., Quinhoes, E. y Noronha, C. Epidemiological Characteristics of AIDS in Women in Rio de Janeiro, Brazil. Trabajo presentado a la VI Conferencia Internacional sobre SIDA, 1990.
- (6) Al-Nozha, M., Ramia, S., Al-Frayh, A. y Arif, M. Female-to-male: An inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV). *J AIDS* 3:193-194, 1990.
- (7) Magis, L., García, M.L., Sepúlveda, J. *et al.* Sexuality in Women and AIDS in a Latin American Country. Trabajo presentado a la VI Conferencia Internacional sobre SIDA, 1990.
- (8) Narain, J. AIDS, a Caribbean Perspective. Trabajo presentado a la VI Conferencia Internacional sobre SIDA, 1990.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990.* Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 524.
- (10) Stein, Z. HIV prevention: The need for methods women can use. *Am J Public Health* 80(4):460-462, 1990.

LOS ORIGENES Y EL CONTROL DE LA VIOLENCIA DOMESTICA EN CONTRA DE LA MUJER

Soledad Larrain¹ y Teresa Rodríguez²

INTRODUCCION

En 1980, al conmemorarse el quinto año de la proclamación del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, esa institución realizó una importante declaración: “La violencia en contra de la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo”.

Los países de América Latina y el Caribe, estremecidos a lo largo de su historia por la violencia política y la violencia social, al igual que la mayor parte de las naciones del mundo, no han prestado realmente atención a la violencia que sufren millones de mujeres por su sola condición de tal. La violencia contra las mujeres, que tiene lugar en las diversas instituciones de la sociedad, se manifiesta en forma significativa en la propia familia, en aquellos espacios llamados “privados” y, por lo tanto, difíciles de abordar.

La mujer golpeada, la mujer violada, el niño maltratado, constituyen hechos impactantes de violencia que demuestran la necesidad de intervenir con políticas públicas en aquellas áreas que tradicionalmente han formado parte del espacio privado y de las que las instituciones “debían” mantenerse al margen.

La supuesta neutralidad social que esgrime el argumento de la libertad individual, en la práctica significa la complicidad con una situación de injusticia y arbitrariedad que impide a la víctima el ejercicio de sus derechos básicos: el derecho a la vida y el derecho a su integridad física y psíquica.

El presente trabajo tiene por finalidad analizar las formas que adquiere la violencia contra la mujer en la Región, discutir algunos de sus determinantes y describir los mecanismos utilizados por distintos gobiernos e instituciones pa-

ra poner fin a esta grave situación que afecta a millones de mujeres y a sus familias en el continente. Se espera que el mismo constituya un aporte a la reflexión y al análisis en torno a la ejecución de políticas eficaces de prevención y de atención de la mujer víctima de la violencia.

CONCEPTOS, MANIFESTACIONES Y AMBITOS DE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER

La violencia es un concepto de múltiples dimensiones y connotaciones. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, violencia es la aplicación de medios fuera de lo natural a cosas o personas para vencer su resistencia. El concepto de poder y jerarquía está presente en los distintos enfoques y definiciones de la violencia, que es considerada como una forma de ejercer poder sobre alguien situado en una posición de inferioridad jerárquica o de subordinación.

En un sentido amplio, la violencia se manifiesta bajo dos formas: una menos evidente, que es la institucionalizada o estructural, y otra abierta y directa, que llama más la atención que la anterior. La violencia estructural está presente en los sistemas políticos, económicos y sociales que mantienen la opresión de determinadas personas a las que se les niegan beneficios sociales, políticos y económicos, haciéndolas más vulnerables al sufrimiento y a la muerte (1). La violencia estructural sirve de base a la violencia directa, porque influye en las pautas de socialización que llevan a los individuos a aceptar o a infligir sufrimientos, según la función social que desempeñen. La violencia abierta o directa se ejerce, en cambio, mediante la agresión, las armas y la fuerza física.

¹ Profesora, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Coordinadora, Programa Violencia en contra de la Mujer, Servicio de Información y Comunicación de las Mujeres, ISIS Internacional, Santiago.

En la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en Nairobi en 1985, se elaboró un documento denominado "Las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer". El párrafo 258 de dicho documento reconoce que:

Se ejercen diversas formas de violencia hacia la mujer en la vida cotidiana de todas las sociedades. Hay casos de mujeres golpeadas, mutiladas, quemadas, explotadas sexualmente y violadas. Este tipo de violencia constituye un obstáculo fundamental para la consecución de la paz y los otros objetivos del Decenio y, por tanto, hay que concederle especial atención.

También el Parlamento Europeo ha identificado distintas formas de violencia contra la mujer, y en una resolución de 1986 sobre la agresión a las mujeres, distingue las siguientes formas: a) agresión sexual, violación y abusos deshonestos; b) agresión en el ámbito privado; c) acoso sexual en el trabajo; d) violencia contra las mujeres pertenecientes a minorías étnicas; e) abuso sexual de la mujer refugiada, como persecución por pertenecer a un determinado grupo social; f) trata de mujeres; g) prostitución, y h) pornografía.

En la Región, las manifestaciones que ha adquirido la violencia contra la mujer a lo largo de la historia se refieren claramente a conductas utilizadas para perpetuar su situación de discriminación social, sean estas conductas sutiles como la publicidad, o brutales como la violencia doméstica.

En América Latina y el Caribe, la violencia forma parte de la estructura social y aparece vinculada estrechamente a la organización del sistema social. La violencia permea las distintas instituciones sociales y se manifiesta dentro de la familia en relaciones familiares opresivas y discriminatorias.

Para fines del presente trabajo, y teniendo como foco central la Región de las Américas, se presenta a continuación una categorización de la violencia ejercida en contra de la mujer, tomando como criterio los ámbitos en los cuales esta violencia tiene lugar. De acuerdo con tales ámbitos existen los siguientes tipos de violencia:

- **Violencia laboral.** La violencia laboral se da en el contexto de la discriminación laboral y salarial que sufre la mujer. Dentro de esta categoría se distinguen fundamentalmente tres tipos de violencia. La primera, se refiere a la discriminación contra las mujeres para el acceso a un trabajo y para el ascenso a cargos superiores o directivos. La segunda se asocia con la diferencia de salario entre hombres y mujeres en el desempeño de un mismo cargo. Una tercera manifestación específica de la violencia en este ámbito es el asedio sexual en el trabajo; este se refiere al aco-

so que sufre la mujer por un superior jerárquico, el cual afecta la obtención de un trabajo, la estabilidad en este y las posibilidades de ascenso.

- **Violencia en el ámbito de los medios de comunicación.** La violencia que se ejerce contra la mujer a través de los medios de comunicación social se manifiesta en la pornografía, en la publicidad (prensa, radio o televisión), en el lenguaje utilizado para referirse a la mujer y en el concepto estereotipado de mujer que se transmite y se refuerza.

- **Violencia institucional.** Se refiere a la violencia política, con su expresión en la represión y la tortura, y a la agresión relacionada con la violencia carcelaria contra las reclusas que se agudiza por su condición de mujeres. Es parte de la violencia política la que sufren las mujeres en situaciones de guerra interna, por conflictos armados dentro de sus comunidades, como es el caso del Perú, Nicaragua, El Salvador y Guatemala, entre otros. En el ámbito institucional cabe incluir a su vez lo que comienza a llamarse violencia en la atención de salud, que se refiere a la situación a que se ven expuestas las mujeres en la atención del parto, en la práctica de cesáreas innecesarias e inconsultas, en la esterilización inconsulta, en la planificación familiar obligada y también en el maltrato presente en la relación médico-paciente. Por último, se debe incluir también dentro de esta categoría la violencia racial, que es la manifestación extrema de discriminación que sufren las mujeres negras, indígenas y de otros grupos étnicos. Si bien esta afecta de manera similar a los hombres, en el caso de las mujeres se agudiza por su condición de género.

- **Violencia sexual.** Este tipo de violencia cruza todos los ámbitos sociales, aunque tiene especificidades propias ligadas a la sexualidad. Se destacan, por ejemplo, la prostitución y las condiciones de vida que esta implica, la violación, el tráfico de mujeres y el turismo sexual y, en ciertas culturas ajenas a la Región, las mutilaciones sexuales y la venta de novias.

- **Violencia doméstica.** La violencia más expandida y que afecta a una mayor cantidad de mujeres cotidianamente, sin distinción de edad, educación ni condición socioeconómica, es la que transcurre en el hogar y que ha sido denominada violencia doméstica o violencia intrafamiliar. Considerando que cerca de las dos terceras partes de las mujeres de la Región tienen como espacio central de actividad el ámbito doméstico, el presente trabajo se refiere exclusivamente a este tipo de violencia.

LA VIOLENCIA DOMESTICA EN LA REGION: NATURALEZA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

La violencia doméstica ha sido definida como "todo acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros

y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica y/o la libertad de otro de los miembros de la familia" (2). Los estudios sobre el tema señalan a la mujer como la principal víctima de la violencia doméstica, y a los niños, en segundo lugar.

Este tipo de abusos tiene lugar casi siempre en el hogar y consiste en agresión física (golpes menores y mayores, quemaduras y daño en los órganos internos); abuso sexual (la violación y, en casos extremos, el asesinato), y abuso emocional, que incluye la degradación psicológica, la humillación verbal, la continua amenaza de abandono, la amenaza de agresión física, el chantaje económico y la reclusión en el hogar.

La violencia doméstica se manifiesta no solo en golpes físicos sino también en formas más sutiles que provocan impacto a más largo plazo, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente. Las consecuencias de esta violencia se traducen en deterioro de la autoestima de la mujer, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de sustancias, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo, problemas de salud de los hijos, deserción escolar, drogadicción, partos prematuros, etc.³ En suma, en un grave y profundo deterioro de la familia y de todos sus miembros.

Es difícil obtener cifras representativas y precisas sobre la dimensión real del fenómeno de la violencia doméstica en la Región. Esta dificultad guarda relación con la complejidad del tema. Factores culturales, económicos, familiares y personales traban la denuncia de este hecho, perpetuando así su situación de invisibilidad social. Las dificultades personales y jurídicas para denunciar situaciones de violencia doméstica impiden el acceso a datos representativos que, por estudios exploratorios, se sabe que podrían transformar este tipo de violencia en un problema de carácter "epidémico".

Aunque en la esfera pública solo tienden a divulgarse hechos aislados y algunos estudios de carácter parcial, estimaciones obtenidas a partir de diversas investigaciones coinciden en indicar que esta clase de violencia afecta a una de cada cuatro mujeres —sin distinción de clase, raza o religión— en hogares de todo el mundo. Tales estimaciones sirvieron de base para la afirmación de Naciones Unidas en el sentido de que la violencia en contra de la mujer constituye el crimen encubierto de mayores proporciones.

Entre 1988 y 1989, Isis Internacional dirigió una investigación, con el apoyo de UNIFEM, para efectuar un diagnóstico sobre la situación de violencia en contra de la mujer en América Latina y el Caribe. Mediante este estudio se obtuvieron antecedentes de 22 países de la Región y se

supo de la existencia de un número importante de investigaciones sobre el tema. Sin embargo, tal como se acaba de señalar, la mayoría de los estudios fueron realizados sobre la base de datos parciales a partir de denuncias hechas ante comisarías (Brasil) y otro tipo de instituciones (Argentina, Chile). El universo de mujeres que vive situaciones de violencia doméstica tampoco se conoce: no existen estadísticas por país y, menos aún, para la Región en conjunto. No obstante, los análisis realizados hasta la fecha aportan interesantes antecedentes sobre la forma que adquiere el maltrato, las respuestas de las mujeres, las características de los agresores y la cultura imperante en la Región en relación con el tema.

Respecto a quiénes son las mujeres que sufren la violencia doméstica, distintos autores coinciden en resaltar la diversidad de las características de sus víctimas. Por ejemplo, sobre la base de un trabajo con mujeres golpeadas en la Argentina, Ferreira (3) concluyó que:

Según mi experiencia, las edades iban de 16 a 83 años, no había ninguna analfabeta, solo 6% tenían escolaridad primaria incompleta y 80% eran casadas legalmente.

El caso de Chile

En Chile, como en el resto de la Región, los datos disponibles sobre violencia doméstica son parciales e insuficientes. Existen, sin embargo, algunos trabajos que permiten formarnos alguna idea de la magnitud del problema. Mencionaremos solo dos de ellos.

Según un estudio sobre violencia doméstica (4) realizado con carácter exploratorio por el Colectivo Chile-Canadá en 1988, 80% de las 122 mujeres que participaron en la encuesta reconocieron haber vivido situaciones de violencia en sus hogares.

En una investigación llevada a cabo en 1988, González (5) señaló:

Al igual que en otros países, la violencia doméstica está cubierta por un velo de silencio, no es por regla general denunciada y es aún un problema no reconocido socialmente. Con todo, las estadísticas generales sobre el delito de lesiones⁴ en Chile lo mostraban como el tercer delito de mayor ocurrencia en el país.

Si se considera también la información aparecida en relación con el tema en un periódico capitalino⁵ en 1990, la dimensión social que adquiere la violencia contra la mu-

³ Para una discusión sobre el impacto de la violencia sobre la salud mental de la mujer, consúltese el trabajo de Freda Paltiel titulado "La salud mental de la mujer de las Américas", en la página 143.

⁴ En Chile no existe una tipificación legal que trate el problema de la violencia doméstica; esta se trata como delito de lesiones.

⁵ Diario "La Cuarta", que se promueve con noticias y titulares de tipo sensacionalista.

jer es inquietante. Solo durante los meses de agosto y septiembre de ese año fueron asesinadas siete mujeres, una de ellas por su padre y las otras seis por sus esposos, exesposos, amantes o convivientes. A estas muertes se sumaron tres casos de mujeres hospitalizadas por agresiones de sus parejas. La edad de los agresores fluctuaba entre los 19 y los 55 años.

Las investigaciones existentes (4-6), todas ellas realizadas en sectores de escasos recursos, coinciden en los siguientes aspectos:

- La mayoría de las mujeres señalan que frente a los hechos de violencia su respuesta mayoritaria es protegerse o llorar; solo una minoría pide ayuda.
- Frente a los golpes o las agresiones verbales, los sentimientos descritos son de rabia, impotencia, deseos de cambiar la situación o de alejarse del agresor.
- En los casos de violencia doméstica frecuentemente está presente el alcohol: cuando el agresor se encuentra bajo su efecto, la violencia física es aún mayor.

Según tales estudios, en este sector socioeconómico bajo, la violencia doméstica apareció asociada con problemas de cesantía del agresor y de tensión provocada por condiciones de vida precarias, especialmente de la vivienda. Las circunstancias precipitantes de la agresión fueron diversas: celos, negativa a tener relaciones sexuales, dificultades económicas, problemas con los hijos, etc. En todas ellas, sin embargo, según un estudio cualitativo (7) realizado en 1991, estaba presente la percepción, por parte del agresor, de que la mujer había transgredido su papel socialmente asignado de esposa y madre abnegada.

En los otros sectores sociales del país la violencia también es parte del quehacer cotidiano. Los centros de atención que apoyan a las mujeres golpeadas reciben mujeres de todos los sectores sociales, aunque preferentemente de los populares. Contradiendo los mitos que hay al respecto, la violencia existe en todas las clases sociales, y afecta no solo a las mujeres sino también a los demás miembros de la familia, particularmente a los niños, quienes también son víctimas de la violencia o testigos de esta entre sus padres.

CONTEXTO SOCIAL DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

La violencia doméstica contra la mujer constituye un problema social que, por transcurrir en el espacio privado, no ha sido considerado ni por las normas legales ni por las políticas públicas. En él confluyen, por un lado, factores de índole cultural que fundamentan la discriminación contra la mujer y, por el otro, situaciones económicas y polí-

ticas que posibilitan las diversas manifestaciones de violencia en los distintos ámbitos de la vida social.

Características de la familia violenta

La mujer víctima de la violencia doméstica es miembro de una familia con una determinada organización que, a su vez, pertenece a un sistema social con una cultura específica en la cual coexisten mitos, prejuicios y valores sobre la estructura familiar y la relación entre sus miembros.

Las familias en donde se ejerce violencia en contra de la mujer presentan formas jerárquicas de organización, con funciones rígidamente definidas que colocan a la mujer en una situación de subordinación. Estas familias se caracterizan por su rigidez y resistencia al cambio, y en ellas la violencia es una condición y un resultado para mantener este tipo de estructura de dominación.

La violencia que tiene lugar en la familia y en la sociedad es parte de un mismo sistema. Así, en la medida en que las relaciones de poder que se establecen en la familia incluyen el uso de la violencia, se condiciona a los individuos a aceptar la violencia como método legítimo para imponer la autoridad en este y otros estamentos sociales. Paralelamente, la legitimidad de pautas violentas en la sociedad avalan la presencia de este tipo de interacciones en la familia.

Contexto sociocultural de la familia violenta

La violencia contra la mujer es parte de un sistema de poder basado en la supremacía masculina, en el cual se asignan funciones sociales a hombres y mujeres sobre la base de su sexo. La noción de "patriarcado", entendida como una organización social donde se excluye la posibilidad de igualdad y reciprocidad entre los sexos, conlleva la reducción de la gama de conductas posibles y facilita comportamientos rígidos y polarizados que constituyen la base de las conductas violentas.

La violencia doméstica contra la mujer se inserta dentro de una determinada forma de relaciones de poder en la que la violencia se utiliza como un método de control social. En consecuencia, una definición adecuada de violencia incluye, en este caso, tanto la amenaza como el uso de la fuerza con el objetivo de obligar a una mujer a actuar de determinada manera. Sin embargo, el sistema de dominación patriarcal no está basado exclusivamente en la amenaza o el uso de la violencia; se sostiene, sobre todo, en la aceptación de la discriminación como principio ordenador de las relaciones sociales.

En la medida en que los valores existentes en el contexto cultural avalan la situación de subordinación de la mu-

jer, la violencia es considerada un medio “legítimo” para mantener el *statu quo* en el interior de la familia. Así, la violencia intrafamiliar es un mecanismo que permite equilibrar la relación de poder cuando este equilibrio se ve amenazado. Por ser considerada “natural”, la violencia permanece consecuentemente invisible.

Para analizar el contexto social de la violencia intrafamiliar en América Latina y el Caribe es imprescindible conocer las diferencias de género asignadas culturalmente en estas sociedades.

La socialización de género y la violencia

En su artículo sobre tortura a prisioneras políticas, Bunker (7) habla del concepto bipolar del machismo-marianismo que subyace en la socialización de hombres y mujeres en América Latina y el Caribe. El machismo ha sido descrito como “exagerada agresividad e intransigencia en las relaciones interpersonales hombre-hombre y arrogancia y agresión sexual en las relaciones hombre-mujer” (8). En otras palabras, el machismo es la expresión del patriarcado en América Latina y el Caribe. El marianismo, por su parte, se entiende como una versión del culto a la Virgen María, quien encarna simultáneamente el ideal de maternidad-castidad. Bajo este esquema se espera que la mujer latinoamericana imite el modelo mariano de perfección y superioridad espiritual, mientras que la valoración de su persona se fundamenta en la maternidad. La relación con el hombre está marcada, adicionalmente, por la sumisión y la obediencia.

En el continente americano, como ocurre también en otras regiones, la sociedad alienta a la mujer a ser dependiente y sumisa, y al hombre, a ser violento y agresivo. Las pautas de socialización que se utilizan en la educación de los niños contribuyen no solo a diferenciar las actividades de hombres y mujeres sino también a perpetuar la violencia. Esta se basa en patrones rígidos que asocian conductas agresivas a la masculinidad y pasivas a la femineidad. De este modo, a los niños no solo les está permitido demostrar abiertamente su agresividad y pelear a golpes, sino que esta es la conducta esperada. A las niñas, en cambio, no se les permite hacer uso de la fuerza física para resolver conflictos, por lo cual adoptan otros mecanismos para canalizar su agresividad.

La violencia no solo se incentiva directamente en los niños, sino que se perpetúa a través de la violencia que estos mismos sufren y aprenden a ejercer siguiendo el modelo de sus padres. Diversas investigaciones han demostrado que mientras más violencia reciba un niño de parte de sus padres, más probable es que este, a su vez, sea violento con otros durante su edad adulta. Esta relación entre violencia y castigo es especialmente válida para los niños, que reciben golpes con una frecuencia dos veces mayor que las

niñas y, en un número mayor de ocasiones, propinados por el padre (9). Los niños, por lo tanto, están más predispuestos a ejercer la violencia porque ya la han aprendido de acuerdo con la forma en que han sido educados. Este cuadro se completa con la violencia que ellos mismos observan en su hogar. Así, el mismo patrón que identifica la masculinidad con violencia permite al hombre resolver conflictos domésticos autoritariamente, haciendo uso de la fuerza contra su mujer y sometiéndola mediante la violencia. Este “derecho” es el mismo que el niño aprende y ejercerá posteriormente, cuando se case.

Paradójicamente, a las niñas —quienes pertenecen al sexo subordinado— se las educa para la paz. Se les enseña a cuidar y a educar, a responsabilizarse por el bienestar de los demás, a compartir el poder, a resolver conflictos por medios no violentos, a construir estructuras igualitarias. A los hombres, en cambio, se les enseña a conquistar y a eliminar al adversario, a relacionarse a través de la violencia. En tales condiciones es estructuralmente impracticable obtener una paz doméstica, social o internacional, pues la agresión y la conquista son consideradas partes de la masculinidad, en tanto que las condiciones que permiten la paz son asociadas negativamente con la mitad de la población que está excluida del poder.

Todos tememos a la violencia, a ser agredidos. Sin embargo, los patrones de socialización de los sexos permiten transformar este temor, en el caso de los hombres, en mayor violencia. Por el contrario, en el caso de las mujeres, esta es aceptada como una fatalidad. Así se ha planteado que:

Los hombres están condicionados a luchar con su temor a la violencia, desarrollando una capacidad para usarla competitivamente con sus iguales, y opresivamente con sus “inferiores”. Las mujeres están condicionadas para luchar con su temor a la violencia, no solo desarrollando conductas adaptativas y de evitación, sino también aprendiendo a vivir con la violencia como parte intrínseca de la naturaleza humana. Porque deben convivir con la violencia al mismo tiempo que evitarla, a las mujeres les es permitido expresar temor de ella. La exteriorización del miedo es femenino en las mujeres, pero cobardía en los hombres. En realidad, los niños y los hombres son empujados a ser más feroces, más agresivos cuando sienten miedo. En los hombres, el miedo es transformado en agresión y, en las mujeres, en sumisión (10).

El poder que la sociedad otorga a los hombres permite la existencia de un doble estándar para sancionar la violencia, según se trate de actos de agresión dentro o fuera de la familia, dejando a la mujer —principal víctima de la violencia doméstica— en una situación de máxima vul-

nerabilidad. La violencia dentro del hogar es considerada como parte de los asuntos privados de la pareja, y en los cuales la sociedad debe intervenir solo en situaciones extremas. Como han señalado diversos autores (11, 12), la opresión de la mujer debe atribuirse a factores culturales y no biológicos, a estructuras sociales y no a diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres, y a construcciones dicotómicas de masculinidad y feminidad en las que la fuerza se asocia a la superioridad y a la identidad masculina, y la necesidad de protección y la debilidad, a la identidad femenina.

El soporte institucional de la violencia contra la mujer

A pesar de la generalización de la violencia doméstica contra la mujer, la sociedad tiende a subvalorar este fenómeno y sus efectos. Así, el aparato policial le da menor importancia a esta forma de violencia que a hechos de violencia entre desconocidos. El sistema legal y judicial muestra una gran debilidad para castigar a los culpables, y la sociedad muchas veces culpa a la víctima por haber provocado el castigo, o ignora esta situación de violencia por considerarla parte de la vida privada de una pareja.

La inoperancia del sistema de justicia frente a la violencia doméstica está dada por la coexistencia de dos sistemas de control social, uno privado y otro público, con un mismo objetivo: mantener ese orden, razón por la cual estos dos sistemas difícilmente pueden enfrentarse entre sí. El hombre es el encargado de mantener el orden social en su hogar, mientras que el sistema de justicia lo es en el ámbito público, fuera del hogar. De tal manera, si en el cumplimiento de su labor el hombre "se excede" y golpea a su esposa o compañera, difícilmente el sistema judicial lo castigará, dado que esta conducta no expresa otra cosa que el desempeño "exagerado" de una función necesaria para mantener ese determinado orden. De esta forma, la debilidad del sistema de justicia para condenar la violencia privada del hombre hacia la mujer termina legitimándola, creando la imagen de que esa violencia puede ser un medio aceptable para controlar a las mujeres. Sin contrariar necesariamente esta actitud, el sistema impone ciertos límites a la violencia, diferenciando la agresión "moderada" de aquella que pone en peligro la vida de la mujer, la cual es susceptible de ser sancionada por la justicia.

Por siglos, la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, como ya se señaló, ha sido considerada "natural". Tradicionalmente, las mujeres casadas han sido vistas como "propiedad" del hombre, quien, de la misma manera que ocurre en el campo de la educación de los hijos, adquiere el derecho a corregirla. Tomemos algunos ejemplos:

En el 200 antes de Cristo, Marco Poncio Catón (13) decía:

El marido es el juez de su mujer, su poder no tiene límites; puede lo que quiere. Si ella ha cometido alguna falta, la castiga; si ha bebido vino, la condena; si ha tenido comercio con otro hombre, la mata.

En el siglo XIV (13), en el derecho consuetudinario se encuentra que:

Está bien que el hombre pegue a su mujer, sin matarla y sin herirla, cuando desobedece al marido.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA MUJER GOLPEADA Y DEL HOMBRE GOLPEADOR

La mujer golpeada

No existen evidencias que permitan establecer una relación significativa entre determinados rasgos de personalidad y la experiencia de maltrato familiar. Lo que sí ha podido verificarse al estudiar aspectos tales como la socialización en una estructura familiar autoritaria es —reiterando lo expuesto— que esta socialización constituye para la mujer una verdadera escuela de aprendizaje de tolerancia a la violencia.

Un aspecto que varios estudios han analizado en profundidad se refiere a las conductas y los sentimientos que desarrollan con mayor frecuencia las víctimas de situaciones de violencia familiar. Entre estos se encuentran los siguientes:

- Sentimiento de temor, que llega a paralizarlas y les impide buscar ayuda.
- Actitud minimizadora del abuso: la mujer golpeada tiende a minimizar la situación por diversos factores. Entre ellos están el temor, la falta de información y de conciencia sobre lo que constituye una situación de abuso y el deseo de creer que el victimario no es "tan malo".
- Conducta de aislamiento: la mujer golpeada se distancia de las posibles redes sociales de apoyo, inclusive su propia familia de origen. Esta conducta aumenta la dependencia del golpeador y limita sus posibilidades de ayuda.
- Internalización de la culpa: la mujer tiende a sentirse responsable de la agresión y busca la causa en fallas de su comportamiento. Esto se asocia con una baja autoestima producida por la situación de violencia.

El hombre golpeador

La socialización del hombre golpeador se complementa con la de la mujer golpeada, ya que resalta el estereotipo masculino de agresividad, dominio y superioridad frente a la mujer.

En su relación de pareja, el hombre agresor presenta con mayor frecuencia las siguientes características:

- Falta de seguridad personal, que sobrecompensa con actitudes externas autoritarias.
- Dificultades de comunicación, en especial en lo referente a los afectos y sentimientos. Estas dificultades aumentan la tendencia al uso de la violencia.
- Incapacidad para tolerar y resolver conflictos: no existe un aprendizaje de resolución de conflictos alternativos a la violencia.
- Baja autoestima: generalmente expresa en el hogar la violencia que no manifiesta en otras situaciones (por ejemplo, en el trabajo).
- Falta de conciencia del problema: no se hace responsable de sus actos de violencia, sino que busca responsabilidades fuera de su persona.

De lo expuesto se puede concluir que el diseño de políticas para abordar el tema de la violencia doméstica reviste extrema complejidad. Es necesario enfrentar esta complejidad y pensar en políticas que abarquen temas tales como modificaciones culturales, fortalecimiento de redes sociales, políticas sociales tendientes a lograr una mayor autonomía de la mujer, adiestramiento en solución de conflictos, afirmación de la seguridad y autoestima, etc.

INICIATIVAS PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA⁶

Con el fin de sistematizar las diversas iniciativas, acciones y actividades desarrolladas en la Región para abordar la problemática de la violencia doméstica, se han agrupado las medidas en relación con las formas y procedimientos que estas adoptan, y se han separado analíticamente las iniciativas según su origen (gubernamental, no gubernamental e internacional), para finalmente destacar algunas conclusiones.

Respecto a las formas y procedimientos, se pueden distinguir medidas en el ámbito legal y mecanismos institucionales. En el ámbito legal, en la Región las medidas se han traducido, por un lado, en estudios y análisis sobre la definición

de los cuerpos legales vigentes y el sistema de administración de justicia, y, por el otro, en la presentación de iniciativas legales a los Parlamentos de los países. Estas iniciativas comprenden, entre otras, la incorporación de la problemática de la violencia doméstica en el marco de la igualdad social de la mujer (Costa Rica); la propuesta de tipificación del delito de violencia doméstica (Chile); la introducción de medidas procesales para agilizar la tramitación mediante un recurso civil frente a las insuficiencias del camino penal (Argentina); la reunificación de toda la legislación sobre ofensas sexuales (Trinidad y Tabago); la incorporación de instrumentos que benefician a la mujer en el ámbito social y laboral, además de la aprobación de la Ley para la Prevención e Intervención frente a la Violencia Doméstica (Puerto Rico). En los países de habla inglesa del Caribe también se han hecho propuestas significativas al respecto.

Si bien en muchos casos las iniciativas legales se encuentran en etapa de proyecto, su presentación a la opinión pública ha provocado una sensibilización sobre el tema. Cabe señalar que, dado lo reciente de las propuestas de transformación en el ámbito legal en el mundo y, en especial, en la Región (a partir de mediados de los ochenta), la reflexión y evaluación de lo realizado es incipiente y plantea un gran desafío.

En cuanto a los mecanismos institucionales, se han agrupado “todas aquellas estructuras y procedimientos creados con el objetivo principal de dar apoyo a las víctimas de violencia, como también las actividades de sensibilización hacia las afectadas y la opinión pública”.⁷ Entre ellas se destacan:

- Comisarías de mujeres, cuyo objetivo principal es acoger las denuncias de mujeres víctimas de violencia. Se inicia en 1985, con gran relevancia en el Brasil.
- Oficinas legales para atender jurídicamente a las víctimas.
- Grupos de autoayuda o de apoyo, entendidos como espacios de encuentro de mujeres víctimas de la violencia doméstica, y de reflexión con características terapéuticas en los cuales las mujeres, individual o colectivamente, procesan el temor adquirido.
- Casas de refugio que proporcionen hogar provisorio a las mujeres golpeadas y a sus hijos (la más antigua, “Casa Protegida Julia Burgos”, se encuentra en Puerto Rico). En algunos países se acoge también a madres adolescentes, víctimas de violación, y a prostitutas.
- Oficinas gubernamentales de la mujer, que como tales han podido impulsar acciones y programas integrales para afrontar el problema, multiplicando las iniciativas no gubernamentales y privadas, especialmente en lo relativo al alcance geográfico, difusión y capacidad de convocatoria.

⁶ Esta sección se basa fundamentalmente en los antecedentes recopilados por ISIS Internacional, “Violencia en contra de la Mujer en América Latina y el Caribe”, Santiago, Chile, octubre de 1990.

⁷ ISIS Internacional, *op. cit.*

• Centros académicos de investigación y análisis, como por ejemplo la carrera de especialización en violencia intrafamiliar, creada con carácter de posgrado interdisciplinario en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Considerando ahora el origen de los programas y las iniciativas para tratar la violencia doméstica en la Región, basados en el estudio de ISIS Internacional y antecedentes posteriores, se pone de manifiesto que han sido las propias organizaciones de mujeres, a través de organismos no gubernamentales, las que han llevado el problema a la esfera pública y han ejecutado múltiples acciones directas en todos los países de la Región. De 109 programas analizados en el estudio de referencia, 87 correspondían a iniciativas de organismos no gubernamentales.

La proyección y el alcance de las iniciativas dirigidas a formular y ejecutar propuestas y políticas integrales en términos de prevención, asistencia, difusión, capacitación e investigación están muy relacionados con la capacidad de conjugar en los países una interrelación entre los organismos públicos y privados, los diversos actores y sectores competentes, y las iniciativas de organismos internacionales comprometidos con el problema. Sacar el problema del ámbito privado es el primer paso, asumirlo internacionalmente es un gran desafío.

En este sentido es importante destacar que las acciones y medidas descritas se han visto favorecidas por la trascendencia internacional que tuvo la designación del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y la formulación de las Estrategias de Nairobi.

REFERENCIAS

- (1) Boulding, E. Las mujeres y la violencia social. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* 30(4), 1978.
- (2) Anthony, C. y Miller, G. *Estudio exploratorio sobre el maltrato físico de que es víctima la mujer panameña*. Panamá, Ministerio del Trabajo y Bienestar Social e Instituto de Criminología de la Universidad de Panamá, 1986.
- (3) Ferreira, G. *La mujer maltratada*. Buenos Aires, Sudamericana, 1989.
- (4) Moltedo, C. et al. Estudio sobre violencia doméstica en mujeres pobladoras chilenas. Santiago, febrero de 1989. Mimeo-grafiado.
- (5) González, N. *Violencia doméstica. Análisis crítico de sentencias y expedientes*. Editorial Oficina Legal de la Mujer. Santiago, 1989.
- (6) Cooper, D. Conflicto familiar: características sociales y variables asociadas a la extrema pobreza. *Revista de Sociología* 2:9-55, Universidad de Chile, 1987.
- (7) Bunster, X. Sobreviviendo más allá del mundo. En: *La mujer ausente: derechos humanos en el mundo*. Isis Internacional, Ediciones de la Mujer No. 15, págs. 41-62, 1991.
- (8) Stevens, E. Marianismo: The other face of machismo in Latin America. En: Ann Pescatello (ed.). *Female and Male in Latin America*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1973.
- (9) Maccoby, E. E. y Jacklin, C. N. *The Psychology of Sex Differences*. Stanford, Stanford University Press, 1974.
- (10) Reardon, B. *Sexism and the War System*. Nueva York, Teachers College Press, 1985, pág. 38.
- (11) De Beauvoir, S. *El segundo sexo*. Buenos Aires, Siglo XX, 1986.
- (12) Millet, K. *Sexual Politics*. Chicago, Avon Books, 1971.
- (13) Loi, I. La mujer. En: Mustakis, G. A. (ed.). Santiago, 1983.

BIBLIOGRAFIA

- Badinter, E. *El uno es el otro*. Barcelona, Planeta, 1987.
- Domenach, J. M. La ubicuidad de la violencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* 30(4), 1978.
- Eisler, R. y Loye, D. Peace and feminist theory: New directions. *Bulletin of Peace Proposals* 17(1), 1986.
- Goodrich, T., Rampage, Ch. et al. *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Isis Internacional. Proyecto Violencia en contra de la Mujer, Información y Políticas. Santiago, 1990.
- Larrain, S. Violencia familiar: caminos de prevención. En: Isis Internacional. *El malestar silenciado, la otra salud mental*. Ediciones de las Mujeres No. 14, 1990, págs. 117-124.
- Minuchin, S. *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Montecino, S. *Madres y huachos*. Santiago, Ed. Cuarto Propio - CEDEM, 1991.
- Perrone, R. Violencia y familia, una teoría explicativa. *Revista de Terapia Familiar* 9(19), 1988.
- Ravazzola, M. C. y Daskal, A. M. La enfermedad nuestra de cada día. *Revista Sistemas Familiares* 5(2), 1989.
- Strauss, M. A general system approach to a theory of violence between family members. *Social Science Information* 12(3), 1983.
- Strauss, M. Sexual cultural norms and wife beating. *Victimology and International Journal* 1(1), 1976.
- Strauss, M. y Gelles, R. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985. *Journal of Marriage and Family*, agosto de 1986.
- Vila de Gerlic, C. *Violencia familiar*. Córdoba, Argentina, Marcos Lerner Editora, 1987.
- Vila de Gerlic, C. Una modalidad de violencia conyugal: mujer golpeada. *Revista de Terapia Familiar* 9, 1988.
- Walker, E. *The Battered Woman*. Nueva York, Harper and Row, 1979.

III. LA TECNOLOGIA MEDICA Y LA ATENCION DE LA SALUD DE LA MUJER

EL USO DE LA TECNOLOGIA EN LA ATENCION DE SALUD DE LA MUJER. REVISION DE LA LITERATURA¹

Gloria A. Coe² y Ruth S. Hanft³

INTRODUCCION

Existen varias razones que justifican un análisis sistemático de la tecnología médica⁴ y el costo creciente es una de las principales. En 1992 el Departamento de Comercio de los Estados Unidos de América estimó que se gastaría el 14% del producto nacional bruto del país en atención de salud. El costo de esta también se ha incrementado en muchos países europeos. Gran parte de ese costo proviene de una mayor dependencia respecto a la tecnología y, si bien ese no debe constituir el único criterio empleado, dadas las limitaciones de recursos, la eficacia en relación con el costo de la tecnología médica y su uso revisten importancia para muchos países (1-4).

¹ Las autoras agradecen a la Dra. Mariela Licha de Vargas y a la Sra. Elizabeth Fox, quienes en calidad de consultoras de la OPS/OMS redactaron los documentos titulados "El uso de la tecnología en la salud integral de la mujer: revisión de la literatura" y "The Use of Health Technologies for Women: A Research Proposal", respectivamente. Algunas de las ideas presentadas en este capítulo se examinaron y analizaron con ellas y se incorporaron en esos documentos, redactados en 1989.

² Asesora Regional en Comunicación Social, Programa de Promoción y Comunicación Social, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

³ Profesora, Departamento de Servicios de Salud, Administración y Política, Universidad George Washington, Washington, D.C.

⁴ Las definiciones empleadas en el presente capítulo son las siguientes: la tecnología médica incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, y los sistemas de organización y apoyo dentro de los cuales se realizan esas actividades o se presta atención de salud (5); la seguridad es una decisión relativa a la aceptación o al rechazo del riesgo; el riesgo es la probabilidad de que ocurra un resultado adverso o desfavorable y la gravedad de la lesión resultante para la salud de los usuarios de una tecnología médica; la eficacia es la probabilidad de beneficio que reporta una tecnología médica para determinadas personas, en condiciones ideales de uso; la efectividad es la probabilidad de beneficio para las personas de una población definida que reporta una tecnología médica aplicada para resolver un problema de salud en condiciones normales de uso; la eficacia en relación con el costo es un método analítico de comparación de los costos y la eficacia de la tecnología médica (6).

La seguridad y la eficacia han sido aspectos objeto de evaluación por mucho tiempo, y justifican un análisis de la tecnología médica. Los beneficios del uso de determinada tecnología a menudo son superiores a los riesgos. Sin embargo, todos los medicamentos tienen algún efecto secundario adverso para ciertas personas, y no existe ningún procedimiento quirúrgico totalmente inocuo. Los beneficios y riesgos de una tecnología particular a veces son un asunto desconocido total o parcialmente por los médicos, por no decir nada de los pacientes, y sus efectos pueden ser favorables, marginales, cuestionables o aun peligrosos a todas luces. El tratamiento de la náusea con talidomida y de la úlcera péptica con congelación gástrica fueron técnicas ampliamente recomendadas y empleadas antes de determinar sus beneficios y riesgos. El riesgo acarreado por la talidomida fue la incidencia de defectos congénitos en masa para los niños cuyas madres habían tomado ese medicamento durante el embarazo; la congelación gástrica fue sencillamente un procedimiento ineficaz (4, 7).

Por último, la tecnología médica se evalúa por causa de las grandes diferencias en su patrón de uso. Por ejemplo, en Gran Bretaña, una de cada cinco mujeres se somete a histerectomía (extirpación del útero), mientras que en los Estados Unidos y Dinamarca esa cifra es de siete de cada 10, aunque el patrón de enfermedad es el mismo en los tres países. La única diferencia parece estar en la modalidad del ejercicio de la medicina y el patrón de uso de la tecnología médica (8).

La función reproductiva de la mujer y su mayor longevidad la hacen particularmente vulnerable a una amplia gama de problemas de salud. En muchos procedimientos destinados específicamente a la mujer hay utilización ex-

cesiva e insuficiente de la tecnología médica. Los problemas de uso indebido de la tecnología afectan a la mujer de todos los estratos socioeconómicos y culturales. Ni un mayor grado de escolaridad ni un nivel de ingresos más alto la protegen del uso indebido de la tecnología médica. Sin embargo, este reviste particular importancia para la mujer de menores ingresos cuya ignorancia y pobreza agudizan los problemas (2, 3).

En el presente trabajo se examina el uso de cierta tecnología específica para la atención de salud de la mujer, particularmente en lo que se refiere a seguridad, eficacia, eficacia en relación con el costo, y patrones de uso. Además, se presentan algunos asuntos relacionados con el uso de tecnología dentro del marco general de la atención de salud de la mujer.

Es de esperar que esta reseña demuestre que la tecnología médica es una variable en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y que su uso puede dar buenos resultados o no. La tecnología médica puede hacer más mal que bien. Las usuarias de dicha tecnología necesitan informarse, hacer preguntas, leer, entender y pedir un análisis concienzudo de la seguridad, la eficacia, la eficacia en relación con el costo y los riesgos que acarrear. En muchos países industrializados, las mujeres que trabajan por su cuenta y en colectividad por el logro de esas metas son una fuerza decisiva, y exigen que el sector de salud presente información precisa y adecuada sobre los beneficios y riesgos de la tecnología médica (9-12).

Siempre que sea posible, se habrá de incluir información sobre América Latina y el Caribe. Lamentablemente, la evaluación de la tecnología médica es muy costosa. El costo de un ensayo en gran escala se sitúa a menudo entre \$US10 millones y 100 millones (13). Puesto que la mayoría de los países en desarrollo carecen de la solvencia financiera y la infraestructura necesarias para realizar ensayos clínicos sobre la tecnología empleada en sus sistemas de atención de salud, deben buscar esa información en los desarrollados (2, 3).

ATENCIÓN DE SALUD DE LA MUJER Y TECNOLOGÍA MÉDICA

Los dos asuntos que se examinarán en esta sección son el sesgo contra la mujer en la atención de salud prestada y la investigación realizada, y el creciente grado de medicalización⁵ de algunos campos de la atención de salud de la mujer.

⁵ La medicalización se refiere al aumento cada vez mayor del número de médicos y de instituciones médicas que prestan atención de salud en la vida diaria, en casos en que no se solía prestar ni necesitar.

Sesgo en la atención y la investigación de salud

Durante 1990 y 1991, la información publicada en revistas científicas y en los medios de comunicación indicó que, por lo menos en los Estados Unidos, parece haber discriminación de la mujer en lo que respecta a la clase de atención médica que se le presta y a la investigación realizada para mejorar su salud (14-20).

Los estudios realizados en Massachusetts y Maryland sobre el tratamiento de pacientes con enfermedades del corazón mostraron que las mujeres, pese a tener más síntomas debilitantes, reciben un tratamiento menos intensivo que los hombres. En un estudio hecho con un grupo de 2231 pacientes de uno y otro sexo en 112 hospitales, se observó que, en comparación con las mujeres, a los hombres se les suelen hacer dos veces más exámenes de diagnóstico importantes, seguidos de derivación coronaria, que alivia los síntomas y prolonga la esperanza de vida de algunos pacientes; en otro estudio de 80 000 hombres y mujeres se observaron resultados similares. Existe una verdadera controversia sobre el uso generalizado de la técnica de la derivación coronaria y, en realidad, tal vez las mujeres se hayan beneficiado de intervenciones menos frecuentes. Además, la información del Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de la Asociación Médica Estadounidense indica que hay un sesgo similar en el diagnóstico del cáncer pulmonar y en el tratamiento de los pacientes con nefropatía terminal (14-16, 21).

La información recibida hace poco de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, facilitada por intermedio de la Dra. Bernardine Healy, su primera directora del sexo femenino, y otras mujeres de la comunidad de investigación, indica que gran parte de la investigación médica realizada en decenios anteriores se hizo solo con hombres (16-18).

Puesto que esto se ha reconocido solo en fecha relativamente reciente, se efectuarán otros estudios para determinar el efecto de ese sesgo en el tratamiento de las enfermedades y en las investigaciones sobre la mujer. Por fortuna, los Institutos Nacionales de Salud han contraído el importante compromiso de estudiar la salud y la enfermedad de la mujer. Entre las afecciones que recibirán más atención están la esterilidad y la necesidad de anticoncepción, las complicaciones del embarazo, la menopausia, el cáncer de mama, ovario y útero, el carcinoma cervicouterino, y las enfermedades de transmisión sexual. En los estudios también se analizarán las diferencias de género en los síntomas patofisiológicos, y el diagnóstico y tratamiento de trastornos comunes del hombre y de la mujer (16).

Medicalización

Al parecer, el creciente grado de medicalización y el uso ordinario de los servicios de los médicos en lugar de los de las enfermeras parteras está directamente relacionado con el mayor uso de tecnología médica compleja y costosa. Por causa del uso de tecnología compleja, los médicos y, a menudo, las mujeres parecen justificar la expansión de la medicina moderna y el creciente grado de profesionalización, en particular del parto y, en menor grado, de la menopausia (4, 22-27).

El creciente uso de tecnología ultramoderna por los médicos ha creado un complejo proceso de adopción de decisiones. El médico decide qué tecnología deberá emplearse y, en países como los Estados Unidos, recibe reembolso de terceros (compañías de seguro o planes de pago anticipado) y emite un diagnóstico o trata a un paciente que raras veces entiende las decisiones tomadas o sus consecuencias. Este es uno de los pocos campos en que otros deciden y controlan la tecnología que se debe utilizar. En algunas sociedades y organizaciones religiosas, los anticonceptivos se han convertido en un asunto político empleado por los hombres para determinar si la mujer puede escoger o no el uso de anticonceptivos modernos (4, 24, 28-32).

Además del creciente grado de medicalización, varios estudios muestran que la mujer ha asumido mayor responsabilidad por la planificación de la familia. Son motivo de particular preocupación los efectos de los anticonceptivos para la salud de la mujer a largo plazo. La terapia de sustitución de estrógeno, recetada a veces como tratamiento de la menopausia, puede fomentar el cáncer de la mama (27, 33, 34). Esos asuntos se explorarán con más detalles en el presente trabajo.

La tecnología que se pretende examinar aquí se puede clasificar bajo tres encabezamientos: tecnología empleada en planificación familiar, en atención prenatal y obstétrica, y otra de uso frecuente. En esta sección se señalarán los asuntos relacionados con la seguridad, la eficacia, la eficacia en relación con el costo y los patrones de uso de esa tecnología. No se presenta un análisis detallado. Se recomienda leer los documentos incluidos en la bibliografía.

TECNOLOGIA EMPLEADA EN LA REGULACION DE LA FECUNDIDAD

En el libro titulado *The Political Economy of Health*, Lesley Doyal hace un elocuente resumen del dilema: "Para la mujer, el desarrollo de tecnología de atención de salud reproductiva ha sido un proceso contradictorio. En su aspecto técnico, le ha dado más control de su cuerpo pero, al mismo tiempo, ha ampliado la capacidad de otros para ejercer control de su vida" (33).

Los anticonceptivos se usan para limitar y planear el número de hijos concebidos y las parejas buscan medios de hacerlo, que sean seguros, eficaces y discretos. En los últimos cinco años han surgido muchos métodos innovadores para lograr esas metas. Se prevé que la investigación futura podría incluir anticonceptivos eficaces para el hombre, tales como supresión de la producción de espermatozoides o una vacuna contra la fecundidad, y para la mujer, tales como una vacuna contra el embarazo y métodos de esterilización reversible (2, 35, 36).

El Comité de Crisis de Población estima que ya en 1984 más de 797 millones de parejas de edad reproductiva empleaban modernos métodos eficaces de anticoncepción en todo el mundo. Dicho organismo estima además que 35% de las parejas sexualmente activas de América Latina y el Caribe usan los métodos anticonceptivos citados en el Cuadro 1 (pero no da información sobre su uso por personas solteras). Suponiendo que un millón de los usuarios de "Otros métodos modernos" indicados en el Cuadro 1 son mujeres, 16 millones del total de 19 millones son mujeres que asumen solas plena responsabilidad por la planificación familiar (3, 37).

Cuadro 1. Uso de métodos anticonceptivos modernos por las parejas sexualmente activas en América Latina y el Caribe, 1985.

Método	Parejas (millones)
Esterilización femenina	7,0
Esterilización masculina	0,5
Anticonceptivos orales	7,0
Dispositivo intrauterino	1,0
Condón	1,5
Otros métodos modernos	2,0

Fuente: (37).

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas estima que, ya en 1985, 55% de las mujeres casadas de edad reproductiva en América Latina y el Caribe usaban métodos anticonceptivos (38).

En los países donde la mortalidad materna es alta, el riesgo de embarazo y parto complicados es mucho mayor que el que acarrea los métodos de planificación familiar. Además, la creciente incidencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha intensificado los esfuerzos de los organismos nacionales e internacionales por promover la planificación familiar y, en particular, el uso de condones (37).

En el Cuadro 2 se comparan las diferentes tasas de falla y de continuación de varios métodos anticonceptivos en los Estados Unidos (39). En el Cuadro 3 se presenta el riesgo voluntario de defunción por año y el uso de anticonceptivos, en relación con la continuación del embarazo.

Cuadro 2. Tasas de fallas mínimas previstas, típicas y mínimas notificadas durante el primer año de uso de un método, y tasas de continuación en el primer año, Estados Unidos de América.

Método (1)	% de mujeres con embarazo accidental en el primer año de uso			% de mujeres que continuaron el uso después de un año ^a	
	Mínima prevista ^b (2)	Típica ^c (3)	Mínima notificada ^d (4)	Embarazo excluido (5)	Embarazo incluido (6)
Posibilidad ^e	85	85	43,1		
Espermicidas ^f	3	21	0,0	55	43
Abstinencia periódica		20		84	67
Método del ritmo	9		14,4 ^g		
Método de ovulación	3		10,5 ^g		
Método sintotérmico ^h	2		12,6		
Posovulación	1		2,0 ^g		
Coito interrumpido	4	18	6,7 ^g		
Cubierta protectora ⁱ	6	18	8,0	77	63
España					
Mujeres con hijos	9	28	27,7	73	53
Mujeres nulíparas	6	18	13,9	73	60
Diafragma ⁱ	6	18	2,1	69	57
Condón ⁱ	2	12	4,2	73	64
DIU		3		75	73
Progestasert [®]	2,0		1,9		
T de cobre 380A	0,8		0,5		
Píldora		3		75	73
Mixta	0,1		0,0		
Solo de progestógeno	0,5		1,1		
Progestógeno inyectable				70	70
DMPA	0,3	0,3	0,0		
NET	0,4	0,4	0,0		
Implantes				90	90
NORPLANT [®] (6 cápsulas)	0,04	0,04	0,0		
NORPLANT [®] -2 (2 bastoncitos)	0,03	0,03	0,0		
Esterilización femenina	0,2	0,4	0,0		
Esterilización masculina	0,1	0,15	0,0		

^a Porcentaje de parejas que tratan de evitar el embarazo y que siguen usando un método por un año, con la suposición de que ninguna mujer queda embarazada (columna 5) y de que la proporción de embarazos está determinada por la columna 2 (columna 6).

^b En las parejas que comienzan a usar un método (no necesariamente por la primera vez) y que lo emplean *perfectamente* (de manera continua y correcta); esta es la mejor estimación de los autores en cuanto al porcentaje previsto de embarazo accidental durante el primer año, si no se abandona el método por alguna otra razón.

^c Porcentaje de embarazo accidental durante el primer año en parejas *típicas* que comienzan a usar un método (no necesariamente por la primera vez), si no lo abandonan por alguna otra razón.

^d En las publicaciones sobre la falla de los métodos anticonceptivos, el porcentaje *mínimo notificado* de embarazo accidental durante el año siguiente a la iniciación del uso (no necesariamente por la primera vez), si no se abandona por alguna otra razón. Sin embargo, véase la nota ^b.

^e Los porcentajes mínimo previsto y típico se basan en datos correspondientes a poblaciones que no usan anticonceptivos y a mujeres que dejan de usarlos para quedar embarazadas. Estos representan la mejor aproximación de los autores en cuanto al porcentaje de mujeres embarazadas del grupo que usa métodos anticonceptivos reversibles, si los abandonan del todo. El porcentaje mínimo notificado se basa en el número de mujeres estadounidenses que no usan anticonceptivos, aunque no deseen quedar embarazadas. Ese grupo se selecciona por causa de una baja tasa de fecundidad o por poca frecuencia del coito, y alguna fracción puede corresponder a una variante no notificada de abstinencia periódica.

^f Espumas y supositorios vaginales.

^g Demasiado bajo porque la tasa se basa en más de un año de exposición.

^h Método basado en el moco cervical (ovulación) suplementado con el del ritmo en la fase preovulatoria y con el de la temperatura basal en la posovulatoria.

ⁱ Con crema o jalea espermicida.

^j Sin espermicidas.

Fuentes: Trussell, J., Hatcher, R., Cates, W., Stewart, F. y Kost, K., Contraceptive failure in the United States: An update. *Studies in Family Planning* 21(1), enero/febrero de 1990, cuadro 1 (reimpreso con la debida autorización del Consejo de Población), y (39).

Cuadro 3. Riesgos voluntarios en perspectiva.

Actividad	Posibilidad de defunción en un año
Prevención del embarazo:	
Píldoras anticonceptivas	
no fumadoras	1 en 63 000
fumadoras	1 en 16 000
DIU	1 en 100 000
Diafragma, condón o espermicida	Ninguna
Métodos de información sobre la fecundidad	Ninguna
Esterilización:	
Ligación laparoscópica de las trompas	1 en 67 000
Histerectomía	1 en 1 600
Vasectomía	1 en 300 000
Continuación del embarazo	1 en 14 300
Terminación del embarazo:	
Aborto ilegal	1 en 3 000
Aborto legal	
Antes de las 9 semanas	1 en 500 000
Entre 9 y 12 semanas	1 en 67 000
Entre 13 y 15 semanas	1 en 23 000
Después de 15 semanas	1 en 8 700

Fuente: (39).

Como todos reconocen, existen varios protagonistas en los sectores político, económico, social y religioso en los ámbitos nacional e internacional, que impulsan el debate sobre los aspectos ideológicos y éticos de la planificación familiar. En este capítulo no se examinará ese debate ni se harán comentarios al respecto.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales contienen hormonas que evitan la liberación del óvulo. Sin esta, la mujer no puede quedar embarazada. Los estudios hechos indican que aunque la píldora parece ser inocua para la mayoría de las usuarias, tiene ciertos inconvenientes para algunas. Entre estos cabe citar náusea, dolor de cabeza, mastalgia, aumento de peso, sangrado o manchado repentino y mareo, durante los primeros meses de uso. Algunas mujeres, en particular las fumadoras mayores de 30 años, tienen problemas de hipertensión arterial, trombosis en las piernas o los pulmones, ataque cardíaco o derrame cerebral (9, 27, 36, 37, 40).

El riesgo de morir como resultado del uso de métodos anticonceptivos es sumamente bajo en los Estados Unidos. En el Cuadro 3 se ofrece información para comparar los riesgos que acarrearán diferentes funciones de la vida reproductiva. Para la mayoría de las mujeres, el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo es mayor que el que acarrea el uso de anticonceptivos o la terminación del embarazo.

Los estudios sobre la relación de la píldora con el cáncer han llevado a diferentes conclusiones. El uso de la píldora protege a la mujer contra el cáncer de ovario y endometrio. Sin embargo, no es claro si aumenta el riesgo de cáncer de la mama, cuando la mujer es joven, o de cáncer cervicouterino. No obstante, la píldora evita el embarazo de la mayoría de las mujeres un 98% del tiempo, se puede descontinuar con facilidad cuando se desea un embarazo y previene el embarazo extrauterino, que es peligroso (27, 35, 40-44).

Las Naciones Unidas estiman que 62 millones de mujeres toman anticonceptivos en el mundo, de las cuales hay siete millones en América Latina y el Caribe. El uso de la píldora se ha nivelado en los países desarrollados desde 1982, pero va en aumento en las naciones en desarrollo (35, 42, 43).

Debido en parte al mayor número de pleitos, de los cuales se han ganado muy pocos, y al incremento subsiguiente de los costos del seguro para las compañías farmacéuticas de los Estados Unidos, ya no hay ninguna compañía nueva que produzca anticonceptivos orales, lo que puede haber contribuido al aumento de su costo (9, 41, 45).

Se recomienda que las usuarias de anticonceptivos orales tomen una píldora con la mínima dosis de estrógeno y progestina. Las usuarias deben considerar un método diferente de control de la natalidad si fuman, son mayores de 35 años o sufren hipertensión (44).

Anticonceptivos inyectables a base de progestógeno

Los productos Depo-Provera y Noigest para el control de la natalidad no se venden en los Estados Unidos. Sin embargo, el Depo-Provera se usa en 90 países y el Noigest en 40. Estos medicamentos se administran cada tres o seis meses en inyección intramuscular de liberación lenta. Parecen ser muy eficaces: la tasa estimada de falla anual es de 0,3 y 0,4%, respectivamente. Puesto que la responsabilidad de la usuaria es mínima, los productos inyectables también son muy convenientes. Los efectos secundarios pueden incluir dolor de cabeza, aumento de peso, depresión y sangrado irregular (27, 37).

Se estima que 11 millones de mujeres han usado el Depo-Provera alguna vez. Jamaica y México están entre los países con la mayor tasa de uso. Estos medicamentos parecen ser populares en los países en desarrollo, ya que una inyección dos veces al año puede ser algo fácil de ocultarle a la pareja (9).

La Organización Mundial de la Salud ha patrocinado varios estudios, algunos de ellos en el Brasil, Costa Rica y México, sobre la posibilidad de riesgo de cáncer que acarrea el uso de anticonceptivos inyectables. Esos estudios fueron importantes, ya que los efectuados antes con

animales en los Estados Unidos sugirieron que el uso de esos anticonceptivos inyectables podría acarrear un mayor riesgo de cáncer de endometrio y de la mama. Un reciente comunicado de prensa de la OMS sobre un estudio de 13 años de duración indica que no existe relación alguna entre el uso de Depo-Provera y el cáncer de la mama. La posibilidad de dicha relación fue un motivo para dejar de vender los anticonceptivos inyectables en los Estados Unidos (27, 46).

Actualmente se trabaja en la preparación de nuevos anticonceptivos inyectables. En América Latina, donde los resultados preliminares muestran una gran eficacia y pocas irregularidades menstruales, se emplean combinaciones de estrógeno y progestina (27).

Implantes

Se usan implantes bajo la piel, colocados con cirugía menor, para la liberación de la hormona directamente a la corriente sanguínea, lo que ofrece protección contra el embarazo durante cinco años o más. Puesto que se necesitan una clínica y un médico para poder practicar la cirugía, es posible que el uso de los implantes sea limitado en los países en desarrollo. Además, algunas mujeres lo critican porque depende del médico y creen que eso les hace perder control de su cuerpo. La tasa de falla de los implantes durante el primer año es de 0,2%, pero podría aumentar si la mujer es obesa. El implante Norplant parece acarrear menos riesgo que la píldora o que Depo-Provera: libera una pequeña dosis de hormonas a una tasa relativamente constante. Además de causar irregularidad menstrual a cerca de 2 a 7% de las usuarias, hasta ahora no ha producido ningún otro efecto secundario grave. Actualmente se realizan ensayos clínicos en unos 48 países (9, 27, 39, 41, 42).

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los dispositivos intrauterinos consisten a menudo en un pequeño instrumento enrollado, en forma de asa o de T, hecho de plástico o de cobre, que se introduce en el útero dejando una cola colgante en la parte superior de la vagina. Es usado por cerca de 79 millones de mujeres, de las cuales 58 millones están en China. Es muy eficaz; las tasas de falla de los medicados y de los no medicados son de 1 y 2% al año, respectivamente (9, 27, 39, 41, 42).

El uso de dispositivos intrauterinos acarrea cuatro riesgos de importancia para la salud: aborto espontáneo, perforación uterina, enfermedad inflamatoria de la pelvis y esterilidad tubárica. En los estudios hechos en los países desarrollados se estima que el riesgo anual de mortalidad atribuible a su uso es de 1 a 2 defunciones por cada 100 000 mujeres. Hay indicios de que el número de defunciones

es mayor en los países en desarrollo por el menor acceso a la atención de salud y las demoras del tratamiento de las complicaciones. Además, las investigaciones han demostrado que las usuarias de DIU en una relación monógama tienen un menor riesgo de enfermedad inflamatoria de la pelvis. Por lo tanto, se recomiendan para las mujeres que no desean tener más hijos y que tienen solo una pareja sexual. Ya se ha retirado del mercado el escudo de Dalkon, causante de enfermedad inflamatoria de la pelvis. Hay antecedentes de abuso e información errónea sobre la inocuidad y los riesgos del uso de DIU, particularmente en los países en desarrollo donde la meta general de prevención del embarazo parece haber llevado a las instituciones nacionales e internacionales a abandonar ese campo (9, 27, 35, 39, 41, 42).

Condomes

Los condones son una forma segura y eficaz de prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. La tasa estimada de falla del método, sin uso de espermicidas, es de un 2% anual, y la de falla ocasionada por descuido de los usuarios, de 12%. Entre las enfermedades de transmisión sexual que se pueden evitar con el uso de condones de látex están el VIH causante del SIDA, el virus del herpes simple tipo 2, *Chlamydia trachomatis*, gonorrea y el virus de la hepatitis B. Los condones de membrana natural parecen conferir menos protección. Cerca del 60% de los usuarios de condones viven en países desarrollados, de los cuales 20% están en el Japón. Solo cerca del 4% de las mujeres casadas en edad de procrear en los países en desarrollo tienen compañeros que usan condones; en América Latina y el Caribe, la escala de uso varía entre 1 y 26% en el Ecuador y Grenada, respectivamente (9, 27, 35, 36, 39, 41, 42, 47).

TECNOLOGIA EMPLEADA EN LA ATENCION PRENATAL Y OBSTETRICA

Este grupo consta de tres tipos de tecnología, a saber, ultrasonografía, cardiotocografía y cesárea. Su uso varía mucho en los diferentes niveles de atención y en los países. Además, existe una relación clara entre el uso de una tecnología y de otra; por ejemplo, la práctica de la vigilancia fetal durante el parto guarda relación con un aumento del número de cesáreas.

Ultrasonografía

En muchos países, el uso de la ultrasonografía para fines de diagnóstico se ha convertido en un proceso nor-

mal para detectar defectos congénitos, nacimientos múltiples, y la edad y el sexo del feto. Las indicaciones para practicar un examen ultrasonográfico varían de un país a otro. En la conferencia de consenso organizada por los Institutos Nacionales de Salud en los Estados Unidos en 1984 se llegó a la conclusión de que la ultrasonografía debe practicarse por razones médicas concretas y no como examen de rutina. En esa conferencia se recomendó desestimular su realización exclusivamente para satisfacer el deseo de la familia de determinar el sexo del feto, observarlo o tomarle fotografías (48). Por otra parte, en Europa, un grupo de trabajo del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Gran Bretaña y los participantes en una conferencia similar celebrada en Noruega recomendaron los exámenes ultrasonográficos como procedimiento de rutina en 1986 (49).

Los resultados de los estudios clínicos sobre el uso de la ultrasonografía para determinar el tamaño del feto han sido contradictorios. Un estudio de 5000 mujeres suecas mostró que los exámenes hechos con esa técnica reducen un 30% la proporción de partos provocados erróneamente y, cuando se calcula el grado de madurez del feto, en un 50%. El estudio mostró que la ultrasonografía no sirve para prolongar el embarazo de mellizos ni aumentar su peso al nacer. Los resultados de los estudios del riesgo de la ultrasonografía han sido negativos, aunque no se han determinado los efectos a largo plazo. Se ha descubierto que la ultrasonografía tiene algunos efectos adversos para los organismos menores y, pese a no producirse esos efectos en la mujer, se ha comprobado que dicha técnica tiene consecuencias desfavorables para el éxito de la inseminación artificial (49-53).

Por causa de las preocupaciones sobre el uso apropiado de la ultrasonografía, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, junto con el Instituto Estadounidense de Ultrasonografía en Medicina y la Asociación Nacional de Fabricantes de Productos Eléctricos, así como con otras asociaciones profesionales (por ejemplo, la Academia Estadounidense de Neurología y de Oftalmología, los Colegios Estadounidenses de Cardiología, de Obstetras y Ginecólogos, de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos y de Radiología, y la Federación Mundial de Ultrasonografía en Medicina y Biología, para nombrar solo algunas) y las organizaciones de consumidores se han dado a la tarea de realizar un programa de educación de los usuarios de la ultrasonografía de diagnóstico. Se formularán recomendaciones para usuarios clínicos, sujetos de examen y otras personas, como los educadores (54).

El uso de la ultrasonografía para fines de diagnóstico durante el embarazo está bastante propagado en América Latina. Algunos autores recomiendan su empleo extenso, incluso para exámenes de detección, pero otros opinan que debe ser selectivo (55-64).

Cardiotocografía

La vigilancia electrónica del corazón del feto fue una técnica introducida en el decenio de 1960. Se pensó que el diagnóstico del sufrimiento del feto y la intervención consiguiente podrían reducir la mortalidad y la morbilidad. En un estudio de una muestra de 5863 niños nacidos vivos, que se efectuó en los Estados Unidos en 1988, se realizó alguna forma de vigilancia fetal en 49% de los casos. Otro estudio mostró que la vigilancia permitía detectar problemas graves, pero no los más leves. En otros estudios se señaló un elevado porcentaje (entre 30 y 50%), de resultados positivos falsos de los análisis. Hasta 1984, en seis de los siete estudios clínicos aleatorios no se atribuyó una disminución importante de las tasas de defunción fetal o materna al empleo de la vigilancia electrónica, pero hubo un acusado aumento del número de cesáreas (65, 66).

Los riesgos de la vigilancia fetal electrónica que pueden llevar a la práctica de una cesárea incluyen una mayor incidencia de infecciones maternas. Un estudio hecho por Wood mostró un aumento importante de la proporción de nacimientos con extensos períodos de hospitalización en casos en que se empleó la técnica de vigilancia fetal. Según las muestras aleatorias de varios ensayos clínicos, cerca del 50% de la diferencia en el número de cesáreas hechas en los Estados Unidos entre 1965 (160 000) y 1975 (353 000) se atribuyó al uso de alguna forma de vigilancia fetal. Otros riesgos relacionados con esta son las laceraciones de la placenta y la perforación del útero (22, 23, 66).

Los nacimientos en los que se emplea la vigilancia fetal suelen ser más prolongados porque la madre debe mantenerse quieta. Algunos estudios muestran que la madre que ha tenido un parto normal antes suele oponerse a la vigilancia fetal. La Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos descubrió que el riesgo de pleitos por negligencia profesional fue un factor clave del uso casi indiscriminado de dicha práctica (66).

En los Estados Unidos, los costos directos de la vigilancia fetal electrónica en 1984, relacionados con las cesáreas practicadas como consecuencia de esta, las complicaciones para la madre y el niño, la hospitalización y otros gastos afines, ascendieron a un total de \$US411 millones (66).

En 1986, la OPS inició una encuesta sobre el uso y el efecto de la vigilancia fetal electrónica en América Latina. Respondieron 30 instituciones, 10 de las cuales estaban adscritas a facultades de medicina, 11 eran hospitales de salud pública supervisados por los ministerios de salud y 9 pertenecían bien al sistema de seguridad social o bien a otro organismo de atención pagada por anticipado. Se descubrió que 66% de esas instituciones tenían pautas impresas de vigilancia fetal electrónica y que, sin mucha variación, esa práctica se había seguido en un 25% de los nacimientos. En otro estudio, 58% de 117 instituciones

de atención de salud participantes en la primera fase de un estudio epidemiológico sobre la cesárea tenían equipo para ese procedimiento. La prevalencia de la cesárea fue mucho mayor en esas instituciones que en las carentes de ese equipo (22, 23, 67). Las publicaciones editadas en América Latina indican el interés de los investigadores en el uso de los monitores del corazón del feto. Sin embargo, hasta 1987 no se había hecho ningún ensayo clínico aleatorio sobre vigilancia fetal electrónica (68-78).

Cesárea

Con pocas excepciones, sobre todo Cuba e Israel, la prevalencia de cesáreas en el mundo ha tenido un aumento alarmante, y la mayor se registra en los Estados Unidos, el Canadá y el Brasil. En 1985, Taffel *et al.* estimaron que en los Estados Unidos se practicaron 851 000 cesáreas y que la proporción fue mayor en el sur (20,4%) que en el norte y el oeste medio (19,0%). Hay datos que indican una menor prevalencia de cesáreas en los grupos de mujeres pobres de los Estados Unidos. Aunque muchos hospitales del país tienen comités encargados de supervisar todas las cesáreas, la prevalencia varía poco, excepto en casos en que el médico debe consultar antes de practicársela a una mujer sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Indudablemente, el elevado costo del seguro de negligencia profesional que deben pagar los obstetras de los Estados Unidos afecta la prevalencia de cesáreas en ese país, que ya es alta (2, 3, 79, 80).

En el Brasil, la prevalencia de cesáreas en 1980 fue superior a 30% y, en algunos hospitales, a 50% de los partos cuyo costo es sufragado por el sistema de previsión social. En 1984, los hospitales privados de la ciudad brasileña de Pelotas tuvieron una prevalencia de cesáreas de 54%, pese a que la de embarazos de alto riesgo fue solo de 3,3%. En los hospitales públicos de la misma ciudad, esa prevalencia fue de 20,3%. En Costa Rica osciló entre 7,5% en el hospital de Limón y 26,7 en el de Golfito en 1982 (2, 3, 81-83).

En varias conferencias de consenso celebradas en los Estados Unidos y el Canadá se determinó que la prevalencia de cesárea podría mantenerse estable o disminuir, sin riesgo para la salud de la madre o del niño. Los resultados de esas conferencias no han reducido el empleo de esa práctica en ningún país, excepto en Israel, donde la prevalencia disminuyó de 12% en 1980 a 9,7 en 1985 (2, 3, 79, 80, 84).

En algunos países como el Brasil y los Estados Unidos, el desajuste causado por el pago diferencial al médico y al hospital por nacimientos normales y por cesárea pareció agravar el problema. En un estudio hecho en el Brasil se descubrió una relación inversa entre el porcentaje de mujeres embarazadas expuestas a alto riesgo y la prevalencia

de cesáreas: 27% de los embarazos de alto riesgo, sobre todo de mujeres de bajos ingresos, y 33% de los de bajo riesgo, sobre todo de mujeres de elevados ingresos, se atendieron por cesárea (2, 3, 73).

En 1985, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, que forma parte del Programa de Salud Materno-infantil de la OPS, inició un estudio conjunto sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase del estudio comprendió a 178 instituciones de 17 países. Se descubrió que la tasa de nacimientos por cesárea varió entre 9,3% en Honduras y 29,1% en México.⁶ En el estudio se señaló que la mayor prevalencia estaba en los servicios privados y de pago anticipado, seguidos de los de las instituciones de seguridad social y los hospitales universitarios y, por último, de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y las Fuerzas Armadas. En el estudio se observó que el período medio de hospitalización era de 2,1 días cuando el parto era normal y de 4,5 días cuando se efectuaba una cesárea. No se observó ninguna correlación entre la frecuencia de cesáreas y la mortalidad materna y perinatal (2, 3, 85).

En 1985, en los Estados Unidos se practicaron cesáreas en 45,6% de los nacimientos en los que se observó sufrimiento del feto por medio de vigilancia electrónica. Otros factores conducentes a la cesárea son la posición del feto, la ineficiencia uterina y el temor a un pleito por negligencia profesional. Alrededor del 60% de los obstetras de los Estados Unidos han sido demandados por esa causa por lo menos una vez. La razón más frecuente es no haber practicado antes una cesárea (2, 3, 86, 87).

Los honorarios médicos por cesárea en los Estados Unidos son el doble de los cobrados por nacimientos normales. En un estudio se determinó que los hospitales con la mayor prevalencia de cesáreas cobran según el servicio prestado. En otro se observó que como era posible planear por anticipado la cesárea, esta era una práctica atractiva para los obstetras muy ocupados. Se estima que la mitad de las cesáreas realizadas en los Estados Unidos en 1988 fueron innecesarias (2, 3, 43, 86, 87).

El riesgo a que se expone la madre con la cesárea es de 3 a 30 veces mayor que el que crea el nacimiento normal. Los niños nacidos por cesárea, y sus madres, tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad. En 1989, el costo de una cesárea en los Estados Unidos era de \$US7200, y el de un nacimiento normal, de \$US4300, lo que representa un costo total de \$US6890 millones por 957 000 intervenciones hechas en ese país en el mismo año. El Banco Mundial calculó que el costo adicional de la cesárea en el Brasil en 1985 fue \$13,4 millones superior al del nacimiento normal. Los costos indirectos de la cesárea inclu-

⁶ Las cifras dan solo una idea aproximada de la situación de cada país. No representan las estadísticas nacionales sobre la cesárea. Las instituciones participantes no se tomaron de una muestra aleatoria.

yen fondos tomados de otros servicios de salud y gastos en adiestramiento de personal (88, 89).

Estudios realizados en los Estados Unidos y América Latina indican que la clase de atención obstétrica dada por el médico o el hospital es más importante que el tamaño de la pelvis o la salud del feto para determinar si una mujer embarazada debe someterse a cesárea. Por lo tanto, se recomienda que las mujeres embarazadas le pregunten al médico y a la clínica o al hospital donde se proyecta atenderlas cuántas cesáreas han practicado. En otras palabras, deben preguntar cuál es el número total de partos atendidos y el porcentaje de mujeres sometidas a cesárea. Además, se recomienda que todas las madres embarazadas, ya sea que hayan tenido antes una cesárea o no, tomen clases sobre el parto natural (2, 3, 44, 81-87).

OTRA TECNOLOGIA

Cierto grupo de tecnología preventiva y terapéutica es particularmente susceptible al uso excesivo e insuficiente en determinados grupos de población. Uno de esos grupos empleado a menudo para el estudio del cáncer de la mama está constituido por el autoexamen, la mamografía, el examen clínico de las mamas, la mastectomía y los implantes mamarios de gel de silicona. Otro grupo empleado, sobre todo para el estudio del cáncer cervicouterino, comprende la prueba de Papanicolaou y la histerec-tomía, y otro, la terapia de sustitución de estrógeno. Puesto que en el artículo titulado "Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe", Helena E. Restrepo discute el autoexamen de las mamas, la mamografía, el examen clínico de las mamas, la mastectomía y la prueba de Papanicolaou, este capítulo tratará solo de la histerec-tomía, la terapia de sustitución de estrógeno y los implantes mamarios de gel de silicona.

Histerec-tomía

Una histerec-tomía es una operación para extirpar el útero y el cuello uterino, y se considera cirugía mayor. Se estima que las complicaciones de esa operación son pocas. En los Estados Unidos, el riesgo de defunción es de 1 por cada 1000 intervenciones quirúrgicas. De cada 1000 pacientes, 40 necesitaron hospitalización por causa de complicaciones en los dos años siguientes a la cirugía (2, 3, 9, 44, 90).

Entre 1965 y 1981, la histerec-tomía fue la intervención quirúrgica practicada con más frecuencia a la mujer en los Estados Unidos. Un análisis de cerca de 12,5 millones de histerec-tomías mostró que al menos 30% de las operaciones no se justificaron solo por razones médicas. Hay pruebas que indican que algunas mujeres católicas la emplea-

ron como forma de control de la natalidad. Se estima que en los años noventa, una de cada tres mujeres de los Estados Unidos habrá tenido una histerec-tomía al llegar a los 60 años (2, 3, 9, 44, 89-92).

La razón más común para recomendar una histerec-tomía es el diagnóstico de tumores fibroides, afección que no es peligrosa y que a menudo no requiere ninguna clase de tratamiento (44, 90, 91). En un estudio reciente se observó que los médicos de los Estados Unidos suelen practicar más histerec-tomías a las mujeres con las características siguientes: de edad avanzada, en el período puer-peral, con hijos, de raza negra, de bajos ingresos, instruidas y con alguna clase de enfermedad crónica (90). Una encuesta hecha en varios países europeos mostró diferencias hasta de 20 veces en la prevalencia de histerec-tomía (2-4, 91, 92). Por causa de esas preocupaciones, el Organismo de Investigación sobre Política de Atención de Salud del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos concedió recientemente una subvención para realizar un estudio prospectivo, de tres años y medio de duración, para analizar la eficacia y las consecuencias que para la salud de la mujer tiene la histerec-tomía, que actualmente "ocupa el segundo lugar entre las intervenciones quirúrgicas mayores más comunes en los Estados Unidos" (93).

En América Latina y el Caribe, la histerec-tomía causa a menudo peligrosas complicaciones y representa altos costos para el presupuesto nacional de salud. Hay indicios de uso insuficiente de la citología preventiva de Papanicolaou por algunos sectores de la población, de uso excesivo de la histerec-tomía por otros y de falta de controles de seguridad (2, 3, 94-97).

Se recomienda emplear la histerec-tomía como solución de último recurso. Se debe practicar para resolver determinados problemas de salud, como cáncer invasor, y en caso de urgencias médicas poco comunes necesarias para salvar la vida de la mujer. Si una mujer tiene tumores fibroides pero no presenta problemas de esterilidad ni otros síntomas, tal vez no se necesite la cirugía. Si una mujer tiene dolor en la región de la pelvis y se sugiere una histerec-tomía, se recomienda someterla primero a exámenes y buscar otras soluciones antes de practicar la cirugía (44).

Terapia de sustitución de estrógeno

El estrógeno desempeña un papel importante en las funciones reproductivas del cuerpo de la mujer. Estimula los cambios puberales en las niñas y su concentración aumenta antes de la ovulación, lo que estimula la liberación del óvulo. Durante el embarazo se producen enormes cantidades, que incrementan la concentración de esa hormona en la sangre circulante de la madre (98-100).

Desde 1960 se emplea la terapia de sustitución de estrógeno para tratar los síntomas de la menopausia, resultantes del proceso natural de envejecimiento o de cirugía. Se estima que unos 2,3 millones de mujeres reciben esa terapia en los Estados Unidos (44, 101).

Los beneficios de la terapia de sustitución de estrógeno parecen ser la protección contra la osteoporosis y la posibilidad de enfermedades cardiovasculares; sin embargo, para muchas mujeres así tratadas el riesgo de estas enfermedades puede ser poco o nulo, e incluye el vínculo entre el estrógeno y el cáncer de la mama. Varios estudios muestran que las mujeres que toman una dosis de 1,25 mg de estrógeno, la más común durante el decenio de 1970 y a comienzos del de 1980, por cinco años o más, duplican sus posibilidades de manifestación de cáncer de la mama. Las mujeres que toman una dosis mayor o que se mantienen con esa dosis durante un tiempo prolongado están expuestas al mayor riesgo. Se ha indicado que la mayor prevalencia de cáncer de la mama y el creciente uso de estrógeno son posibles problemas de salud pública (44, 101-105).

Wingo *et al.* descubrieron que el riesgo de cáncer de la mama aumentó para las mujeres sometidas a ovariectomía, tratadas con elevadas dosis de estrógeno por períodos prolongados, o con antecedentes de cáncer de la mama en la familia (102).

Las recomendaciones sobre el uso de la terapia de sustitución de estrógeno no están claras por falta de datos de investigación. Sin embargo, una recomendación general consiste en evitar el uso de estrógenos, si es posible. Si hay varios síntomas menopáusicos severos, como sequedad vaginal y oleadas de calor, se debe tomar una dosis baja (0,625 mg) por varios meses, pero no por más de un año. Esa terapia no se debe emplear para prevenir la osteoporosis ni la cardiopatía. Más bien, se debe recomendar una alimentación equilibrada y ejercicio para las mujeres más jóvenes, aunque estos beneficiarán a las mujeres de todas las edades (44).

Implantes mamarios de gel de silicona

Los implantes mamarios de gel de silicona se emplean para reconstruir la mama después de la mastectomía y, con más frecuencia, para aumentar su volumen. Desde 1963, de uno a dos millones de mujeres recibieron implantes en los Estados Unidos; 20% para reconstrucción de la mama después de cirugía por cáncer de la mama y 80% para aumentar el volumen del tejido mamario sano (106-109). En las publicaciones latinoamericanas se indica también que los implantes mamarios de gel de silicona se usan por las mismas razones (110-114). En las publicaciones de los Estados Unidos y América Latina se citan complicaciones relacionadas con los implantes mamarios (2, 3, 10, 106-114).

En los Estados Unidos, las mujeres han ganado millones de dólares en pleitos, en los que acusan al fabricante de negligencia. El 6 de enero de 1992, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) "instó encarecidamente a los fabricantes, médicos y pacientes a que aceptaran una moratoria indefinida, de carácter voluntario, respecto a la venta y al implante de esos dispositivos" (106). Esta medida de la FDA se tomó después de que varias mujeres se quejaron de perforación de los implantes, infecciones, endurecimiento de la mama y una afección causada por el ataque de los tejidos sanos por el sistema inmunitario del cuerpo. Se recomienda que las mujeres se abstengan de usar implantes mamarios de gel de silicona, que quienes los tengan se sometan a un examen anual y que, para fines de la precisión del mamograma, se lo informen al médico y al técnico correspondientes (10-12, 44, 106, 108, 115, 117).

RESUMEN

Esta breve reseña de las publicaciones sobre evaluación de la tecnología médica relativa al uso de cierto tipo de tecnología en la atención de salud de la mujer, indica que la tecnología reporta beneficios y riesgos; que puede haber sesgos para la mujer en la atención de salud proporcionada; que la mujer no ha estado debidamente representada en la investigación o los ensayos clínicos; que, en muchas sociedades, la creciente medicalización de la atención de salud de la mujer ha incrementado el número de intervenciones médicas en los procesos naturales de la vida de una mujer; que el uso de cierta tecnología está más estrechamente relacionado con la preferencia particular de un médico que cualquier otro criterio médico; que cierta tecnología médica se usa en exceso, sin preocuparse por el bienestar de la mujer; y que, según la información presentada en el trabajo de Restrepo, la tecnología de examen como la mamografía y la prueba de Papanicolaou, que podrían ayudar a prevenir el cáncer de la mama y cervicouterino, no se utilizan lo suficiente.

Es de suma importancia que los proveedores de atención de salud equilibren cuidadosamente los beneficios y riesgos de la tecnología médica antes de recomendar su uso. Hay que establecer prioridades sobre el uso del presupuesto de atención de salud y acentuar la prevención. Los proveedores de atención de salud deben establecer pautas y comités de revisión para racionalizar mejor el uso de la tecnología médica. Los hospitales de algunos países han negado ciertos privilegios a los médicos cuyo uso excesivo de una determinada tecnología resulta inaceptable.

Es aún más importante que las mujeres entiendan los beneficios y riesgos de cada tecnología prevista para empleo en su cuerpo. La mujer necesita informarse, hacer preguntas, leer, entender y pedir un análisis detallado de

la seguridad, los beneficios y los riesgos de la tecnología médica. Debe trabajar por su cuenta y, de ser necesario, en grupo, para exigir que el sector salud presente información precisa y adecuada sobre intervenciones de salud.

Es importante señalar que, en muchos países, la información sobre los beneficios y riesgos de las tecnologías médicas se presenta en los medios de información pública y se discute en foros políticos. Esas discusiones deben fomentarse en todos los niveles y sectores de las sociedades de América Latina y del Caribe.

REFERENCIAS

- (1) Sawyer, K. Health-care spending may reach 14% of GNP: Commerce Department predicts all-time high in '92. *The Washington Post*, 30 de diciembre de 1991.
- (2) Fox, E. y Coe, G. The use of health technologies for women: A research proposal. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- (3) Licha de Vargas, M. El uso de la tecnología en la salud integral de la mujer: revisión de la literatura. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- (4) Estados Unidos de América, Steering Committee on Future Health Scenarios. *Anticipating and Assessing Health Care Technology*, vols. 1 y 2. Boston, Martinus Nijhoff Publishers, 1987.
- (5) Banta, H.D., Behney, C. J. y Willems, J. S. *Toward Rational Technology in Medicine: Considerations for Health Policy*. Nueva York, Springer Publishing Company, 1981.
- (6) Estados Unidos de América. Office of Technology Assessment. The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology. Washington, D.C., 1980.
- (7) Faltermayer, E. Medical care's next revolution. *Fortune*, 10 de octubre de 1988, págs. 126-133.
- (8) The future of medicine. *The Economist*, 20 de octubre de 1990.
- (9) Hartman, B. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control & Contraceptive Choice*. Nueva York, Harper & Row, 1987.
- (10) Beck, M. et al. The politics of breast cancer. *Newsweek*, 10 de diciembre de 1990, págs. 62-65.
- (11) Cowley, G. et al. The pursuit of a terrible killer: Better treatments, but prevention is still a dream. *Newsweek*, 10 de diciembre de 1990, págs. 66-68.
- (12) Wallis, C. A puzzling plague: What is it about the American way of life that causes breast cancer? *Time*, 14 de enero de 1991, págs. 48-55.
- (13) Gelijns, A. C. (ed.). *Modern Methods of Clinical Investigation: Medical Innovation at the Crossroads*, vol. I. Washington, D.C., National Academy Press, 1990.
- (14) Ayanian, J. Z. y Epstein, A. M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary health disease. *N Engl J Med* 325(4):221-225, 1991.
- (15) Steingart, R. M. et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 325(4):226-230, 1991.
- (16) Healy, B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 325(4):274-276, 1991.
- (17) Amer, K. et al. Our bodies, their selves. *Newsweek*, 17 de diciembre de 1990.
- (18) Trafford, A. Gender bias in health care is no myth: Discrimination against women occurs in research and treatment. *The Washington Post*, 30 de julio de 1991.
- (19) Ungerleider, R. S. y Friedman, M. A. Special report: Sex, trials, and databases. *J. Natl Cancer Inst* 83(1):16-17, 1991.
- (20) Rosser, S. V. Re-visioning clinical research: Gender and the ethics of experimental design. *Hypatia* 4(2):125-139, 1989.
- (21) Estados Unidos de América. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Research activities, coronary procedures used less often for women than for men. Documento No. N146, octubre de 1991.
- (22) Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de tecnología: costos y beneficios del monitoreo fetal electrónico. Revisión de la literatura (traducción y adaptación del documento escrito por H. David Banta y Stephen B. Thacker, 1979). Washington, D.C., 1984.
- (23) Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la eficacia diagnóstica de determinantes técnicas de vigilancia fetal antes del parto (traducción y adaptación del documento escrito por Stephen B. Thacker y Ruth L. Berkelman, 1986). Washington, D.C., 1987.
- (24) Gabe, J. y Calnan, M. The limits of medicine: Women's perception of medical technology. *Soc Sci Med* 28(3):223-231, 1989.
- (25) Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Londres, Boyars, 1975.
- (26) Estados Unidos de América, Institute of Medicine and National Research Council. *Research Issues in the Assessment of Birth Settings*. Washington, D.C., National Academy Press, 1982.
- (27) National Research Council, Parnell, A. M. (ed). *Contraceptive Use and Controlled Fertility: Health Issues for Women and Children*. Washington, D.C., National Academy Press, 1989.
- (28) Cohen, M. *The Sisterhood*. Nueva York, Fawcett Columbine, 1988.
- (29) Randall, V. *Women and Politics: An International Perspective*, 2a edición. Chicago, The University of Chicago Press, 1987.
- (30) D'Onofrio-Flores y Pfafflin, S. M. (eds.). *Scientific-Technological Change and the Role of Women in Development*. (Published for the United Nations Institute for Training and Research.) Colorado, Wetview Press, 1982.
- (31) Shearer, M. H. Maternity patients' advocates in the 1990s: Changing debates. *Int J Technol Assess Health Care* 7(4), 1991.
- (32) Tancredi, L. R. Social and ethical implications in technology assessment. En: McNeil, B. J. y Cravalho, E. G. (eds.). *Critical Issues in Medical Technology*. Massachusetts, Auburn House Publishing Company, 1982.
- (33) Doyal, L. y Pennel, I. *The Political Economy of Health*. Boston, South End Press, 1981.
- (34) Goodman, L. E. y Goodman, M. J. Prevention—How misuse of a concept undercuts its worth. *Hastings Cent Rep* 16(2):26-38, abril de 1986.
- (35) Mastroianni Jr., L. y Donaldson, P. J. (eds.). *Developing New Contraceptives: Obstacles and Opportunities*. Washington, D.C., National Academy Press, 1990.
- (36) Family planning programs. *Popul Rep* 14(5), 1986.
- (37) Estados Unidos de América, Population Crisis Committee. Population: Issues in Contraceptive Development. Washington, D.C., mayo de 1985.
- (38) Naciones Unidas, Department of International Economic and Social Affairs. *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 1988*. Nueva York, 1989. Population Studies 110.
- (39) Hatcher, R. A., Stewart, F. et al. *Contraceptive Technology: 1990-1992*, 15a edición. Nueva York, Irvington Publisher, Inc., 1990.
- (40) Counselling clients about the pill. *Popul Rep* A(8), mayo de 1990.

- (41) Estados Unidos de América, Institute of Medicine. *Science and Babies: Private Decisions, Public Dilemmas*. Washington, D.C., National Academy Press, 1990.
- (42) Estados Unidos de América, National Research Council. *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Washington, D.C., National Academy Press, 1989.
- (43) International Planned Parenthood Federation. Special IPPF Medical Policy Statements Issue. IPPF International Medical Advisory Panel Meeting, noviembre de 1986. Londres, 1986.
- (44) Wolfe, S. M. y Jones, R. D. *Women's Health Alert*. Nueva York, Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1991.
- (45) Gelijns, A. C. y Pannenberg, C. O. K. The development of contraceptive technology: Incentives and disincentives to future innovation. Documento inédito, 1991.
- (46) Organización Panamericana de la Salud. Anticonceptivos y cáncer: no hay asociación. *Bol Of Sanit Panam* 112(2):163, 1992.
- (47) Condoms – Now more than ever. *Popul Rep* 18(3), 1990.
- (48) Estados Unidos de América. Institutos Nacionales de Salud. Consensus Development Conference Consensus Statement. The Use of Diagnostic Ultrasound Imaging in Pregnancy, 6-8 de febrero de 1984.
- (49) Waldenstrom, U., Axelsson, O., Nilsson, S., Eklund, G., Fall, O., Lindeberg, S. y Sjodin, Y. Effects of routine one-stage ultrasound screening in pregnancy: A randomised controlled trial. *Lancet* 10 de septiembre de 1988.
- (50) Thacker, S. B. Quality of controlled clinical trials: the case of imaging ultrasound in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 92:437-444, 1985.
- (51) Ziskin, M. C. y Petitti, D. B. Epidemiology of human exposure to ultrasound: a critical review. *Ultrasound Med Biol* 14(2):91-96, 1988.
- (52) Carstensen, E. L. Acoustic cavitation and the safety of diagnostic ultrasound. *Ultrasound Med Biol* 13(10):597-606, 1987.
- (53) Quereux, C., Mazili, M. L., Desroches, A., Garnier, R., Slaoui, K., Bajolle, F. y Wahl, P. Does ultrasound have an adverse effect on the fertility of women? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris) 15(2):159, 1986.
- (54) Estados Unidos de América, Administración de Alimentos y Medicamentos, Center for Devices and Radiological Health. Developing Educational Program for Users of Diagnostic Ultrasound Equipment. 24(8), agosto de 1990.
- (55) Cohen, R. y Zapata, L. Diagnóstico prenatal de las malformaciones del sistema nervioso central por ultrasonido. *Rev Obstet Ginecol* (Venezuela) 45(3):131-141, 1985.
- (56) Fernández, F. I. L., Parúas, T. R. y Perry, B. F. Cardiopatía congénita: informe de un caso diagnosticado intraútero por ultrasonido. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 12(4):431-435, 1986.
- (57) Gollop, T. R. y Eigier, A. Early prenatal ultrasound diagnosis of fetal hydrocephalus. *Rev Bras Genet* 10(3):575-580, 1987.
- (58) Grass, J., Gaete, L., Hernández, L., Fuenzalida, M., Illanes, J. y Lemus, D. Estudio de los efectos del ultrasonido en el tejido embrionario *in vitro*. *Rev Chil Pediatr* 54(3):153-158, 1983.
- (59) Marincolo, O. O., Burgo, C. R., Tessier, M. y Gruarin, J. Ultrasonidos en el diagnóstico de hidrocefalia durante la gestación. *Prensa Med Argent* 68(5):185-187, 1981.
- (60) Montenegro, C. A., Santos, P. R., Lima, M. L. y Lima, J. R. Empleo da ultra-sonografia no diagnóstico das anomalias fetais. *J Bras Ginecol* 91(1):33-37, 1981.
- (61) Ortiz, V., Perrone, E. L., Perrone, E. B., Barbosa, N., Felipe, C. R. y Lages, L. R. Diagnóstico intra-útero de hidronefrose através do ultra-som. *J Bras Urol* 10(4):142-144, 1984.
- (62) Pavani, M. A., Pellegrinetti, B. y Pinto, J. W. Avaliação do peso e da estatura fetal pelo ultra-som, utilizando-se varios parametros. *J Bras Ginecol* 91(3):185-188, 1981.
- (63) Sklovsky, E. y Maia, C. R. Ecografía: Avaliação de idade gestacional e crescimento intra-uterino. *Rev HCPA Fac Med UFRGS* 4(1):103-105, 1984.
- (64) Zacharias, S., Romero, C. y Salas, P. Diagnóstico de la ovulación en tres ciclos menstruales consecutivos mediante ultrasonido de tiempo real. *Rev Chil Obstet Ginecol* 48(4):219-227, 1983.
- (65) Mc Cusker, J., Harris, D. R. y Hosmer, D. W. Association of electronic fetal monitoring during labor with cesarean section rate and with neonatal morbidity and mortality. *Am J Public Health* 78(9):1170-1174, 1988.
- (66) Banta, H. D. y Thacker, S. B. *Costs and Benefits of Electronic Fetal Monitoring: A Review of the Literature*. Washington, D. C., U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Office of Health Research, Statistics, and Technology, 1979. Research Report Series.
- (67) Belitzky, R., Thevening, F., Marinho, E. y Tenzer, S. M. El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas – aproximación de un diagnóstico de situación (documento de trabajo). Primera fase del Estudio Colaborativo Epidemiología de la Cesárea. Montevideo, Uruguay, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1988. Publicación CLAP No. 1160.
- (68) Afanador, R. J., Montoya, S. G. y Correa, U. A. Monitoría fetal anteparto en relación con la morbi-mortalidad fetal en el Hospital de San José de Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 35(6):430-439, 1984.
- (69) Cazenave, H., Fritis, M., Bierschwale, H., Chong, E., Lavin, P., Vergudo, D. y Blumel, J. Monitorización electrónica fetal: valor pronóstico de la prueba no estresante. *Rev Chil Obstet Ginecol* 51(3):237-251, junio de 1986.
- (70) Díaz, Q. L., Salinas, P. R. y Rubio, M. R. Monitorización “no estresante” en el embarazo de alto riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 46(6), 1981.
- (71) Faneite, A. P. J. Monitoreo antenatal no estresante en embarazo de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 43(1), 1983.
- (72) López, G. R., Castelazo, M. E. y Karchmer, K. S. Validación clínica de las pruebas cardiotocográficas anteparto. *Ginecol Obstet Mex* 51(313), mayo de 1983.
- (73) Medina, M. J. E. y Bechara, Ch. J. Monitoría fetal anteparto en la Unidad de Alto Riesgo del Hospital San Ignacio. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 33(4), julio-agosto de 1982.
- (74) Morais, E. N. y Mottcey, C. S. Association between variable deceleration of fetal heart rate during labor and Apgar score. *J Bras Ginecol* 94(5), mayo de 1984.
- (75) Motola, L., Piñón, E., Veranes, M. y Pérez, L. Monitoreo fetal anteparto: concordancia interespecialista. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 11(1), enero-marzo de 1985.
- (76) Motola, L., Piñón, E., Veranes, M. y Pérez, L. Monitoreo fetal intraparto: concordancia interespecialista. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 11(1), enero-marzo de 1985.
- (77) Neiva, G. J., Gonçalves, J. C. M., Ribeiro, A. P. R., Lasmar, R. B., Miranda, V. R., Correa, F. M. L., Cesarino, P. M. J. y Palma, F. O. M. Analytical study of basal cardiotocography influence on high risk pregnancy in the Hospital Maternidade Carmela Dutra. *Rev Bras Ginecol Obstet* 3(4):161-165, 1981.

- (78) Nunes, M. E., Mauad, F. F., Maranhão, O. T. M. y Bailão, L. A. Critical study of fetal risks and complications of obstetrical monitoring. *J Bras Ginecol* 91(3):195-197, 1981.
- (79) Taffel, S. M., Placek, P. J. y Liss, T. Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. *Am J Public Health* 77(8):955-959, 1987.
- (80) Shiono, P. H., Fielden, J. G., Mc Nellis, D., Rhoads, G. G. y Pearse, W. H. Recent trends in cesarean birth and trial of labor rates in the United States. *JAMA* 257(4):494-497, 1987.
- (81) Barros, F. C., Vaughan, J. P. y Victoria, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy Plan* 1(1):19-29, 1986.
- (82) Vargas, G. W. y Vargas, M. G. Prevalencia de operaciones cesáreas en hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. *Rev Costarric Cienc Med* 3(2):189-192, 1982.
- (83) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. El nacimiento por cesárea hoy. *Salud Perinatal* 3(9):101-117, 1989.
- (84) Enkin, M. W. Translating good evidence into good practice: The consensus approach. Documento presentado en la Interregional Conference on Appropriate Technology Following Birth (OPS/EURO). Trieste, Italia, 7-11 de octubre de 1986.
- (85) Belitzky, R., Thevening, F., Marinho, E. y Tenzer, S. M. El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas - aproximación de un diagnóstico de situación (documento de trabajo). Primera fase del Estudio Colaborativo Epidemiología de la Cesárea. Montevideo, Uruguay, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1988. Publicación CLAP 1160.
- (86) Notzon, F. C., Placek, P. J. y Taffel, S. M. Comparisons of national cesarean-section rates. *N Engl J Med* 316:386-389, 1987.
- (87) Sheehan, K. H. Cesarean section for dystocia: A comparison of practices in two countries. *Lancet* 7 de marzo de 1987, págs. 548-551.
- (88) Banco Mundial. Brazil: Public spending on social programs; issues and options. Washington, D.C., 27 de mayo de 1988. Report No. 7086-BR.
- (89) Estados Unidos de América, Office of Technology Assessment. Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies. Washington, D.C., Government Printing Office, 1978.
- (90) Estados Unidos de América, Office of Technology Assessment. The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology, Case Study # 15: Elective Hysterectomy: Costs, Risks, and Benefits. Washington, D.C., Government Printing Office, 1980.
- (91) National Center for Health Statistics, Pokras, R. y Hufnagel, V. Hysterectomies in the United States, 1965-1984. Vital and Health Statistics, Series 13, # 92, DHHS Pub. No. (PHS) 88-1753, Public Health Service. Washington, D.C., Government Printing Office, 1987.
- (92) Harrison, D. D. y Cooke, C. W. An elucidation of factors influencing physicians' willingness to perform elective female sterilization. *Obstet Gynecol* 72(4):565-570, 1988.
- (93) Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Research Activities, Hysterectomy Outcomes to be Examined. Washington, D.C., diciembre de 1991.
- (94) Aguero, O. *et al.* Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 43(1):17-22, 1983.
- (95) Cubillos, P. *et al.* Histerectomías innecesarias en Cali, 1972-1974. *Acta Med Univ del Valle* 7(2):53-55, 1976.
- (96) Matheus M. *et al.* Histerectomía na infeco materna: Quando indicar? *J Bras Ginecol* 96(8):387-390, 1986.
- (97) Rodríguez, C. S. y Alatorre, A. H. Las complicaciones postoperatorias de la histerectomía radical. *Ginecol Obstet Mex* 50(301):103-106, 1982.
- (98) Murad, F. y Haynes, Jr., R. C. Estrogens and progestins. En: Goodman, A., Gilman, L. S., Goodman, T. W., Murad, R. y Murad, F. (eds.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 7a ed. Nueva York, Mac Millan Publishers, 1985.
- (99) Miller, A. B. Breast cancer epidemiology, etiology, and prevention. En: Harris, J. R., Hellman, S., Henderson, I. C. y Kinne, D. W. (eds.). *Breast Diseases*. Filadelfia, Lipincott, 1987.
- (100) Schuler, M. (ed). *Empowerment and the Law: Strategies of Third World Women*. Washington, D.C., OEF International, 1986.
- (101) Wingo, P. A. *et al.* The risk of breast cancer in postmenopausal women who have used estrogen replacement therapy. *JAMA* 257 (2):209-215, 1987.
- (102) Bush, T. L. *et al.* Noncontraceptive estrogen use and cardiovascular disease. *Epidemiol Rev* 7:80-104, 1985.
- (103) Antunes, C. M., Stolley, P. D., Rosensheim, N. B., Davies, J. L., Tonascia, J. A., Brown, C., Burnett, L., Rutledge, A., Pokempner, M. y García, R. Endometrial cancer and estrogen use-report of a large case-control study. *N Engl J Med* 300:9-13, 1979.
- (104) Jick, H., Watkins, R. N., Hunter, J. R., Dinan, B. J., Madsen, S., Rothman, K. J. y Walker, A. M. Replacement estrogens and endometrial cancer. *N Engl J Med* 300:218-222, 1979.
- (105) Saffe, I. E., Motta, A. W., Falaschi, A. M., Oscese, J. E. y Lorfi, H. Lesiones precursoras del cáncer endometrio. *Obstet Ginecol Lat Am* 42(3/4):144-150, 1984.
- (106) Booth, W. Breast Implant Ads Called Misleading: "Misti Gold" Devices Impounded after FDA Allegations. The Washington Post, 1 de agosto de 1991.
- (107) Rensberger, B. FDA urges a moratorium on silicone breast implants. *The Washington Post*, 7 de enero de 1992.
- (108) Ingersoll, B. FDA review of dow corning documents led to call for moratorium on implants. *Wall Street Journal*, 13 de enero de 1992.
- (109) Postrel, V. Science and vanity, implants: Medicine, feminism and freedom. *The Washington Post*, 26 de enero de 1992.
- (110) Neiva, J. Hopomastia e ausencia congenita de musculatura peitoral. *Rev Bras Cir* 74(5):245-248, 1984.
- (111) Montoreano, I. E. y Pujato, D. Reconstrucción de mama postmastectomía. *Rev Argent Cir* 50(1/2):22-34, 1986.
- (112) Piza, B. T. Siliconose de mama. *J Bras Ginecol* 92(4):171-173, 1981.
- (113) Marques, A. *et al.* Correção cirurgica imediata de pequena exturso de patese mamaria de silicone. *Rev Bras Cir* 75(6):437-441, 1985.
- (114) Lodovici, O. *et al.* Mastectomia subcutanea e reconstrução mamaria por retalhos dermogordurosos. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo* 39(4):141-147, 1984.

(115) Cowley, G. *et al.* Calling a halt to the big business of silicone implants: Dow Corning's internal memos prompt FDA action. *Newsweek*, 20 de enero de 1992.

(116) Estados Unidos de América, Administración de Alimentos y Medicamentos. Thirtieth Meeting of the General and

Plastic Surgery Section of the Surgical and Rehabilitation Devices Panel, VI, 26 de enero de 1983.

(117) Goldwyn, R. M. Breast reconstructions after mastectomy. *N Engl J Med* 317(27):1711-1714, 1987.

HIGIENE E INFECCION FEMENINAS: SINDROME DE CHOQUE TOXICO EN LA MUJER

Gabriel A. Schmunis¹

A comienzos del decenio de 1980 se tuvieron los primeros informes sobre una enfermedad desconocida que estaba afectando a la mujer. Se podría decir que esta insólita afección es una consecuencia del progreso, debido a que se originó en los dispositivos creados para que la mujer pudiera enfrentar con mayor facilidad un proceso fisiológico femenino: la menstruación. La enfermedad afectó principalmente a las mujeres del mundo desarrollado, quienes comenzaron a emplear esos dispositivos cada vez con más frecuencia después de la Segunda Guerra Mundial, período que desencadenó un rápido cambio de su función en la sociedad. La necesidad de tener dos ingresos en la familia, ya sea para mantener un nivel adecuado de vida en los países desarrollados o para sobrevivir a duras penas en el mundo en desarrollo, hizo más atractivos los métodos que daban mayor libertad de movimiento a la mujer, con lo que se facilitó la tarea de trabajar fuera del hogar. Lamentablemente, un conjunto de factores, algunos conocidos y otros ignorados, puede haber transformado un dispositivo destinado a dar comodidad a la mujer en un factor de riesgo para su salud.

PROTECCION CATAMENIAL

A lo largo de la historia, la mujer se ha cuidado durante la menstruación de diferentes maneras: primero, con una almohadilla hecha con pasto o fibras de raíces absorbentes y, más tarde, con rudimentarias almohadillas sanitarias internas que eran fabricadas con papiro suave en Egipto, material de

origen vegetal en Indonesia o papel enrollado en el Japón. Las mujeres de la época del Imperio Romano y varias generaciones de mujeres de las naciones europeas acostumbraban usar vendas de tela, que se lavaban, secaban y volvían a usar y a veces se sujetaban con ganchos a la ropa interior (1). A fines del siglo XVIII en Francia se usaban paños de lino enrollados y empapados en vinagre para controlar la hemorragia y la leucorrea. Ya en el siglo XIX, varios médicos europeos empleaban también tampones para controlar el flujo vaginal que no era propio de la menstruación (2).

Sin duda alguna los paños o toallas protectores eran voluminosos e incómodos. Además, su aspereza puede haber producido lesiones cutáneas (1).

La primera toalla sanitaria sujeta con un cinturón apareció en el mercado de Inglaterra a fines del siglo XIX y representó un gran adelanto para las mujeres pudientes, que tenían los medios para comprarla. Mejor todavía fue la primera toalla sanitaria desechable, hecha de algodón hidrófilo cubierto de gasa, que se adoptó en 1896. Sin embargo, su distribución fue limitada y casi no tuvo publicidad para no avergonzar a las posibles usuarias.

Durante la Primera Guerra Mundial se lanzó al mercado una toalla perineal o sanitaria desechable. El tejido Gamgee, material excelente para vendajes quirúrgicos, se convirtió en un magnífico elemento de protección sanitaria, debido a su propiedad absorbente, y por ser liviano, suave y desechable (1).

Algunos años más tarde, en 1921, se descubrió un material mejor que el algodón para la fabricación de toallas sanitarias, consistente en varias capas de relleno de celulosa envueltas en gasa. Poco más de un decenio después, en 1933, se patentó en los Estados Unidos de América un

¹ Coordinador, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

tampón vaginal de algodón que se introducía con un aplicador de cartón enrollado (1, 3).

A mediados del decenio de 1920 se comenzaron a anunciar las toallas sanitarias en los Estados Unidos. La publicidad se amplió en el decenio siguiente, cuando también los tampones se anunciaron a escala nacional (1, 2).

Las toallas sanitarias han evolucionado con el paso del tiempo. La toalla cuadrada ha cambiado su forma para amoldarse al contorno del cuerpo y ofrecer máxima absorción donde más se necesite. Actualmente, muchas toallas tienen una capa inferior impermeable para evitar la filtración de sangre y contienen material hidrófilo para retirar líquido de la vulva. A comienzos del decenio de 1970 se introdujeron toallas con una banda inferior adherible al interior de las bragas. También se han perfeccionado los elementos constituyentes de los tampones y ahora algunos tienen un tubo de aplicación que se adapta al contorno del cuerpo (1).

En la mayoría de los países, los tampones representan menos del 30% del uso de productos cataméniales, en comparación con un 44 a 70% en los Estados Unidos (4-6). Pese a que el uso de los productos de higiene femenina está ya bastante difundido, la caída de la Unión Soviética ha creado un mercado nuevo de 70 millones de mujeres ansiosas de usar tampones para reemplazar las toallas sanitarias de algodón blanqueado y gasa que ellas mismas fabrican (7).

EL PROBLEMA

En los últimos meses de 1979 y en enero de 1980 se comenzó a informar en las publicaciones médicas de los Estados Unidos que las mujeres menstruantes sanas, bastante jóvenes y blancas eran hospitalizadas con fiebre, erupción cutánea, hipotensión y deterioro de varios sistemas orgánicos.² A la enfermedad se le dio el nombre de síndrome de choque tóxico. Aunque el nombre es nuevo, el síndrome ya se conocía (8). Anteriormente se habían registrado síntomas similares en niños y adultos, atribuidos a *Staphylococcus aureus* (9-14).

El comienzo de los síntomas de la mayoría de las enfermas coincidía con la menstruación. En mayo de 1980 se tuvieron los resultados de una amplia búsqueda nacional de casos: el 95% de los 55 casos descubiertos correspondió a mujeres. Trece pacientes habían tenido antes episodios de la misma enfermedad, y de las 40 pacientes con antecedentes menstruales conocidos el 95% de los casos se había iniciado con la menstruación (5, 6, 15-17).

La edad media de las mujeres afectadas era de 22, 6 años, mucho menor que la de las no menstruantes que padecían el síndrome; un tercio de los casos correspondió a adolescentes (18, 19). Fue sorprendente que la mayoría de los casos hubieran sido de mujeres blancas, fenómeno mucho menos marcado en las no menstruantes afectadas por el síndrome (de 97 a 87%) (19). No hubo diferencias entre los casos y testigos en cuanto al flujo menstrual observado por la mujer el día del comienzo de los síntomas o al flujo menstrual del día anterior. Ni las medidas de higiene, como duchas y supositorios vaginales, desodorantes femeninos y baño en la tina o la ducha, ni las prácticas sexuales como el coito, el estímulo digital y el uso de vibradores antes del período menstrual o durante este, guardaron relación con la enfermedad ni con los antecedentes de salud de la paciente, incluso las enfermedades de transmisión sexual y vaginitis. Las únicas excepciones significativas fueron la frecuencia de vaginitis durante el año anterior a la enfermedad; la existencia de una enfermedad caracterizada por fiebre, erupción cutánea, diarrea, mareo y vómito durante el período menstrual anterior al período índice, y antecedentes de ligación de las trompas de Falopio. Por otra parte, se descubrió que los anticonceptivos orales tenían un probable efecto protector contra el síndrome (2, 20-23). Hasta 1990 se habían notificado más de 3300 casos, pero desde que se tuvo noticia de los primeros, se redujeron la incidencia de esa enfermedad y la mortalidad que causa (5, 6, 24). También se han notificado casos del síndrome menstrual fuera de los Estados Unidos (25, 26).

ORIGEN DEL PROBLEMA

El síndrome de choque tóxico menstrual guardó relación con el uso de tampones en los estudios de casos y testigos (15, 16, 27, 28). Asimismo, durante el decenio de 1970 se indicó que los tampones causaban ulceraciones vaginales y cervicales, principalmente a las mujeres que usaban los superabsorbentes, o utilizaban tampones en forma continua para fines distintos del de la protección menstrual (2, 6, 29-31).

Los estudios microbiológicos indicaron que casi todas las pacientes afectadas por el síndrome tenían cepas de *S. aureus* en la vagina o el cuello uterino (15, 16), que producían proteínas marcadoras características llamadas toxinas del choque tóxico (32, 33).

Estudios posteriores confirmaron la incidencia mucho mayor del síndrome en las mujeres y su relación con la menstruación y el uso de tampones (2, 6, 20, 21, 27, 28). Solo el 1% de los casos guardó relación con el uso de toallas sanitarias de tamaño regular o pequeño (18); un número de casos del síndrome todavía menor fue ocasionado por el uso de esponjas vaginales anticonceptivas (34).

² Definición de caso: fiebre, erupción cutánea, hipotensión y descamación de 7 a 14 días después del comienzo de los síntomas. Deben estar afectados tres sistemas orgánicos y ser negativos los resultados de los análisis de detección de fiebre maculosa de las Montañas Rocosas, leptospirosis, rubéola e infección causada por estreptococos del grupo A o por cualquier otra bacteria, excepto *S. aureus*.

Un conjunto de factores parece influir en la manifestación del síndrome, como el comienzo de la menstruación, el uso de tampones y la carencia en las mujeres de anticuerpos contra las toxinas del choque tóxico. Sin embargo, el descubrimiento de que las pacientes afectadas por el síndrome tienen una menor cantidad de anticuerpos contra esas toxinas u otras enterotoxinas estafilocócicas puede ser un indicio de que el deterioro de la reacción inmunitaria también contribuye a la patogénesis (35). Puesto que en el decenio de 1950 ya había *S. aureus* productor de las toxinas citadas y la prevalencia de anticuerpos contra estas últimas no varió mucho con el tiempo (36, 37), los tampones fueron evidentemente el elemento causal posible de mayor importancia. Tampones de diferente composición no fomentan la proliferación de *S. aureus*, pero pueden incrementar la producción de toxinas (38) y además modificar el medio vaginal eliminando algunos factores. Eso podría reducir la proliferación de lactobacilos, lo que permitiría que *S. aureus* se propagara sin control (39).

Se observó un gran incremento del riesgo del síndrome en las usuarias de tampones de gran absorción, siendo mucho mayor para una de las marcas del producto (2, 6, 28, 40, 41). Después que se retiraron del mercado los tampones de poliacrilato en 1985, se redujo el número de casos notificados del síndrome, hecho que sugiere que existe un vínculo más estrecho entre los casos y el grado de absorción de los tampones (6).

El riesgo del síndrome aumentó en un 37% al incrementarse en 1 g el grado de absorción de los tampones de poliacrilato y algodón o rayón. Sin embargo, después de hacer el ajuste correspondiente a la absorción, los tampones de fibra de poliacrilato acarrearán un riesgo del síndrome menor que el de los de algodón o rayón (42).

Los estudios de la composición cuantitativa y cualitativa de la microflora vaginal en todo el ciclo menstrual, en un limitado número de mujeres, indicaron que los fenotipos bacterianos se mantuvieron bastante constantes, pero que el número de bacterias de cada especie varió con el tiempo. Si bien el número total de microorganismos anaerobios se mantuvo relativamente constante, se produjo un aumento significativo del número de los aerobios durante la última semana del ciclo. Se descubrió que la variación fenotípica durante la menstruación era mayor que la observada en el período intermenstrual, pero el número total de bacterias no cambió significativamente (43-45).

Se ha intentado relacionar las características de la microflora durante el ciclo menstrual con las toallas y los tampones catameniales confeccionados con diversos materiales como algodón blanqueado, 70% de algodón y 30% de rayón de viscosa, y rayón de poliacrilato. Sin embargo, los resultados indicaron que los cambios cuantitativos y cualitativos se produjeron independientemente del producto cataménial empleado, fuese tampón o toalla.

En general, el recuento bacteriano total disminuyó durante la menstruación y el de las muestras tomadas de los tampones fue menor que el de los recogidos simultáneamente con torundas de algodón (46-48). Sin embargo, los tampones pueden servir de nido para la proliferación microbiana incontrolada dentro de la vagina o pueden modificar el medio del cuello uterino y de la vagina, favoreciendo la absorción o producción de toxinas o ambas cosas (5). Se ha sugerido que los iones de magnesio son un factor importante para controlar la producción de toxinas (49).

Se encontró que la producción de toxinas es mayor a 37°C que a 30 ó 40°C, pero la anaerobiosis y una concentración de glucosa de más de 0,3% inhiben ese proceso (50). Sin embargo, cuanto menor sea la concentración de iones de magnesio, mayor será la producción de toxinas. Este descubrimiento fue particularmente interesante porque se demostró que los materiales empleados en la fabricación de los tampones de alta absorción causantes del síndrome ocasionaron una concentración de iones de magnesio que incrementó la producción de toxinas (49).

Aunque varias pruebas fehacientes señalan que las toxinas son el agente causal del síndrome, no todos los microorganismos *S. aureus* aislados de las pacientes produjeron toxinas. En consecuencia, se cree que otras toxinas pueden ser importantes en algunos casos (51).

Al parecer, el uso de tampones es causa del mayor riesgo de contraer el síndrome que tienen las mujeres en comparación con los hombres (5, 52). Parece ser decisiva la composición química de los tampones en lo que se refiere a su grado de absorción. Diferentes tipos de tampones tienen material absorbente de composición distinta; unos se fabrican con una cuerda para retirarlos y otros, con un tejido que cubre el material absorbente. Los aplicadores son de polietileno, polipropileno o cartón enrollado (2).

No se ha comprobado que el tejido, el aplicador ni la cuerda de los tampones agraven el riesgo de contraer el síndrome (2). También se evaluaron otros factores relacionados con los tampones, como el método de inserción, la cantidad utilizada, la frecuencia del cambio y la duración del uso. Al parecer, ninguno fue importante (2, 40). Sin embargo, se descubrió que la capacidad de retención o absorción de líquido del tampón está muy relacionada con el riesgo de contraer el síndrome (2, 5, 20, 28). El hecho de que la mayoría de los casos de este se hayan registrado en los Estados Unidos refleja tal vez la existencia de un sistema de vigilancia y notificación, así como la elevada frecuencia del uso de tampones. Existe una estrecha correlación entre el origen étnico de las pacientes y el uso de tampones, con un mayor uso por mujeres blancas que no blancas. Esto podría estar vinculado con la situación socioeconómica, entre otros factores, pero todavía no existen datos que apoyen esta hipótesis (52).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Los medios de comunicación le asignan hoy menor importancia al síndrome de choque tóxico como enfermedad de la mujer, y no se hace suficiente hincapié en su prevención evitando el uso de tampones demasiado absorbentes. Las mujeres continúan empleándolos en gran escala y la publicidad ha sido, y sigue siendo, decisiva para promover el uso de productos para protección catamenial. La industria publicitaria apenas ha comenzado a cambiar sus tácticas de promoción, ya que esos productos representan un volumen anual de ventas de \$US 1000 millones en todo el mundo.

Tras la amplia cobertura que en 1980 los medios de comunicación dieron al síndrome (este pasó a ocupar el tercer lugar entre las noticias de mayor importancia en los Estados Unidos, después de la situación de los rehenes en el Irán y las elecciones presidenciales [53]), se observó una drástica baja de la venta de tampones en el mercado de productos catameniales. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el 70% de las mujeres usaba tampones en julio de 1980, pero esa cifra era de solo 55% en noviembre y diciembre de ese año. Se observó un cambio similar de los hábitos de las adolescentes al reducirse en un 20% el uso de tampones por ese grupo durante el mismo período (53, 54). La tendencia descendente de las ventas de tampones cambió en enero y febrero de 1981 y comenzó a aumentar en forma gradual. Aun así, la proporción de toallas sanitarias en el mercado había aumentado un 18% en junio de 1981, en comparación con el volumen de ventas de agosto de 1980 (2).

Los estudios sobre el uso de tampones por las mujeres, realizados después del momento de mayor cobertura publicitaria en los medios de comunicación y de una amplia distribución de material informativo sobre el síndrome causado por esos productos, sugirieron que se había afectado su patrón de uso (53-54). Pese a ello, entre el 70 y el 75% de las mujeres de 15 a 24 años, integrantes del grupo expuesto al mayor riesgo de contraer el síndrome de choque tóxico menstrual, sigue usando tampones (2, 55). Cuando se retiró del mercado una de las marcas de tampones demasiado absorbentes, por haberse establecido su relación estadística con el síndrome, tomó tiempo llenar el mercado con otras marcas de las mismas características (53). Aunque ahora se exige que los fabricantes adviertan que esos productos acarrearán el riesgo de que se produzca el síndrome, las mujeres siguen usándolos. Además, aun en los Estados Unidos, la rotulación de los tampones es muy confusa, de modo que es difícil para las consumidoras determinar su grado de absorción (53).

El síndrome de choque tóxico menstrual sigue detectándose, pero en proporción mucho menor (24). No obstante, sirve como ejemplo de la necesidad de contar con

un sistema epidemiológico nacional que permita descubrir los brotes, agentes etiológicos y factores de riesgo. La falta de notificación de casos en el mundo en desarrollo puede estar indicando únicamente que no existe un sistema de esa naturaleza.

REFERENCIAS

- (1) Jones, I. H. The history of sanitary protection. *Nurs Times*, marzo 6, 407-408, 1980.
- (2) Osterholm, M. I., Davis, P. J., Gibson, W.R. *et al.* Toxic-shock syndrome: Relation to catamenial products, personal health and hygiene and sexual practices. *Ann Intern Med* 96 (parte 2): 954-958, 1982.
- (3) Thorton, M. J. The use of vaginal tampons for the absorption of menstrual discharges. *Am J Obstet Gynecol* 46:259-265, 1943.
- (4) Menstrual tampons and pads survey. *Consum Rep* marzo, 127-131, 1978.
- (5) Chesney, P. J., Bergoll, M. S., Davis, J. P. y Vergeront, J. M. The disease spectrum, epidemiology, and etiology of toxic-shock syndrome. *Am Rev Microbiol* 38:315-338, 1984.
- (6) Broome, C. V. Epidemiology of toxic-shock syndrome in the United States: Overview. *Rev Infect Dis* 2 (Supp 1):514-521, 1989.
- (7) Carrington, T. Ukraine's women love these two firms. *Wall St J* febrero 6, A10, 1992.
- (8) Bollet, A. J. Toxic-shock syndrome: A new disease but an old phenomenon. *Conn Med* 45:223-224, 1981.
- (9) Stevens, F. A. The occurrence of *staphylococcus aureus* infection with a scarlatiniform rash. *JAMA* 88:1957-1958, 1927.
- (10) Aranow, H., Jr. y Wood, W. B., Jr. Staphylococcal infection simulating scarlet fever. *JAMA* 119:1491-1495, 1942.
- (11) Dunnet, W. B. y Schallibaum E. M. Scarlet-fever-like due to staphylococcal infection. *Lancet* 2:1227-1229, 1960.
- (12) Feldman, C. A. Staphylococcal scarlet fever. *N Engl J Med* 267:877-878, 1962.
- (13) MacCloskey, R. W. Scarlet fever and necrotizing fasciitis caused by coagulase-positive hemolytic *staphylococcus aureus*, Phase Type 85. *Ann Intern Med* 78:85-87, 1973.
- (14) Todd, J., Fishaut, M., Kapral, F. y Welch, T. Toxic-shock syndrome associated with phage-group 1 staphylococci. *Lancet* 2:1116-1118, 1978.
- (15) Davis, J. P., Chesney, P. J., Wand, P. J. y La Venture M. Investigation and Laboratory Team. Toxic-shock syndrome. Epidemiologic features recurrence, risk factors, and prevention. *N Engl J Med* 303:1429-1435, 1980.
- (16) Shands, K. N., Schmid, G. P., Dan, B. B. *et al.* Toxic-shock syndrome in menstruating women: Association with tampon use and *staphylococcus aureus* and clinical features in 52 cases. *N Engl J Med* 303:1436-1442, 1980.
- (17) Minnesota Department of Health. *Dis Control Newsletter* 7 (8): 1980.
- (18) Centers for Disease Control. Update: Toxic-shock syndrome. United States. *MMWR*. 32:398-400, 1983.
- (19) Reingold, A. L., Hargrett, N. T., Shands, K. N. *et al.* Toxic-shock syndrome in the United States, 1980-1981. *Ann Intern Med* 96 (Parte 2):875-880, 1982.
- (20) Osterholm, M. T., Davis, J. P., Gibson, R. W., Mandel, J. S., Wintermeyer, L. A., Helms, C. M., Forfang, J. C., Rondeau, J. y Vergeront, J. M. The investigation team. Tri-state toxic-shock syndrome study. I. Epidemiologic findings. *J Infect Dis* 145:431-440, 1982.

- (21) Osterholm, M. T. y Forfang, J. C. Toxic-shock syndrome in Minnesota: Results of an active-passive surveillance system. *J Infect Dis* 145:458-464, 1982.
- (22) Shelton, J. D. y Higgins, J. E. Contraception and toxic-shock syndrome: A reanalysis. *Contraception* 24:631-633, 1981.
- (23) Lanes, S. F., Poole, C., Dreyer, N. A. y Lanza, L. L. Toxic-shock syndrome, contraceptive methods, and vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 154:989-991, 1986.
- (24) Anonymous. Reduced evidence of toxic-shock syndrome: United States, 1980-1990. *MMWR* 39:421, 1990.
- (25) Institute of Medicine. Toxic-shock syndrome. Washington, D.C.: National Academy Press, 1982.
- (26) Clayton, A. J. Toxic-shock syndrome in Canada. *Ann Int Med* 96 (Parte 2):881-882, 1982.
- (27) Kehrberg, M. N., Latham R. H., Haslam, B. T. *et al.* Risk factors for staphylococcal toxic-shock syndrome. *Am J Epidemiol* 114:873-879, 1981.
- (28) Schlech, W. F., Shands, K. N., Reingold, A. L. *et al.* Risk factors for development of toxic-shock syndrome: Association with a tampon brand. *JAMA* 248:835-839, 1982.
- (29) Barrett, K. F., Bledsoe, S., Greer, B. E. y Droegemue-ller, W. *Am J Obstet Gynecol* 144:386-388, 1977.
- (30) Friedrich, E. G. y Siegesmund, K. A. Tampon-associated vaginal ulcerations. *Obstet Gynecol* 55:149-156, 1980.
- (31) Jimerson, S. D. y Becker, J. D. Vaginal ulcers associated with tampon usage. *Obstet Gynecol* 56:97-99, 1980.
- (32) Bergdoll, M. S., Crass, B. A., Reisner, R. F. *et al.* A new staphylococcal enterotoxin, enterotoxin F., associated with toxic-shock syndrome *staphylococcus aureus* isolates. *Lancet* 1:1017-1021, 1981.
- (33) Schlievert, P. M. Enhancement of host susceptibility to lethal endotoxin shock by staphylococcal pyrogenic exotoxin Type C. *Infect Immun* 36:123-128, 1982.
- (34) Anonymous. Toxic-shock syndrome and the vaginal contraceptive sponge. *MMWR* 33:43, 1984.
- (35) Crass, B. A. y Bergdoll, M. S. Toxin involvement in toxic-shock syndrome. *J Infect Dis* 153:918, 1986.
- (36) Altemeier, W. A., Lewis S. A., Schlievert, P. M. *et al.* *Staphylococcus aureus* associated with toxic-shock syndrome. *Ann Intern Med* 96 (Parte 2):978-982, 1982.
- (37) Vergeront, J. M., Stolz, S. J., Crass, D. B. *et al.* Prevalence of serum antibodies to staphylococcal enterotoxin F. among Wisconsin residents: implications for toxic-shock syndrome. *J Infect Dis* 148:692-698, 1983.
- (38) Lee A. C., Crass B. A. Toxic-shock antigen production in tampons by *Staphylococcus aureus*. *Am Soc Microbiol Abstr* B27:59, 1983.
- (39) Sanders, C. C., Sanders, W. E., Jr., y Fagnant, J. E. Toxic-shock syndrome: An ecologic imbalance within the genital microflora of women? *Am J Obstet Gynecol* 142:977-982, 1982.
- (40) Helgerson, S. D. y Foster, L. R. Toxic-shock syndrome in Oregon. Epidemiologic findings. *Ann Intern Med* 96 (Parte 2):909-911, 1982.
- (41) Latham, R. H., Kehrberg, M. W., Jacobson, J. A. y Smith, C. B. Toxic-shock syndrome in Utah: A case-control and surveillance study. *Ann Intern Med* 96 (Parte 2):906-908, 1982.
- (42) Berkley, S. F., Hightower, A. W., Broome, C. V. y Rein-gold, A. L. The relationship of tampon characteristics to men-strual toxic-shock syndrome. *JAMA* 258:917-920, 1987.
- (43) Bartlett, J. G., Onderdonk A. B., Drude, E., Goldstein, C., Anderka, M., Alpert, S. y McCormack, W. M. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. *J Infect Dis* 136:271-277, 1977.
- (44) Sautter, R. L. y Brown, W. J. Sequential vaginal cultures from normal young woman. *J Clin Microbiol* 11:479-484, 1980.
- (45) Johnson, S. R., Petzold, C. R. y Galask, R. P. Qualita-tive and quantitative changes of the vaginal microbial flora dur-ing the menstrual cycle. *Am J Reprod Immunol Microbiol* 9:1-5, 1985.
- (46) Onderdonk, A. B., Zamarchi, G. R., Rodriguez, M.L., Hirsch M. L., Muñoz, A. y Kass, E. H. Quantitative assessment of vaginal microflora during use of tampons of various com-positions. *Appl Environ Microbiol* 53:2774-2778, 1987.
- (47) Onderdonk, A. B., Zamarchi, G. R., Rodriguez, M. L., Hirsch, M. L., Muñoz, A. y Kass, E. H. Qualitative assessment of vaginal microflora during use of tampons of various com-positions. *Appl Environ Microbiol* 53:2779-2784, 1987.
- (48) Onderdonk, A. B., Delaney, M. L., Zamarchi, G. R. *et al.* Normal microflora during use of various forms of catamenial protection. *J Infect Dis* 2 (Supp 1):561-567, 1989.
- (49) Mills, J. T., Parsonnet, J., Tsai, Y. C., Kendrick, M., Hick-man, R. K. y Kass, E. H. Control of production of toxic-shock syndrome toxin-1 (TSST-1) by magnesium ion. *J Infect Dis* 151:1158-1161, 1985.
- (50) Schlievert, P. M. y Blomster, D. A. Production of staphy-lococcal pyrogenic exotoxin Type C: influence of physical and chemical factors. *J Infect Dis* 147:236-242, 1983.
- (51) Garbe, P. L., Arko, R. J., Reingold, A. L. *et al.* *Staphylo-coccus aureus* isolated from patients with non menstrual toxic-shock syndrome: evidence for additional toxins. *JAMA* 253:2538-2542, 1985.
- (52) Irwin, C. E. y Millstein, S. G. Emerging pattern of tam-pon use in the adolescent female: The impact of toxic-shock syn-drome. *Am J Public Health* 72:464-467, 1982.
- (53) Rovner, S. Toxic shock fighting over tampon labels. Wash-ington Post, Health, August 1, 9, 1989.
- (54) Irwin, C. E. y Millstein, S. G. Predictors of tampon use in adolescents after media coverage of toxic-shock syndrome. *Ann Int Med* 96 (Parte 2):966-968.
- (55) Brooks-Gunn, J. y Ruble, D. N. Psychological correlates of tampon use in adolescents. *Ann Int Med* 96 (Parte 2):962-965, 1982.

ANALISIS DE LAS NUEVAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA. UNA PERSPECTIVA DE GENERO

*Diana Serrano LaVertu*¹ y *Ana María Linares Parada*²

INTRODUCCION

La reproducción del ser humano ha causado fascinación a lo largo de la historia, quizás porque en ningún otro campo de la ciencia se percibe con tal claridad la perfección de la naturaleza. La posibilidad de que el ser mismo pudiera facilitar “artificialmente” el inicio de una nueva vida marcó, sin lugar a dudas, un avance espectacular en el campo científico. Sin embargo, hoy día este hecho no deja de plantear profundas inquietudes en cuanto a los procedimientos utilizados y sus consecuencias éticas y jurídicas para las mujeres, los hombres y los futuros individuos.

Las “técnicas de reproducción asistida” incluyen cualquier procedimiento biomédico cuyo objetivo consista en facilitar el nacimiento de una nueva vida o impedir que dicho nacimiento se produzca (1). Las nuevas técnicas de reproducción asistida, por su parte, enfocan principalmente la fecundación con miras al nacimiento de seres humanos.

Desde hace varios años se utilizan en América Latina métodos científicos para lograr nacimientos que antes la naturaleza no permitía. Basta mencionar que en Colombia, el primer fruto de la inseminación artificial heteróloga nació en 1979, y que en la Argentina, en 1986, nació el primer niño producto de la transferencia intrafalopiana de gametos (2).

Sin embargo, es poca la legislación existente en los países de América Latina para regular la aplicación de las nue-

vas técnicas de reproducción asistida.³ Por lo general, los mismos centros de fecundación asistida delimitan su propio campo de acción, los presupuestos y requisitos para la prestación de sus servicios y el modo de aplicación de las técnicas (3).

En este trabajo se analizan los principales problemas que la aplicación no regulada de las nuevas técnicas de reproducción asistida plantea para la mujer. Se busca identificar el peligro de un vacío legislativo en esta materia y, con ello, instar a los legisladores a que emprendan con urgencia la tarea de subsanarlo tomando en cuenta los elementos de juicio que aquí se presentan.

Aunque haya quienes consideren que el tema de las nuevas técnicas de reproducción asistida incumbe solo a los países del primer mundo, donde el acceso a la tecnología avanzada está casi garantizado —al menos para una gran parte de la población—, la realidad es que el uso de esas técnicas trasciende fronteras y afecta a personas que se encuentran en países de diverso orden. Como se verá más adelante, el perjuicio que sufre una mujer como consecuencia de la aplicación de una nueva técnica de reproducción asistida, es el mismo ya sea que esta resida en los Estados Unidos de América, en América Latina o en el Caribe. Más aún, existen circunstancias comunes entre las mujeres de escasos recursos tanto en los países desarrollados como en desarrollo, quienes, para mejorar su situación económica y la de su familia, aceptan comercia-

¹ Jefa, Oficina de Personal, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Consultora Jurídica, Oficina de Asuntos Jurídicos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

³ El ordenamiento jurídico tradicional, con su conjunto de leyes del Derecho de Familia, de Sucesiones, de los Contratos o aun del Derecho Penal, no es suficiente para regular la variedad de cuestionamientos que surgen alrededor de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Cuando menos, resulta insuficiente y anacrónico tratar de interpretar de manera extensiva leyes concebidas cuando ni siquiera se imaginaba que las nuevas técnicas de reproducción asistida pudieran convertirse en un fenómeno cotidiano.

lizar su capacidad de procrear o de gestar, o su material genético.

Es por ello que la problemática planteada por la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida debe ser atendida por los países de América Latina y el Caribe con la urgencia con que lo hacen otros países —Australia, los Estados Unidos y Gran Bretaña, entre otros—, a pesar de que parezca un tema demasiado alejado de las necesidades básicas de salud que acosan a gran parte de la población. Es más, debe hacerse con mayor urgencia, porque la falta de regulación actual en los países de América Latina y el Caribe promueve un ambiente permisivo para que se lleven a cabo, sin control alguno, prácticas y procedimientos restringidos en otros países.

En este artículo se presenta en primer lugar una breve descripción de las nuevas técnicas de reproducción asistida a modo de actualización técnica. Se plantean luego las principales inquietudes que surgen al analizar la aplicación no regulada de estas técnicas desde la perspectiva de la mujer. Por último, a modo de observaciones finales se hace un breve recuento de la experiencia legislativa en materia de maternidad subrogada en Australia, los Estados Unidos y Gran Bretaña, con el fin de ofrecer puntos de referencia para aquellos países que decidan regular el uso de las nuevas técnicas de reproducción asistida en América Latina y el Caribe mediante la expedición de leyes, decretos o reglamentos sobre el tema.

Este análisis sigue, de manera clara, un enfoque de género, justificado de sobra si se considera el impacto diferencial del proceso de reproducción humana sobre hombres y mujeres; la mujer es, sin lugar a dudas, uno de los actores con mayor potencial de ser afectado por la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Y es que si bien es cierto que la concepción es una proposición compuesta en la que participan dos, la gestación y el alumbramiento no lo son. Además, tradicionalmente, la mujer asume la carga social, física, psicológica y emocional de los problemas básicos de la maternidad y la crianza de los hijos (4), todo lo cual la ubica en el centro de la atención de los procesos de reproducción humana.

El análisis que aquí se presenta está estructurado de modo que incorpora tanto a las mujeres que acceden a tratamiento médico en la búsqueda de hijos como a aquellas cuya aptitud reproductiva es utilizada a cambio de retribución monetaria, como medio para mejorar su condición económica y la de sus familias.

Los temas de análisis que resultan de este enfoque difieren de los que suelen discutirse con un enfoque más tradicional, y si bien las preguntas fundamentales en torno a esta materia permanecen sin respuesta, es de esperar que una nueva forma de plantearlas ofrezca herramientas más elaboradas para participar en la toma de decisiones razonadas que afectan la reproducción del ser humano. No debe olvidarse que las nuevas técnicas de reproducción asis-

tida, en sí mismas, no implican una valoración ética sobre su bondad o perjuicio, pues no son en sí ni “buenas” ni “malas” (5).⁴ No obstante, importa delimitar su campo de aplicación para no caer en la ponderación de la técnica por la técnica, deshumanizando el proceso de la reproducción humana.

ACTUALIZACION TECNICA

Existen varias técnicas de reproducción humana asistida a partir de las cuales derivan innumerables variaciones. La inseminación artificial, para empezar, se define como el procedimiento mediante el cual se introduce el esperma masculino en la vagina, el canal cervical o el útero de la mujer, sin recurrir a la relación sexual. Tiene como objetivo facilitar un medio para que la fecundación tenga lugar de manera natural (6).

La inseminación artificial puede clasificarse en homóloga, heteróloga y biseminal. Es homóloga cuando el semen que se utiliza es del marido, o del hombre que cohabita con la mujer; es heteróloga cuando el semen utilizado proviene de un tercero que hace las veces de donante, por lo general anónimo (7), y es biseminal cuando se mezcla semen del marido con semen de donante (8).⁵

La fecundación extrauterina o *in vitro* consiste en permitir el encuentro del espermatozoide con el óvulo fuera del cuerpo de la mujer, en una probeta, y se realiza principalmente ante la existencia de problemas en las trompas de Falopio.^{6,7} Producida la fecundación, se transfiere el embrión al útero de la mujer, donde se espera que cumpla normalmente las etapas del desarrollo fetal y culmine en el alumbramiento (9). La fecundación *in vitro* incluye varias fases, entre las cuales cabe distinguir la estimulación de la maduración folicular, donde la mujer es sometida a un tratamiento hormonal que permite obtener simultáneamente varios óvulos (lo cual no sería posible durante el ciclo normal). A continuación viene la fase de extracción de óvulos en vías de maduración, para lo cual se realiza una laparoscopia. Luego viene la fase de fecundación en el laboratorio, seguida de la transferencia embrionaria.

⁴ Al igual que toda tecnología, su valoración ética dependerá de los objetivos a los cuales se aplica, la intención que guía su utilización, la valoración que se dé a su uso, las circunstancias que determinan su aplicación y las consecuencias de su utilización.

⁵ La utilización de la inseminación biseminal obedece, más que a una razón médica, al deseo de solucionar problemas legales relativos a la paternidad, ya que podría sostenerse que quizás el marido de la mujer es el padre del niño.

⁶ La primera fecundación *in vitro* se produjo en Inglaterra en 1978, con el nacimiento de Louise Brown.

⁷ Las situaciones en las que procede la fecundación *in vitro* serían causas tubáricas, a su vez originadas en ausencia total de las trompas, oclusión total o parcial, o lesión incurable de las mismas; esterilidad idiopática, donde la imposibilidad de la paciente de quedar embarazada no obedece a ninguna anomalía identificable; endometriosis que no puede ser curada mediante intervención quirúrgica; bajo recuento de espermatozoides en el semen del marido, y falta de resultados positivos después de recurrir a la inseminación artificial.

Para asegurar al menos una implantación exitosa se fecundan todos los óvulos recolectados, y luego se transfieren varios al útero femenino, en forma de embriones, en una sola operación. Este procedimiento, si bien aumenta las posibilidades de éxito, trae consigo los problemas de un posible embarazo múltiple, cuando varios embriones viables empiezan a desarrollarse simultáneamente en el útero.⁸

Se debe tener en cuenta que la paciente que se somete a una fecundación *in vitro* corre múltiples riesgos. En primer lugar, las terapias hormonales incluidas en la primera fase del tratamiento pueden tener efectos secundarios. En efecto, el "cóctel" de hormonas que recibe la mujer para estimular la maduración folicular puede producirle desde náusea, pasando por la hinchazón de los ovarios y la creación de quistes ováricos, hasta la total esterilidad, en casos extremos, causada por la explosión de un ovario (12). En segundo lugar, existen peligros relacionados con la extracción del óvulo fecundado, ya que la laparoscopia es una intervención quirúrgica que requiere anestesia general y que puede causar lesiones en las venas ilíacas, además de graves infecciones (13).

Dentro de las posibles derivaciones de la fecundación *in vitro* se encuentra la maternidad subrogada. En sentido estricto, no se trata de una nueva técnica de reproducción asistida, sino de un arreglo social mediante el cual una mujer fértil acuerda gestar un embrión por cuenta de otro. Puede ser parcial, en cuyo caso la madre subrogada proporciona el óvulo que luego será fecundado con el semen de un donante o del contratante que será el padre del niño, o completa, cuando la madre subrogada recibe en su útero el embrión de una pareja para entregarlo a esta al dar a luz (14).

La maternidad subrogada plantea un cúmulo de problemas de difícil solución, en particular vistos desde la óptica de la madre subrogada. Quizá el más discutido sea el que se refiere al lazo afectivo y emocional que se crea entre la madre subrogada y el niño. Su rompimiento resulta tan traumático que, después del nacimiento, muchas madres subrogadas se niegan a entregar el niño que han gestado. Por otro lado, este "acuerdo entre particulares" también genera innumerables problemas jurídicos, algunos de los cuales se analizan en la segunda parte de este artículo.⁹

⁸ Para subsanar los problemas del embarazo múltiple originados en la fecundación *in vitro* se ha desarrollado la llamada selección prenatal. Se trata de una técnica por medio de la cual se destruyen aquellos embriones que resulten en demasía como consecuencia de una implantación embrionaria múltiple. Este procedimiento ha tratado de ser justificado mediante el argumento de corte darwinista, según el cual la eliminación de unos aumentará las posibilidades de vida de los restantes (10). Por otra parte, también como desarrollo de la fecundación *in vitro* ha surgido la criopreservación, procedimiento que consiste en congelar material genético, ya sea espermatozoides, óvulos o embriones para su futura utilización (11).

⁹ Al respecto, vale la pena citar uno de los casos más sonados en esta materia, el caso de Baby M, que llegó a los tribunales de los Estados Unidos (15, 16). El juez de primera instancia consideró que el contrato entre la madre subrogada y los esposos que buscaban un hijo se asimilaba a cualquier otro contrato, y que, siendo perfectamente válido, su ejecución era obligatoria. El tribunal que conoció la apelación revocó la sentencia de primera instancia declarando nulo el contrato por ir contra el orden público. Sin embargo, otorgó la custodia de la niña a los esposos y no a la madre subrogada, aduciendo que de esta manera se verían mejor protegidos los "intereses" de la niña (15, 16).

La donación de óvulos, por su parte, es una práctica que se ha desarrollado principalmente en los Estados Unidos y Australia como posible solución para aquellas mujeres que no producen óvulos, pero que son capaces de gestar un embrión. Se aplica el mismo procedimiento de la fecundación *in vitro*: se toma el óvulo donado, se fecunda con el semen, y el embrión se implanta en el útero de la mujer.

Los mayores problemas de esta técnica se refieren a la obtención de los óvulos y a la extrema necesidad de coordinación en el tiempo, ya que es preferible utilizar el óvulo sin necesidad de congelarlo. Muchas veces, mas no siempre, los óvulos son donados por pacientes en las cuales se ha estimulado la maduración folicular para realizar una fecundación *in vitro*. Sin embargo, en algunos países se ha desarrollado la práctica de obtener óvulos de mujeres que se someten a su extracción a cambio de una compensación monetaria.

La transferencia intrafalopiana de gametos, más conocida como GIFT (del inglés "gamete intra-fallopian transfer"), consiste en extraer gametos femeninos u óvulos mediante una laparoscopia, e inyectarlos en una de las trompas de Falopio de la mujer junto con el espermatozoides. Se espera que la fertilización se produzca de manera natural en la trompa. De lo contrario, este mismo procedimiento se repite luego en la otra trompa (17).

La donación de embriones es una técnica que consiste en la implantación de un embrión que procede genéticamente de terceros en el útero de una mujer. La fecundación puede ser *in vitro* o extracorpórea, o *in vivo*, dentro del cuerpo. Si bien lo más usual es la fecundación *in vitro* y la posterior transferencia embrionaria, la fecundación *in vivo* también es posible mediante el llamado "lavado uterino". Este consiste en que la donante es inseminada con el espermatozoides de un donante o del marido o compañero. Tres o cuatro días después de la fecundación (que ha tenido lugar en forma natural), pero antes de la implantación, el útero es "lavado" y el embrión así obtenido se transfiere al útero de quien lo gestará (18).

Por último, debe hacerse mención del tan controvertido tema de la eugénesis. La eugénesis se refiere a la búsqueda de una especie humana superior por medio del control genético. Movimientos eugénicos han existido desde hace más de siglo y medio, cuando se creía que la criminalidad era producto de defectos genéticos en las personas y que, en la medida en que se controlara la transferencia hereditaria de genes "malignos", se controlaría la criminalidad (19).

En el campo de la reproducción humana asistida, la eugénesis vería en las nuevas técnicas de reproducción asistida instrumentos para crear un "embrión superior" de características genéticas predeterminadas. No estaría lejos de allí la llamada partogénesis o clonación, relativa a la reproducción de seres idénticos con el propósito de hacer prevalecer una cierta raza (20). Los serios inconvenientes de la eugénesis y de la clonación saltan a la vista, sobre todo cuando se recuerda que la creación de la vida humana tiene connotaciones que exceden lo puramente biológico.

Dado que la procreación tiene una naturaleza ética, las conquistas en el campo de la genética humana no pueden aplicarse a costa de la dignidad de sus participantes, la mujer, el hombre, el futuro ser humano, o la sociedad.

INQUIETUDES PLANTEADAS POR LA APLICACION NO REGULADA DE LAS NUEVAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA

El intenso debate generado en torno a la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida ha versado sobre una gran variedad de temas. En el campo del análisis jurídico, los que usualmente acaparan mayor atención hacen referencia a cuestiones de paternidad y legitimidad,¹⁰ adulterio,¹¹ anonimato de donantes,¹² ejecución obligatoria de contratos,¹³ terminación de los derechos de la madre en la maternidad subrogada,¹⁴ y situación jurídica del contrato de maternidad subrogada,¹⁵ para citar solo los más importantes. En cuanto a los aspectos éticos, los más discutidos incluyen los relativos al comienzo de la vida y la condición del embrión,¹⁶ la disposición de embriones

¹⁰ Los problemas de paternidad y legitimidad se plantean principalmente en la inseminación artificial heteróloga. En los ordenamientos jurídicos de tradición civilista, cuando la inseminación se hace con semen donado en mujer casada, operaría la presunción de paternidad según la cual hijos concebidos por la mujer durante el matrimonio tienen por padre al marido y por lo tanto son legítimos. En los sistemas del "common law", es interesante ver la evolución de la jurisprudencia sobre este tema, principalmente en los Estados Unidos. El espectro abarca desde una primera posición en la cual un tribunal consideró que este tipo de inseminación era contrario al orden público y las buenas costumbres, aunque hubiese sido practicado con el consentimiento del marido (*Doornbos v. Doornbos*), y otro que declaró que un hijo nacido de un padre que no es el esposo de la madre era ilegítimo (*Gursky v. Gursky*), hasta llegar a un enfoque bajo el cual, el consentimiento, aun el oral, es válido y constituye base suficiente para exigir al padre obligaciones alimentarias. Adicionalmente, en varios países del sistema anglosajón se han expedido leyes para que el hijo concebido mediante inseminación artificial heteróloga con consentimiento del marido quede de por sí legitimado.

¹¹ El tema del adulterio de la mujer casada que se sometía a una inseminación artificial heteróloga surgió hacia 1919 con la decisión de un tribunal en el Canadá ante un caso de petición de alimentos. El juez no solo no concedió los alimentos sino que declaró culpable de adulterio a la mujer como si hubiera tenido relaciones íntimas con un hombre, aduciendo que la esencia del adulterio no estaba en la relación sexual sino en "la sumisión voluntaria de una persona a los poderes o facultades reproductoras de otra". Posteriormente, en 1945 una corte norteamericana declaró que la mujer que se sometiera a este tipo de inseminación, con o sin el consentimiento de su marido, sería considerada adúltera. Desde hace varios años, sin embargo, la posición doctrinaria y jurisprudencial en este tema se ha revertido totalmente, por lo que este aspecto de la inseminación artificial heteróloga ha perdido importancia.

¹² El anonimato se ha convertido en uno de los principios básicos de la fecundación asistida por donante, en primer lugar para la protección del mismo donante, a efectos de que en una inseminación artificial con esperma donado, por ejemplo, en un futuro eventual no se le pueda reclamar obligaciones derivadas de la paternidad y en segundo lugar para la protección del futuro niño y de sus padres sociales. Si bien la identidad del donante no se revela, por lo general sus datos completos quedan inscritos en una ficha médica, con el propósito de mantener información que pueda resultar esencial en casos de enfermedades congénitas del niño nacido fruto de la inseminación.

¹³ La ejecución coactiva de los contratos es uno de los principales puntos de debate sobre la maternidad subrogada. El punto en cuestión es si se puede exigir la ejecución coactiva de un contrato de maternidad subrogada donde se haya cumplido con todos los requisitos para su validez pero una parte "incumpla" sus obligaciones, como sería el caso de la madre subrogada quien después de nacido el niño rehúsa entregarlo a la pareja con quien contrató, o si tal contrato debe declararse absolutamente nulo por adolecer de objeto ilícito, v.g. un futuro ser humano que, como tal, está fuera del comercio.

residuales,¹⁷ el consentimiento informado,¹⁸ el acceso a las nuevas técnicas de reproducción asistida,¹⁹ y la eugénesis,²⁰ también para citar solo unos pocos.

¹⁴ La terminación de los derechos de la madre sobre el niño es un aspecto de la maternidad subrogada que ha surgido sobre todo en los Estados Unidos, acerca del cual se plantean básicamente tres inquietudes por resolver. La primera se refiere a la validez de todo arreglo contractual previo al nacimiento del niño sobre la terminación de los derechos de la madre subrogada y sobre la entrega del niño para efectos de adopción. La segunda plantea si el consentimiento que la madre subrogada da al suscribir el contrato, sin haberse iniciado ningún procedimiento para la fecundación, puede ser verdaderamente informado. La tercera inquietud consiste en determinar si los contratos de maternidad subrogada deben incluir una disposición según la cual la madre subrogada tendría derecho a revocar el contrato en cualquier momento de su ejecución, hasta pasado cierto tiempo después del nacimiento del niño.

¹⁵ Existen dos corrientes de pensamiento que discuten la naturaleza jurídica del contrato de maternidad subrogada. La primera indica que este tipo de contrato implica la "venta" de niños; la segunda afirma, por el contrario, que se trata de la prestación de un "servicio". Para aclarar este punto vale la pena recordar la distinción entre maternidad subrogada parcial, cuando la madre subrogada contribuye con la donación de su óvulo, y la maternidad subrogada total, donde la madre subrogada "alquila" su vientre. Es interesante en este punto el planteamiento de algunos autores que afirman que en un caso de maternidad subrogada total, donde no medie una retribución monetaria sino un sentimiento altruista, el "convenio donde se fijan las condiciones del servicio debería ser válido y, por ello, de necesario cumplimiento". Sin embargo, esta posición parecería desconocer el vínculo que une al niño con la mujer que lo gestó, independientemente de si esta contribuyó genéticamente o no a su conformación.

¹⁶ En principio, existen dos líneas de pensamiento opuestas en relación con el comienzo de la vida humana. La primera sostiene que el ciclo humano de la vida se inicia con el cigoto y tras el proceso de desarrollo de este, comienza la formación de un nuevo ser. Por ello, si no hay ninguna intervención externa, la programación genética reunida en dicho cigoto debe conducir inexorablemente a la formación de un nuevo individuo. En esta medida, la vida humana comenzaría en el momento mismo de la fecundación y, por consiguiente, todo embrión debería ser considerado como "humanidad protegible". La segunda línea de pensamiento diferencia distintas etapas en el desarrollo biológico del embrión, y afirma que solo a partir de la singamia se puede hablar verdaderamente de individualización del embrión; el tiempo que ello toma en producirse es de hasta dos semanas (14 días) después de producirse la unión de los gametos. Una posición más radical dentro de esta línea de pensamiento señala que ni siquiera después de 14 días se puede hablar de una vida, puesto que el cerebro no se encuentra todavía totalmente desarrollado, lo cual puede tomar de 25 a 30 días.

¹⁷ Los puntos de controversia sobre la disposición de embriones residuales son múltiples. En primer lugar está la cuestión de si se debe conceder a los embriones los mismos derechos y la misma protección que se conceden a las personas. En segundo lugar se plantea si la destrucción de embriones debe declararse moralmente reprochable y contra la ley. En tercer lugar se encuentra el riesgo de que la manipulación de temperaturas (para congelación y descongelación) cause daños en el embrión. En el cuarto está el problema de determinar cuál sería el estado del embrión congelado. Como quinto y último punto cabe mencionar la cuestión relativa a si es posible tener derechos de "propiedad" sobre un embrión y, en tal caso, en quién recaen tales derechos.

¹⁸ El consentimiento informado es un tema que se refiere a la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida desde dos ángulos. Bajo el primero se plantea el consentimiento informado y voluntario de la paciente como condición previa *sine qua non* para la aplicación de cualquier técnica. Bajo el segundo se plantea la problemática de si es razonable tener por válido el consentimiento de una mujer que actuará como subrogada cuando decide que no creará vínculos afectivos con el niño que llevará en su vientre y que lo entregará a una pareja que lo ha encargado.

¹⁹ La cuestión de quién debe tener acceso a la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida se ha planteado principalmente en los Estados Unidos y Gran Bretaña, donde mujeres solteras y parejas de lesbianas y de homosexuales reclaman su derecho a tener hijos utilizando dichas técnicas. La clave del problema está en que muchas veces no existe reglamentación clara sobre este punto y, por consiguiente, la decisión sobre quiénes tienen acceso a estas técnicas recae en el médico que realizaría el procedimiento. En este sentido, el médico estaría llamado a hacer un juicio de valor que iría más allá de lo puramente médico, al determinar "la aptitud o idoneidad" de las personas para tener hijos. Dicha idoneidad es, sin lugar a dudas, un concepto que desafía cualquier intento por definirlo sin la intromisión de prejuicios personales. La posición que prima a este respecto favorece el concepto tradicional de la familia y, por lo tanto, concluye que todo niño que venga al mundo tiene, en principio, el derecho a crecer en una familia con padre y madre.

²⁰ El tema de la eugénesis resurge ante las posibilidades que ofrece la técnica moderna de preseleccionar el sexo del niño. Se teme que, en un futuro, la tecnología haya avanzado tanto que se puedan establecer categorías de seres "indeseables" por causa de ciertas características, los cuales serían "desechados".

A pesar de la indudable importancia que tiene el debate centrado en los aspectos anteriores, este desconoce las implicaciones de las nuevas técnicas de reproducción asistida desde el punto de vista de la mujer. Y es que, en un principio, la relación entre la mujer y dichas técnicas fue percibida de manera positiva. Se consideraba que a mayor desarrollo de dichas técnicas se le ofrecería a la mujer un mayor espectro de alternativas para realizar su deseo de procrear. De esta manera, las nuevas técnicas de reproducción asistida eran vistas como una ampliación de la libertad de elección de la mujer.

Sin embargo, pasada la euforia del primer “bebé probeta”, empezaron a surgir numerosas inquietudes que planteaban cómo un mayor número de alternativas en cuanto a mecanismos científicos de procreación no necesariamente implicaba mayor libertad de elección. Por el contrario, en ocasiones, el uso de las nuevas técnicas podía significar mayor control por parte de terceros sobre la fecundidad de la mujer (21). En tales casos se producía un distanciamiento entre la mujer y el proceso de reproducción, e, inherente a ello, la “minimización” o reducción del papel de la mujer como actor central del proceso de reproducción humana (22).

Sobre la base de esta segunda proposición fundamentalmente crítica de la relación entre la mujer y las nuevas técnicas de reproducción asistida, a continuación se analizan tres grandes inquietudes respecto al uso no regulado de las mismas: 1) la pérdida de control de la mujer sobre el proceso mismo de reproducción, que afecta principalmente a la mujer que busca solucionar problemas de infertilidad; 2) la posible explotación de la mujer, que afecta principalmente a aquella que pasa por dificultades económicas y por lo tanto se convierte en “usuaria obligada” de alguna nueva técnica de reproducción asistida, y 3) la objetivación de la mujer como máquina reproductora, que afecta tanto a la mujer que se somete a tratamiento para tener hijos como a aquella que también se somete al “tratamiento”, pero como recurso extremo para mejorar su situación económica.

Pérdida de control sobre el proceso de procreación

La mujer que acude a un centro de fertilización asistida, así se someta voluntariamente a la aplicación de cualquiera de las nuevas técnicas, domina muy poco aquello que ha de suceder con su cuerpo. Esta falta de control proviene del hecho de que la mujer no necesariamente participa en la toma de las decisiones relativas al procedimiento médico a que se somete.

Tal es el caso de la fecundación *in vitro*. El procedimiento utilizado para lograr la recolección de óvulos maduros consiste en estimular la maduración folicular —etapa no exenta de riesgos para la mujer—, con el fin de extraer el

mayor número posible de óvulos en la primera laparoscopia. Debido a que cada laparoscopia es una intervención quirúrgica cuya recuperación es dolorosa, se ha justificado la estimulación hormonal para “cosechar” el mayor número de óvulos y así evitarle a la mujer posteriores laparoscopias, en caso de que las primeras implantaciones fracasasen.²¹

¿Puede una mujer que se somete a una fecundación *in vitro* rehusarse a que le extraigan más de uno o dos óvulos por laparoscopia? La respuesta a esta pregunta es, en la gran mayoría de los casos, negativa. Ello se explica por varias razones. En primer lugar existe la tendencia a considerar que los avances técnicos en materia de reproducción humana asistida son temas que solo pueden ser discutidos por quienes los “entienden”, es decir, el personal con capacitación médica. La sociedad actual parte del supuesto de que las diferentes fases y sutilezas de las nuevas técnicas ni son del dominio público ni son fáciles de comprender en sus múltiples dimensiones. Por ello, parecería que la profesión médica hubiera sido investida en forma tácita, o a veces explícita, con la autoridad ética y práctica para decidir el curso de aplicación de procedimientos tales como los relativos a la reproducción humana asistida.

La atribución así otorgada a la profesión médica es excluyente. La paciente no está en condiciones de discutir, mucho menos de cuestionar, las diferentes etapas del procedimiento escogido para solucionar su problema.

Se puede argumentar que nadie obliga a una mujer a someterse a un procedimiento de reproducción asistida y que es su *consentimiento* el motor de cualquier acción por parte de los profesionales de la salud. Para discutir la validez de este argumento es necesario precisar primero el concepto de consentimiento libre e informado.

El consentimiento se forma cuando una persona expresa su voluntad asintiendo al parecer de otra persona. Esta expresión de la voluntad es libre cuando no media coacción en su manifestación; es informada cuando la persona cuenta con información apropiada que le otorga una base analítica suficiente para hacer una elección propia. También es necesario distinguir entre el consentimiento genérico, del tipo “sí, acepto someterme a la inseminación artificial con semen donado”, y el consentimiento integral, que puede manifestarse en todas y cada una de las etapas relevantes del procedimiento.

La doctrina del consentimiento libre e informado aplicada al campo de la medicina indica que el médico debe explicar a su paciente la naturaleza de su condición, los

²¹ La validez de este argumento se ha puesto en tela de juicio por los resultados de estudios que demuestran que la estimulación de la maduración folicular puede traer como resultado una disminución de las probabilidades de éxito en la implantación del embrión (23). Considerando que el número de óvulos que normalmente se recoge no pasa de cuatro, máximo cinco (24), lo más probable es que, de todos modos, se requiera más de una laparoscopia ante la falta de resultados positivos en las primeras implantaciones. Así se demuestra cómo muchas de las prácticas regularmente utilizadas y aceptadas en el campo de la reproducción humana asistida no son necesarias o inevitables.

riesgos y beneficios potenciales del tratamiento que recomienda, además de la disponibilidad de procedimientos alternativos. Adicionalmente corresponde al médico indicar a su paciente si el procedimiento se encuentra todavía en etapa de investigación y cuáles han sido los resultados obtenidos hasta ese momento.²²

La mujer que acude en búsqueda de tratamiento para tener hijos (sea sola o acompañada) se encuentra en una condición psicológica en extremo vulnerable. Esta vulnerabilidad se acrecienta en la medida en que aun el consentimiento inicial que otorga puede estar “viciado” por la mala información o, sencillamente, por la falta de ella.

El nivel de información con que cuenta la persona “corriente” sobre estos temas proviene principalmente de lo que transmiten los medios de comunicación masiva (26), con las insuficiencias que ello implica. Y mientras no se comparta con la paciente la información necesaria para la comprensión de su condición y tratamiento, la paciente no será capaz de analizar los procedimientos a los que se someterá y, mucho menos, de dar su consentimiento integral a la aplicación de estos.

Otra cara de la falta de participación de la mujer en las decisiones que atañen a su reproducción se encuentra en el excesivo paternalismo que permea la relación médico-paciente. Este paternalismo se manifiesta cuando algunos profesionales de la salud se ven inclinados a ignorar la opinión de la paciente por estimar que el procedimiento que pretenden aplicar es “para su beneficio, aunque ella no se dé cuenta” (27).²³

Aun en el caso de que la paciente tuviera a su disposición toda la información necesaria para tomar una decisión informada, una actitud paternalista por parte del personal médico le impediría ejercer el derecho que le asiste de cuestionar o, si es el caso, rehusar la utilización de ciertos métodos o prácticas médicas. El mayor riesgo que se plantea en esta situación es el relativo al ejercicio de prácticas médicas no reguladas, donde el profesional actuaría por su cuenta (29). La mujer no sería consultada, y mucho menos serían aceptadas sus opiniones “gratuitas”.

Resumiendo, la pérdida de control de la mujer sobre su procreación en casos como el de la fecundación *in vitro* se

pone en evidencia ante las siguientes preguntas: ¿Quién decide cuántos óvulos extraer en cada laparoscopia? ¿Quién decide cuántos fecundar? ¿Quién decide cuántos implantar? ¿Quién, en última instancia, debe decidir la suerte que correrán los embriones residuales? Si la respuesta a la última pregunta es la mujer, parece apenas lógico que se le consulte y que se le permita participar en la toma de las decisiones anteriores.

Explotación de la mujer por razones económicas

El mejor ejemplo para caracterizar la posible explotación de la mujer mediante el uso de las nuevas técnicas de reproducción asistida se encuentra en la maternidad subrogada. La gran mayoría de los casos en América Latina parecen darse en madres subrogadas que acceden a este tipo de arreglos presionadas por la necesidad de mejorar su situación económica y la de sus familias.

La madre subrogada se enfrenta no solo a las vicisitudes de un embarazo cuyo fruto final no será suyo, sino que, además, su vida familiar, su relación conyugal y su condición social se ven profundamente convulsionadas (30). Casos como el señalado en el artículo de Rita Arditti confirman esta situación (31). La autora transcribe la entrevista publicada en una revista de un país latinoamericano bajo el título de “primera madre subrogada”.²⁴ De este relato surgen varios elementos importantes para el análisis de la maternidad subrogada desde la perspectiva de la mujer.

En primer lugar se ponen de manifiesto las estrictas normas de conducta a las que se somete a la madre subrogada. Para ello se le hace firmar documentos —de dudosa validez jurídica— donde promete seguir ciertas prescripciones médicas, abstenerse de mantener relaciones sexuales con su esposo y aceptar todo tratamiento que los médicos le indiquen.

En segundo lugar se considera el cambio de actitud del esposo de la mujer que actúa como madre subrogada. En principio, este acepta que el dinero le “viene bien”. Sin embargo, a medida que el embarazo avanza, aumenta su rechazo hacia su esposa, por llevar en el vientre un hijo en cuya concepción él no ha participado.

Como tercer elemento se plantea el sentimiento de culpa que se genera en la madre subrogada. A medida que se estrecha el vínculo entre ella y la criatura que está gestando, mayor es el conflicto interno y el sentimiento de culpa por haber aceptado entregarla a un tercero después de nacida.

²⁴ Si bien la identidad de la mujer se mantiene confidencial, se la describe como de ascendencia alemana, madre de tres hijos, con una relación estable de pareja, nacida en provincia pero radicada en un barrio pobre de la ciudad de Buenos Aires. Trabajaba como cocinera y aseo en una clínica privada, donde un día uno de los médicos le propuso que fuera una madre subrogada, a cambio de lo cual recibiría el equivalente a 2400 dólares estadounidenses.

²² Por ello cobra particular importancia la obligación de todo médico, en cumplimiento del principio ético de la autonomía y del respeto por sus pacientes, de explicar a cada mujer los pormenores e implicaciones del procedimiento que le recomienda, de manera sencilla y comprensible. Así, el médico que recomiende a una paciente la fecundación *in vitro* debería discutir con ella, previo al inicio de cualquier procedimiento, temas como cuáles son los riesgos físicos de inducir la maduración folicular por medio de hormonas, cuántos óvulos en vías de maduración deberán ser extraídos, cuáles son las posibilidades de una implantación exitosa del embrión en la primera oportunidad, qué posibilidades hay de que queden embriones perfectamente residuales, y, como contrapartida a ello, qué alternativas existen para evitar la creación de embriones residuales. De ningún otro modo podrá garantizarse que la mujer que opte globalmente por la aplicación de una nueva técnica de reproducción asistida lo haga protegida por su propio consentimiento (25), no solo consciente y voluntario, sino integral.

²³ Este punto ilustra el enorme potencial de conflicto entre dos principios éticos: el de beneficencia, según el cual el médico debe procurar el bienestar de su paciente, y el de autonomía, según el cual el médico debe respetar las decisiones de su paciente (28).

Un cuarto elemento que se presenta en este relato se refiere al sentimiento de impotencia de la madre subrogada ante la “obligación adquirida” de entregar el niño. La presión que sobre ella se ejerce es constante, desde el momento en que acepta servir de subrogada hasta cuando finalmente entrega el niño. No cumplir con su obligación “contractual” le parece impensable, porque es un compromiso que ha “adquirido” presionada y no en términos de consentimiento mutuo.

Por último se plantea la frustración de la madre subrogada al haber entregado el niño. Este sentimiento, unido al de culpabilidad, son aspectos que permanecen vivos en la madre subrogada aun con el paso del tiempo. A su modo de ver y de sentir, existe un “hijo suyo” que está en el mundo con otros padres, pero el nexo que los identifica como madre e hijo nunca podrá romperse.

Los aspectos anteriores implican una clara explotación de la mujer caracterizada por la desigualdad que determina la relación entre las partes contratantes. Aquella parte cuya motivación es tener un hijo, por lo general está dispuesta a pagar grandes sumas de dinero para obtenerlo. En cambio, la parte cuya motivación es mejorar su situación económica debe estar dispuesta a gestar y dar a luz un hijo “por cuenta de otro”. Así, mientras la primera parte solo pierde dinero, la madre subrogada pierde un hijo.

Pero, además, en los casos de maternidad subrogada como el presentado anteriormente, es evidente la desigualdad entre el poder de negociación de la madre subrogada y el de su contraparte. La madre subrogada es escogida fundamentalmente porque es una mujer con necesidades económicas apremiantes, goza de una buena condición física, posee un bajo nivel de instrucción y, sobre todo, tiene pocas probabilidades de “rebelarse” en contra del arreglo. En el fondo, no se espera que la madre subrogada negocie ningún término de dicho arreglo. Los términos los impone su contraparte: absoluto silencio ante terceros (bajo amenaza), estricto cumplimiento de las prescripciones médicas durante el embarazo y entrega del niño. La posibilidad de dar por terminado el arreglo si ella cambia de opinión durante el embarazo no es en ningún momento una opción válida.

En consecuencia, la mujer que actúa como madre subrogada, apremiada por la dificultad de su situación económica y la de su familia, no establece una relación contractual entre iguales. Por el contrario, forma parte de una relación donde su participación es virtualmente eliminada, su consentimiento libre e informado, obviado, y su único atributo valorado es su capacidad de servir de máquina para procrear, gestar y dar a luz. Así, este tipo de situaciones contiene todos los elementos que configuran una clara explotación de la mujer, como ser humano y como madre.

Objetivación de la mujer

El mejor ejemplo para ilustrar esta inquietud se encuentra en la donación de óvulos, procedimiento que se realiza como una derivación de la fecundación *in vitro*. Dos situaciones muy preocupantes se plantean en la aplicación de esta nueva técnica de reproducción asistida.

Por un lado se encuentra la situación donde la supuesta “donante” es una mujer en tratamiento de fecundación *in vitro*. En ocasiones, la “donante” ignora que una porción de los óvulos que se le extraen como parte de su propio tratamiento estarán destinados para servir a la investigación o para otras mujeres con problemas de ovulación. Peor aún, muchas de estas “donantes sin saberlo” son mujeres en tratamiento que, cuando se les ha pedido su autorización para extraerles una mayor cantidad de óvulos, se han abstenido de dar su consentimiento (32).

Por otro lado, en los últimos años se ha presentado una situación donde la extracción de los óvulos se hace en mujeres que, sin encontrarse en tratamiento contra la infertilidad, se someten a ello con fines de lucro (33). Ya no se hablaría de donación propiamente dicha de óvulos residuales, sino de la comercialización de óvulos extraídos a cambio de una retribución monetaria.

La comercialización de material genético humano —tanto femenino como masculino— y la comercialización de la capacidad de gestar son temas muy controvertidos. Desde el punto de vista de las nuevas técnicas de reproducción asistida en su relación con la mujer, la venta de óvulos es inquietante. Se requiere una intervención quirúrgica que necesariamente implica una intromisión en la intimidad de la mujer y, por lo tanto, un mayor potencial de daño que el existente para el hombre en la donación de semen.

Además, parece inevitable que, de aceptarse que los óvulos y el vientre femenino sean objetos de comercio, se fomente la percepción de la mujer y de su cuerpo como un objeto más dentro del proceso de procreación. Como resultado de esta visión, la trascendencia protagónica de la mujer en dicho proceso resultaría cada vez más disminuida.

La aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida bajo los parámetros anteriores conllevaría una selección de donantes sobre la base de criterios muy cuestionables. Quien espere recibir un óvulo donado tendrá necesariamente interés en que los genes de dicho óvulo sean de “la mejor calidad”. De acuerdo con este criterio se premiaría una “raza de mujeres” que tuvieran ciertas características “deseables” (34), siguiendo una perspectiva eugénica donde se buscarían seres humanos “perfectos”. Así, las mujeres, reducidas a máquinas de reproducción, serían clasificadas según su aptitud para procrear y gestar, y según su potencial para transmitir características genéticas de calidad.

Otro aspecto relacionado con la tendencia a ver a la mujer como objeto se refiere a la separación cada vez más tajante entre mujer y embrión, y a la confrontación de los derechos de la mujer frente a los derechos del embrión. Tratar al embrión como una entidad separada, lo desconecta de su fuente, como si la mujer no formara parte de su posibilidad misma de existir (35). Se produce entonces una clara objetivación del cuerpo femenino, pues la participación de la mujer se expresa y se reduce a cuestiones "funcionales": producción de óvulos, gestación del feto, etc.

Bajo esta óptica, el "ser utilizada para", concepto que la mujer ha rebatido a lo largo de los años, adquiere una nueva dimensión bajo el concepto de "ser reducida a". En consecuencia, en aras de lograr mayores nacimientos como fruto de las nuevas técnicas de reproducción asistida, se podría llegar a la manipulación del cuerpo de la mujer sin restricciones legales (36), y ni qué decir del abuso de su dignidad como persona. Primaría una visión reduccionista donde la mujer ya no merecería atención como ser humano completo (37).

Resumiendo, se expusieron los mayores problemas que plantea para la mujer la aplicación no regulada de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Todos los temas anteriores convergen en una sola dirección: la necesidad de legislar sobre el uso de dichas técnicas tomando como fundamento la salvaguardia jurídica, ética y moral de los intereses de la mujer. De otra forma no podrá evitarse que la reproducción del ser humano pierda su naturaleza ética, ni que la procreación se convierta en una industria, los niños en productos, y los hombres y mujeres en instrumentos de producción (38).

OBSERVACIONES FINALES

Las nuevas técnicas de reproducción asistida han aparecido en el mundo contemporáneo como medios para suplir aquellas deficiencias de la naturaleza que impiden a las personas tener hijos cuando así lo desean. En varios países de América Latina, desde hace algunos años se aplican diversas técnicas en centros especializados de fecundación asistida. Sin embargo, pocos países de la Región han legislado sobre el tema de manera expresa.

Reconociendo el inexorable curso evolutivo de la ciencia y, como corolario de este, el cada vez mayor potencial de daño que puede provocar el uso indebido de las nuevas técnicas de reproducción asistida, en este trabajo se han identificado tres aspectos inquietantes de la relación entre la mujer y las nuevas técnicas de reproducción asistida en el contexto de un vacío legislativo.

Se planteó primero cómo la mujer ha ido perdiendo la posibilidad de controlar su propia reproducción en la me-

didada en que participa cada vez menos en la toma de decisiones que determinan la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida a su caso particular. Esta pérdida de control resulta de la interacción de varios factores, entre los cuales cabe citar, en primer lugar, la percepción que se tiene de las nuevas técnicas de reproducción asistida como un tema de alto contenido científico-médico, de donde se deduce que la comprensión de un tema tan delicado escapa al entendimiento del ciudadano corriente y, por lo tanto, debe corresponder, de manera excluyente, al personal médico. En segundo lugar, no siempre se solicita el consentimiento de la mujer como requisito previo, indispensable para aplicar una nueva técnica de reproducción asistida, o para proceder con alguna etapa prevista en la aplicación de dicha técnica. Más aún, en casos en que la mujer otorga su consentimiento, este puede estar viciado por no haberse otorgado de manera libre o informada. En tercer lugar, el excesivo paternalismo con que el personal médico se relaciona con su paciente obstaculiza la participación activa de la mujer en aquello que se relaciona con el tratamiento de su problema.

Después se planteó la potencial explotación de la mujer que se concretaría cuando, por motivos de necesidad económica, una mujer acepta servir de madre subrogada a cambio de dinero. La explotación de la madre subrogada se establece a partir de dos situaciones. La primera se refiere a la falta de equilibrio en la relación entre parte contratante (pareja que busca un hijo) y madre subrogada: mientras las obligaciones de la parte contratante consisten en pagar una retribución monetaria, reciben como contrapartida las obligaciones de la madre subrogada (gestar un niño, llevar a buen término el embarazo y, al final, entregar la criatura). La segunda implica la desigualdad en cuanto al poder de negociación que tienen la parte contratante y la madre subrogada: la madre subrogada no discute ningún término del "arreglo" de maternidad subrogada, sino que se limita a aceptarlos todos. La manipulación de la necesidad económica para obtener un compromiso por parte de la madre subrogada, para el cual no se prestaría si no existiera esa necesidad, configura claramente una explotación de la mujer y de su dignidad.

Por último, se planteó la inquietud de que la aplicación no regulada de las nuevas técnicas de reproducción asistida conlleve la objetivación de la mujer. En la medida en que se tolere que los óvulos y el vientre femenino entren en la vía del comercio como cualquier objeto más, se estará aceptando tácitamente una visión reduccionista de la mujer como máquina de reproducción. Esta visión se refuerza por la tendencia a contraponer los intereses del embrión con los intereses de su madre, haciendo prevalecer actitudes erróneas sobre la necesidad de establecer prioridades entre uno y otra, como si el bienestar de ambos, madre y embrión, no estuvieran entrelazados.

Al identificar las inquietudes anteriores se han puesto al descubierto los peligros de la aplicación no regulada de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Si se permite que la mujer sea aislada del proceso de reproducción, explotada en su dignidad humana abusando de estados de necesidad económica, y convertida en objeto-máquina de reproducción, se depreciará la vida humana y con ello se producirá la deshumanización no solo del proceso de reproducción sino de sus propios actores (39).²⁵

En consecuencia, es necesario que en los países de América Latina se reconozca la urgencia de confrontar la realidad de la fecundación humana asistida y de legislar sobre sus distintas facetas. En esta tarea, las soluciones legislativas propuestas por aquellos países considerados líderes en la materia pueden servir de guía. Por ello, vale la pena hacer una breve descripción de la legislación que se ha expedido en países tales como Australia, los Estados Unidos y Gran Bretaña, tomando como ejemplo el caso de la maternidad subrogada.²⁶

En Australia, en el estado de Victoria se prohíbe todo contrato de maternidad subrogada salvo aquel que se denomina "altruista", es decir, uno donde no medie retribución financiera de ninguna especie. Adicionalmente se establece que las personas involucradas en un acuerdo de maternidad subrogada pueden ser perseguidas por la justicia (40). Desde el punto de vista de la mujer, el mayor problema de este enfoque radica en que, limitándose a la configuración de un delito y a su castigo, el legislador ha dejado sin recurso legal a aquella mujer coaccionada o engañada para convertirse en madre subrogada. ¿Cómo podría dicha mujer acudir a la justicia si ella misma estaría realizando un acto ilegal?

En los Estados Unidos no existe un conjunto de normas específicas que regulen, a nivel federal o nacional, el tema de la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida. En consecuencia, organizaciones profesionales como la Asociación Norteamericana de Fertilidad cumplen con una importante labor de orientación en lo que hace a esta materia. Las recomendaciones expedidas por esta Asociación tienen como punto de partida el derecho que asiste a toda persona de decidir si tener o no tener hijos, y cuándo tenerlos. Además, la Asociación sostiene que, en materia médica, es común permitir que adultos en pleno uso de sus capacidades asuman riesgos que en

principio podrían parecer desproporcionados, a condición de que otorguen su consentimiento libre e informado (41).

Bajo esta línea de pensamiento, no habría razón para que una mujer no pudiera actuar como madre subrogada, siempre que fuera competente y hubiera consentido a ello de manera libre e informada. La mayor insuficiencia de este enfoque radica en que los pilares en que se asienta la conclusión de que cada mujer tiene derecho a consentir de manera libre e informada para gestar un hijo por cuenta de otro, si bien son legítimos, no necesariamente corresponden a la realidad. Como se vio en este trabajo, los presupuestos del consentimiento libre e informado implican un conjunto de condiciones básicas de educación, salud y libertad de expresión difíciles de encontrar de manera generalizada.

Por su parte, en Gran Bretaña se prohíbe la intermediación comercial en los contratos de maternidad subrogada con fines de lucro. Sin embargo, el contrato mismo no se encuentra proscrito (42). La insuficiencia de este enfoque salta a la vista. El legislador se concentra en evitar que un tercero, llamado agente, obtenga una retribución por actuar como intermediario entre la pareja que busca un hijo y la futura madre subrogada. Sin embargo, desde el punto de vista de la mujer resulta irrelevante determinar quién le propone a la mujer el "arreglo de maternidad subrogada" y quién la "decide" a aceptar dicho arreglo ofreciéndole dinero a cambio, si un intermediario o la pareja contratante. El hecho es que el potencial de coacción por dinero (cuando medie retribución monetaria), o por otras causas, permanece constante.

Para legislar sobre el tema de las nuevas técnicas de reproducción asistida evitando caer en los mismos errores de los tres ejemplos anteriores, el legislador de América Latina y el Caribe debe recoger uno a uno los puntos de vista de la mujer en su relación con dichas técnicas. De este modo, a partir de una correcta valoración de las implicaciones que tiene para la mujer la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida, se contribuirá al establecimiento de un marco general dentro del cual las mismas podrán utilizarse en beneficio tanto de la mujer como de la sociedad.

Los progresos científicos abren nuevos caminos para el desarrollo de la humanidad. El hecho de que puedan existir abusos y prácticas irregulares no significa que haya que combatir todo progreso en este campo. Significa, en cambio, que el orden científico debe estar subordinado a un orden superior, en el cual categorías valorativas establecidas por cada sociedad señalen los límites de su aplicación. Por ello, es importante evitar que el engendrar un hijo se convierta en una cuestión de laboratorio, o que la mujer sea definida cada vez más en términos de su capacidad reproductiva y cada vez menos como ser humano. Así, en la medida en que se utilicen respetando la propuesta ética de

²⁵ Resulta interesante ver cómo en algunos países, por ejemplo en los Estados Unidos, el debate sobre la donación de óvulos de mujeres que no están en tratamiento contra la infertilidad se ha centrado en la cuestión de la moralidad o inmoralidad de ofrecer dinero a cambio. Sin embargo, no debe olvidarse que la mujer puede verse sometida a abusos potenciales aunque no haya dinero de por medio.

²⁶ Esta referencia, de enorme utilidad por cierto, debe tomarse con beneficio de inventario por las siguientes razones: primero, porque pueden existir diferencias notorias entre la forma en que ciertos procedimientos son utilizados en los países del primer mundo y en los de América Latina. En segundo lugar, si bien países como Australia, los Estados Unidos y Gran Bretaña han propuesto soluciones novedosas para problemas relacionados con las nuevas técnicas de reproducción asistida, no necesariamente han dado a los aspectos relativos a la mujer la consideración que merecen.

la dignidad humana —en particular la de la mujer—, las nuevas técnicas de reproducción asistida coadyuvarán a que la vida sea más digna de ser vivida.

REFERENCIAS

- (1) Roach, S. New reproductive technologies and legal reform. *Reproductive and Genetic Engineering* 2(1):11, 1989.
- (2) Soto Lamadrid, M. *Biogenética, filiación y delito: la fecundación artificial y la experimentación genética ante el derecho*. Buenos Aires, Editorial Astrea, 1990, págs. 29 y 31.
- (3) Samper, P. La fecundación asistida en Colombia: realidad y norma. Investigación dirigida para optar al título de Abogado. Bogotá, Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, 1990.
- (4) McLean, S. Women, rights and reproduction. En: *Legal Issues in Human Reproduction*. Aldershot, Inglaterra, Gower Publishing Company Limited, 1989, pág. 215.
- (5) Zannoni, E. *Inseminación artificial y fecundación extrauterina: proyecciones jurídicas*. Buenos Aires, Editorial Astrea, 1978, pág. 115.
- (6) Soto Lamadrid, M., *op. cit.*, pág. 19.
- (7) *Ibidem*, pág. 22.
- (8) Anderson García, S. Reproductive technology for procreation, experimentation, and profit: Protecting rights and setting limits. *J Leg Med* 11(1):14, 1990.
- (9) Zannoni, E., *op. cit.*, pág. 20.
- (10) Anderson García, S., *op. cit.*, pág. 15.
- (11) Soto Lamadrid, M., *op. cit.*, pág. 40.
- (12) Klein, R. Reproductive technologies: Choice or control? *Development* 2(3), 1989, pág. 127.
- (13) Anderson García, S., *op. cit.*, pág. 14.
- (14) Singer, P. y Wells, D. The reproduction revolution: New ways of making babies. Oxford, Oxford University Press, 1984, pág. 14.
- (15) Anderson García, S., *op. cit.*
- (16) Hull, R. (ed.). Ethical issues in new reproductive technologies. Belmont, California, Wadsworth, Inc., 1990.
- (17) *Ibidem*, pág. 91.
- (18) Anderson García, S., *op. cit.*, pág. 18.
- (19) *Ibidem*, pág. 13.
- (20) Zannoni, E., *op. cit.*, pág. 24.
- (21) Klein, R., *op. cit.*, pág. 129.
- (22) McLean, S., *op. cit.*, pág. 228.
- (23) Roach, S., *op. cit.*, pág. 15.
- (24) Soto Lamadrid, M., *op. cit.*, pág. 40.
- (25) Andrews, S.B. y Hendricks, J.L. *Foundation of In Vitro Fertilization*. Washington, D.C., Hemisphere Pub Co., 1987.
- (26) Roach, S., *op. cit.*, pág. 13.
- (27) Faden, R. y Beauchamp, T. A history and theory of informed consent. Oxford, Oxford University Press, 1986, pág. 13.
- (28) LaVertu, D. y Linares, A.M. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, D.C., 1990. Publicación Científica 527.
- (29) Aragona, J. M. Dangerous relations: Doctors and extracorporeal embryos, the need for new limits to medical inquiry. *J Contemp Health Law Policy* 7:331, 1991.
- (30) Kirejczyk, M. A question of meaning? Controversies about the new reproductive technologies in The Netherlands. *Reproductive and Genetic Engineering* 3(1):28, 1990.
- (31) Arditti, R. Surrogacy in Argentina. *Reproductive and Genetic Engineering* 3(1):35, 1990.
- (32) Corea, G. The mother machine: Reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs. Nueva York, Harper & Row, 1985, pág. 101.
- (33) Robertson, J. Technology and motherhood: Legal and ethical issues in human egg donation. *Case Western Reserve Law Review* 39(1):30, 1988-1989.
- (34) McCormick, R. Surrogate motherhood: A stillborn idea. *Second Opin* 5:128, 1987.
- (35) Rowland, R. Making women visible in the embryo experimentation debate. *Bioethics* (2):179-188, 1987.
- (36) Roach, S., *op. cit.*, pág. 17.
- (37) Kirejczyk, M., *op. cit.*, pág. 28.
- (38) Johnson, S. The Baby M decision: Specific performance of a contract for specially manufactured goods. *Southern Illinois University Law Journal*, 11:1339-1348, 1987.
- (39) Blank, R. y Mills, M. (eds.). Biomedical technology and public policy. Westport, Connecticut, Greenwood Press Inc., 1989, pág. 1.
- (40) Ley de Infertilidad (Procedimientos Médicos) de 1984. En: The British response to surrogate motherhood: an American critique. *Journal of the Association of Law Teachers* 19(3):163, 1985.
- (41) The Ethics Committee of the American Fertility Society. Ethical considerations of the new reproductive technologies. *Fertil Steril* (suppl. 1) 46(3), 1986.
- (42) Department of Health and Social Security. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embriology. Londres, 1984.

IV. LA MUJER Y EL DERECHO A LA SALUD

ANALISIS DEL EFECTO DE LA LEGISLACION DE SALUD DEL CANADA EN EL BIENESTAR DE LA MUJER¹

Tara Toby Eines²

INTRODUCCION

En este trabajo se presenta una reseña crítica de la legislación de salud del Canadá y de sus efectos en el bienestar de la mujer de ese país. A partir de una amplia definición de salud, se examina la legislación que influye en algunos de los principales factores determinantes de la salud, tanto dentro como fuera del sistema de atención. De hecho, esos factores se encuentran a menudo fuera del alcance del sistema de atención de salud propiamente dicho, ya que con frecuencia el bienestar físico está determinado por factores externos. En consecuencia, se explorará la legislación que afecta el bienestar social, económico, psicológico, ocupacional y físico de la mujer.

Además de presentar una reseña de la legislación pertinente y de su influencia en la mujer, este documento también contiene un examen de varios asuntos afines:

- la aplicación e imposición de las leyes vigentes;
- el efecto de la administración de justicia y la estructura del sistema judicial;
- la eficacia operativa de los cambios legislativos destinados particularmente a corregir las desventajas en que está la mujer, y
- las deficiencias legislativas, por ejemplo, los campos que exigen preparación de proyectos de ley donde no se atienden debidamente las necesidades de la mujer.

También se considerarán las necesidades especiales de grupos de mujeres que están en desventaja particular, como las madres solteras y las mujeres aborígenes.

En esta reseña se examinarán las disposiciones legislativas en algunos de los principales campos de interés para la mujer, pero no se pretende hacer un análisis exhaustivo de toda la legislación vigente. Cuando proceda, se explorará la interacción de la legislación federal con la provincial. También se identificarán los problemas surgidos de la incompatibilidad de varias disposiciones federales y provinciales.

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Los servicios de salud del Canadá funcionan dentro de un complejo marco político que incluye dos niveles de gobierno, a saber, el federal y los provinciales y territoriales. La prestación de servicios de salud es primordialmente una responsabilidad de las provincias, pero recibe gran influencia del gobierno federal por medio de su aportación fiscal a los servicios sociales y de salud. La Ley de Salud del Canadá ofrece la base para el programa de seguro de salud pública realizado en las provincias.

Como se señala en la ley citada, los servicios provinciales de salud deben ceñirse a amplios criterios de integridad, accesibilidad, universalidad, transferibilidad y administración pública para que puedan recibir apoyo fiscal. Lamentablemente, no se han definido ni los criterios ni las directrices sobre los servicios concretos que deben ofrecer las provincias. En consecuencia, los servicios provinciales de salud no son uniformes. Los programas provinciales de seguro de enfermedad cubren los servicios hospitalarios y médicos necesarios, pero varían en la cobertura de otros como medicamentos, atención dental, ambulancias, atención prolongada, prótesis, anteojos, atención en el hogar, optometría y quiropráctica (1). Además,

¹ Preparado con la asesoría de Sheila L. Martin, Facultad de Leyes, Universidad de Calgary, Calgary, Alberta, Canadá. Escrito en 1991.

² Oficina de abogados de McManus Anderson Miles, Calgary.

en la ley no se reconocen como opciones legítimas otros servicios de salud no tradicionales, por ejemplo, los de partería, ni se incluyen servicios médicos de particular interés para la mujer, como el aborto. Por añadidura, se exigen servicios de salud orientados sobre todo hacia intervenciones *post facto* más bien que hacia la prevención. De particular interés para la mujer es la necesidad de tener seguro de servicios de salud financiado por el Estado y destinado a aliviar la tensión física y mental que termina por ocasionar afecciones que exigen tratamiento médico.

En conclusión, pese a servir principalmente de mecanismo de financiamiento de la atención pública, la Ley de Salud del Canadá no proporciona directrices de política acertadas con respecto a las necesidades de salud de los canadienses en general, ni de la mujer en particular.

La Carta Canadiense de Derechos y Libertades está superpuesta en el marco legislativo federal-provincial, que concede ciertas garantías constitucionales relacionadas con valores fundamentales de la sociedad canadiense, como la igualdad, la libertad y la seguridad de la persona. Por lo tanto, las disposiciones legislativas de carácter discriminatorio o que tienen efectos de esa clase para la mujer, pueden recusarse en los tribunales. También se explorarán esas recusaciones y los mecanismos establecidos para facilitarlas.

Para efectos del análisis de los derechos de salud de la mujer en el Canadá, este documento comienza con un resumen de los derechos y restricciones de la mujer en materia de reproducción, incluso en campos como anticoncepción, aborto, partería, nuevas tecnologías de reproducción y asuntos afines que incluyen prestaciones sociales como licencia por razones de familia y cuidado infantil. A continuación se examina el asunto de la seguridad económica de la mujer, incluso temas como participación en la fuerza laboral, seguridad del ingreso, salud y seguridad ocupacionales y medidas de mejoramiento, por ejemplo, igualdad de remuneración y empleo de personas pertenecientes a minorías. La sección final fija la atención en los derechos generales a la seguridad de la persona y el efecto de la violencia en el bienestar de la mujer.

DERECHOS DE REPRODUCCION

Según la Oficina de Estadística del Canadá, las mujeres emplean el sistema de atención de salud mucho más que los hombres, como demuestran las estadísticas sobre el uso de servicios hospitalarios y el número de consultas médicas, y la atención de las necesidades de salud reproductiva de la mujer representa una gran parte de ese uso (2). En consecuencia, cualquier forma especial de abordar las necesidades de atención de salud reproductiva de la mujer que limite el acceso, por ejemplo, por medio de reglamentación o legislación especial, financiamiento de servi-

cios o influencia del personal médico, puede llevar a discriminación por razones de género (3).

Anticonceptivos

El Canadá pasó de un modelo penal de reglamentación del uso de anticonceptivos a uno médico en 1969, cuando se abolió la prohibición de la propaganda y de la venta de anticonceptivos, estipulada en el código penal. La Ley de Alimentos y Medicamentos promulgada por el gobierno federal y su reglamento confieren ahora control legal de los dispositivos y medicamentos anticonceptivos. Sin embargo, la despenalización de los anticonceptivos no ha dado a la mujer plena autonomía para regular su propia fecundidad. Por ejemplo, las provincias determinan qué servicios se definen como necesarios desde el punto de vista médico y se cubren en el plan de seguro de enfermedad. En consecuencia, en épocas pasadas se han desasegurado servicios como esterilización e inserción de dispositivos intrauterinos, lo que ha limitado las opciones de la mujer en materia de anticoncepción al eliminar el financiamiento público de otros servicios médicos a su disposición. Esas políticas, que afectan a la mujer de una forma desproporcionada, tienen repercusiones aún mayores para la que está en desventaja económica. Aunque esta clase de proceder del gobierno ha cambiado con la presión ejercida por el público y las recusaciones de la Carta de Derechos respecto de la constitucionalidad de esas decisiones, su propia existencia demuestra la imposición de controles sociales y políticos a la mujer.

Un resultado favorable de la legalización de los dispositivos de anticoncepción radica en que ahora están sujetos a las mismas reglas de inocuidad y responsabilidad civil que otros productos médicos. Por lo tanto, la mujer afectada por descuidos en la fabricación de dispositivos de anticoncepción o porque no se le advierten los riesgos conocidos de un producto puede pedir ahora indemnización monetaria presentando reclamaciones por agravio ante los tribunales. Las nuevas clases de indemnización por daños y perjuicios incluyen adjudicación de pagos por los tribunales, en casos de embarazo, concepción y parto lesivos (4).

Aborto

Pueden observarse tendencias similares con respecto al control legal del aborto y al correspondiente efecto desproporcionado de tal control para la mujer que sufre las consecuencias directas de la falla del método anticonceptivo (5). Hasta hace bastante poco, el aborto se reglamentaba por medio de prohibición penal. La práctica de un aborto o el hecho de tenerlo era un crimen, a menos que lo autorizara un comité de aborto terapéutico. En 1988,

la Corte Suprema del Canadá derogó la disposición del código penal en virtud de la cual se reglamentaba el aborto, aduciendo como razón que infringía los derechos concedidos por la Carta a la mujer embarazada y que, por lo tanto, era inconstitucional (6). Esa decisión acabó con todo el estigma de criminalidad que rodeaba al aborto y eliminó la necesidad de conseguir la autorización previa de un comité de aborto terapéutico para sancionar legalmente esa intervención. El gobierno federal presentó luego un proyecto de ley con el que trató de reintroducir el aborto al código penal, que fue rechazado por voto del Senado en 1991. Es poco probable que se intente penalizar de nuevo el aborto en el futuro previsible. Sin tener ya ninguna prohibición penal del aborto, las provincias están ahora en libertad de regularlo como cualquier otro procedimiento médico.

La respuesta de las provincias a la despenalización del aborto no ha sido coherente. Hay variaciones provinciales y regionales en todo el Canadá, sin normas uniformes sobre el acceso al aborto. Por ejemplo, Ontario lo ha definido como un servicio necesario por razones médicas. Además, ha destinado fondos públicos al establecimiento de clínicas de atención de salud reproductiva para practicar abortos y prestar otros servicios relacionados con la salud reproductiva. En cambio, en otras provincias se ha optado por aplicar un régimen especial a este procedimiento médico de diversas formas. Por ejemplo, algunas provincias han limitado el honorario médico por aborto, con lo que ofrecen un desincentivo económico a los médicos que lo practican. Otras medidas incluyen políticas de retención de fondos para abortos practicados en diferentes servicios de atención de salud, tentativas por revocar los fondos públicos para aborto, orientación obligatoria antes del aborto para señalar los riesgos de dicha intervención para la salud, sin indicar los del parto, y procedimientos de aprobación restrictivos que ya no permiten a los antiguos comités de aborto terapéutico cumplir con su finalidad legal (7). Eso ha suscitado problemas de acceso, demoras administrativas y continua estigmatización del aborto en algunas provincias. De hecho, esta regulación diferencial del aborto constituye una barrera para el acceso y ha sido cuestionada por razones constitucionales (8).

Otro posible campo de confusión que rodea la eliminación legal del embarazo indeseado es el uso de abortifacientes. La falta de una definición legal sobre el momento en que se produce el embarazo (por ejemplo, cuando ocurre la fecundación del óvulo, en lugar del momento de la implantación fructífera del mismo) crea problemas de clasificación de anticonceptivos y abortifacientes (9). Aunque los anticonceptivos ya no están cubiertos por disposiciones penales, el código penal todavía prohíbe el "suministro de un medicamento o de cualquier otra cosa nociva" a sabiendas de que se pretende usarlo para causar

un aborto, ya sea que la mujer esté embarazada o no; esa prohibición se puede aplicar a los abortifacientes de administración oral (10).

Control legal impuesto a la mujer embarazada

Otro motivo de preocupación es la nueva jurisprudencia en que se trata de controlar la conducta de la mujer embarazada y la forma en que debe dar a luz bajo el disfraz de preocupación por el maltrato prenatal y los derechos del feto. En un territorio se ha promulgado una ley que autoriza al Director de Atención Pediátrica para que controle la conducta de la mujer embarazada con respecto al consumo de sustancias causantes de dependencia o intoxicantes (11), y en una provincia se cubre expresamente al "niño nonato" en las leyes sobre bienestar infantil (12). A falta de disposiciones concretas sobre los derechos del feto, las actividades indirectas realizadas en otras provincias para controlar a la mujer embarazada se basan en leyes sobre bienestar infantil, al tratar de clasificar la conducta prenatal como maltrato que justifica la protección del Estado (13). En general, el Canadá tiene pocas disposiciones expresas que restringen la conducta de la mujer embarazada, y la jurisprudencia rechaza cualquier intento indirecto por interpretar las prohibiciones penales de carácter general y las leyes de protección infantil como disposiciones que incluyen al feto (14). Además, en un caso reciente en que un padre putativo trató de prohibirle a la madre que tuviera un aborto, la Corte Suprema del Canadá determinó que los derechos legales de un niño se confieren solo al nacer y que, a falta de disposiciones legislativas expresas, el feto no tiene derechos particulares que compitan con los de la mujer embarazada (15).

Nuevas tecnologías de reproducción

Los adelantos logrados en materia de nuevas tecnologías de reproducción, como la inseminación artificial, la sustitución de la madre, la fertilización *in vitro* y la manipulación genética, así como la rápida evolución de las pruebas prenatales y presintomáticas para la detección de afecciones genéticas, pueden tener un inmenso efecto en los derechos de reproducción de la mujer. Con el fin de abordar las cuestiones jurídicas, sociales y éticas afines que rodean a esos adelantos, el gobierno federal ha establecido una Comisión Real sobre Nuevas Tecnologías de la Reproducción para fomentar una amplia discusión y formular recomendaciones de política sobre esos asuntos. Además, el gobierno federal está estudiando una propuesta para establecer el Consejo Canadiense Asesor en Ética Biomédica.

Partería

Una y otra vez se ha acentuado el derecho que tiene la mujer de controlar sus facultades reproductivas y, según lo expuesto por S. L. Martin, los controles acumulativos legales y de otra naturaleza impuestos a la mujer constituyen discriminación general por razones de género cuando se consideran en su totalidad.

Es posible que la tecnología médica parezca ampliar las posibilidades de elección de la mujer en materia de reproducción, pero el hecho de comprender el funcionamiento de un modelo médico señala que eso no siempre se traduce en un aumento consiguiente del control que tiene la mujer de su vida reproductiva. Es posible manipular las reglas generales, tanto en el plano reglamentario como penal, para determinar hasta qué punto se permite a la mujer regular su propia fecundidad (16).

Un ejemplo nítido de las limitaciones impuestas a la autodeterminación de la mujer en cuestiones reproductivas tiene que ver con el parto. La creciente medicalización del parto, los procedimientos intervencionistas como la cesárea y la falta general de sensibilidad a las preocupaciones de la mujer han hecho que ella demande más servicios de partería y de atención de partos en el hogar.

En la actualidad, las provincias controlan quién puede ejercer la medicina, y con ello afectan el acceso de la mujer a la atención de salud; eso sucede particularmente cuando se trata del control del acceso a otro personal médico que podría proporcionar servicios como los de maternidad y atención puerperal. Este asunto reviste particular importancia para las mujeres de las zonas rurales, las inmigrantes, las aborígenes y las del norte, que viven donde los servicios de atención de maternidad son inadecuados o insensibles a sus necesidades. La actual situación jurídica de la partería en el Canadá subraya la falta de una política integral de atención de salud en la que se tengan en cuenta las necesidades de la mujer y las medidas tomadas actualmente para atenderlas.

Aunque muchos gobiernos provinciales se encuentran reevaluando la situación jurídica y profesional de la partería, y estudiando la posibilidad de integrarla al sistema de atención de salud, la mayoría de las provincias carece de regulación explícita de las parteras. Se prohíbe que estas, a cuyo ejercicio profesional se oponen las asociaciones federales y algunas de las provinciales, trabajen en los hospitales sin el consentimiento y la supervisión del médico, y sus honorarios no están cubiertos por el seguro provincial de enfermedad. Además, "en la mayoría de las provincias se prohíbe el ejercicio autónomo de la obstetricia o la partería a personas que no sean médicos debidamente autorizados", lo que hace a las parteras susceptibles de acu-

sación de ejercicio ilícito de la medicina (17). Sin normas reguladoras, las parteras no pueden conseguir seguro de negligencia profesional, y por eso están expuestas al riesgo de reclamaciones por negligencia profesional o penal en caso de lesión a la mujer embarazada o a su hijo. Además, dada la falta de normas de partería, los tribunales pueden emplear normas de medicina obstétrica para evaluar esas reclamaciones. En resumen, en la mayoría de las provincias, las parteras ejercen su profesión sin una definición clara de su condición jurídica, y están expuestas a tener que asumir responsabilidad por delito y daño.

Sin embargo, casi todas las provincias trabajan hoy en día por legalizar la partería y establecer normas profesionales. La mayoría ha nombrado grupos especiales u otros para que formulen recomendaciones, y tanto en Quebec como en Ontario se ha introducido recientemente legislación para legalizar la partería. Aunque gran parte de la nueva legislación se destina a establecer grupos de enfermeras-parteras que ejercerán en los hospitales en cooperación con los médicos, modelo criticado por los defensores de la práctica autónoma de la partería dentro del marco de la atención de partos en el hogar (18), la incorporación de la partería a los servicios de salud representa un intento por ofrecer otras posibilidades de atención de salud que sean más sensibles a las necesidades de la mujer.

Prestaciones sociales que incluyen licencia por maternidad y para ambos padres

El derecho que tiene la mujer a recibir apoyo para cuidado infantil está vinculado a los servicios de atención de maternidad y se divide en dos clases: prestaciones sociales que incluyen licencia por maternidad y para ambos padres, y apoyo para cuidado infantil a los padres trabajadores para que puedan cumplir con las responsabilidades de la familia y la crianza de los hijos.

La imagen proyectada por las prestaciones sociales que incluyen licencia por maternidad y para ambos padres en el Canadá indica que los recursos sociales no parecen asignarse de tal manera que se reconozcan como prioridad social las responsabilidades de concepción y crianza de los hijos que tiene la mujer. En un estudio hecho recientemente por la Junta de Conferencias del Canadá, con la participación de 385 compañías, se informó que solo 55% ofrecían licencia especial por razones de familia, menos del 50% tenían un horario de trabajo flexible y menos del 10% proporcionaban información sobre cuidado infantil y servicios de referencia (19). Pese a los recientes cambios hechos en el programa federal de prestaciones sociales de maternidad y en las provincias con el fin de mejorar el sistema de concesión de licencia por maternidad y para ambos padres, los programas actuales son inadecuados porque, de hecho, niegan esa clase de prestaciones sociales. Esta incongruencia

niega la función biológica de la mujer y perpetúa las desigualdades sociales que hacen recaer sobre la madre el mayor costo de la crianza de los hijos (por ejemplo, los costos emocionales, físicos y económicos). Además, tiene el efecto de reforzar los estereotipos sexuales.

El Consejo Canadiense Asesor sobre la Situación de la Mujer ha determinado que los padres de niños pequeños necesitan cinco clases de licencia (20):

- Licencia por maternidad: tiempo libre para que la madre dé a luz y se recupere física y mentalmente (21).
- Licencia por paternidad: tiempo libre para que el padre esté presente durante el parto y por algún tiempo después.
- Licencia para ambos padres: tiempo libre durante un período prolongado después de la licencia por maternidad para cualquiera de los padres con el fin de permitirle que cuide al lactante y establezca lazos afectivos con él.
- Licencia por adopción: tiempo libre para ambos padres con el fin de que puedan establecer lazos afectivos con el niño y adaptarse a la presencia de un nuevo miembro de la familia.
- Licencia por razones de familia: tiempo libre para que cada uno de los padres pueda atender casos de emergencia (por ejemplo, enfermedad del niño o de la persona que lo cuida normalmente), o para cumplir con otras responsabilidades familiares (por ejemplo, las citas médicas del niño).

En el Canadá no existe un sistema unificado e integral de licencia por maternidad o para ambos padres, totalmente pagado. Cuando hay prestaciones sociales que incluyen algunas de las clases de licencia señaladas, por lo general son administradas por el gobierno federal con arreglo al plan de beneficios del seguro de desempleo (22). Las disposiciones sobre licencia sin sueldo que permiten tomar tiempo libre del trabajo sin pérdida de la seguridad del mismo son administradas de conformidad con la legislación provincial y territorial sobre normas de empleo, y hay otras leyes que cubren a los funcionarios públicos federales y provinciales. A algunos trabajadores se les ofrecen otras prestaciones sociales, como tiempo libre y sustitución de ingresos, de acuerdo con convenios colectivos.

La legislación provincial y territorial sobre normas de empleo proporciona un patrón mínimo. Por lo general, los funcionarios públicos y los empleados amparados por convenios colectivos gozan de mejores disposiciones sobre licencia. Sin embargo, para poder recibir beneficios del seguro de desempleo, el trabajador tiene que cumplir con los criterios aplicables, que difieren a menudo de los que permiten que el trabajador reciba licencia sin sueldo. En los casos en que la legislación sobre normas de empleo provincial establece requisitos más estrictos para poder recibir licencia u ofrece menos tiempo libre que el período cubierto por los beneficios del seguro de desempleo, el

trabajador puede renunciar a las prerrogativas que se le confieren en virtud de dicho seguro para poder mantener la seguridad de su empleo (23).

La mayor incompatibilidad entre las esferas legislativas federal y provinciales tiene que ver con el período de empleo de un trabajador antes de que se le conceda la licencia, que pone en desventaja a los trabajadores estacionales y a quienes han cambiado de empleo recientemente. Además, muchas leyes sobre normas de empleo provincial excluyen a determinadas clases de trabajadores, como agricultores, empleados del servicio doméstico y estudiantes de programas de trabajo, del grupo que puede recibir licencia, y se deniegan los beneficios del seguro de desempleo a los trabajadores no contribuyentes al plan, como los de tiempo parcial que ganan menos de los ingresos mínimos asegurables y los independientes, como los contratistas o empresarios. Por definición, las mujeres sin empleo remunerado fuera del hogar se excluyen del grupo que recibe prestaciones sociales de maternidad (24). De hecho, solo 55% de las madres empleadas reclaman prestaciones sociales de maternidad y un 23% recibe los beneficios que concede regularmente el seguro de desempleo después de la maternidad mientras buscan otro empleo, lo que demuestra la deficiencia del actual sistema de prestaciones sociales que incluyen licencia por maternidad (25). Además, es poco el monto del ingreso que ofrecen en sustitución los beneficios de maternidad del seguro de desempleo. Por tanto, aun las disposiciones generosas sobre licencia sin sueldo que da un empleador o son sancionadas por la provincia nada ayudan a los trabajadores de bajos ingresos (26).

Los cambios recientes de la Ley de Seguro de Desempleo, destinados a mejorar los beneficios de maternidad y a dar a los padres naturales la oportunidad de tomar licencia, son medidas favorables. Sin embargo, hasta cuando las disposiciones sobre licencia sean compatibles con las relativas a beneficios, será imposible para muchos de los nuevos padres de familia aprovechar las mejoras. Para que la mujer goce de igualdad en el lugar de trabajo, el hogar y toda la sociedad, son necesarios los cambios siguientes: provisión de prestaciones sociales equivalentes a la sustitución de todo el ingreso; provisión de prestaciones sociales a las mujeres actualmente excluidas; promoción de prestaciones sociales que fomenten la participación de los hombres en el cuidado de los hijos, y establecimiento de derechos jurídicos a la licencia por razones de familia. Solo de esa forma se podrá promover el objetivo de política social centrado en el apoyo a la familia y la distribución equitativa de las responsabilidades familiares.

Cuidado infantil

El asunto del apoyo en materia de cuidado infantil está intrínsecamente vinculado a la igualdad de la mujer, por-

que, si no es suficiente, la mujer trabajadora lleva, por lo general, una carga más pesada de responsabilidades familiares. El Canadá no tiene una política nacional de cuidado infantil y el gobierno federal no ha hecho esfuerzo alguno por establecerla desde que el Senado rechazó el proyecto de ley de cuidado infantil antes de llamar a elecciones en 1988.

Las provincias tienen jurisdicción sobre el cuidado infantil; el gobierno federal participa por medio de iniciativas de financiamiento. Por lo tanto, las provincias se ocupan de la iniciación, el patrocinio, y las normas y su aplicación, así como de proporcionar espacios subvencionados en las guarderías infantiles para ayudar a los padres de familia de bajos ingresos. El apoyo financiero prestado en las provincias y los territorios también entraña mecanismos como subvenciones para financiamiento, iniciación y reparaciones, y varía mucho de una región a otra. El gobierno federal comparte el costo de los subsidios provinciales de guardería infantil por medio del Plan Canadiense de Asistencia. También ofrece créditos y deducciones tributarios a los padres con hijos y asistencia monetaria a los padres de bajos ingresos participantes en los programas de adiestramiento del Departamento de Empleo e Inmigración del Canadá.

En general, el sistema de cuidado infantil del Canadá es inadecuado y tiene muchos problemas. La demanda de espacio para guardería infantil es muy superior a la oferta (27), y la de espacio subvencionado es particularmente elevada (28). Además, las familias que no se ciñen a las normas en cuanto al límite de ingresos o de medios económicos establecidas por las provincias para determinar si pueden recibir subsidios, se ven obligadas a pagar el costo total del servicio de guardería, independientemente de sus medios. Otros problemas guardan relación con la calidad de los servicios ofrecidos: a veces estos no coinciden con las horas de trabajo de los empleados de turno, y se afirma que la idoneidad de los trabajadores de las guarderías no está debidamente regulada. De hecho, muchas personas encargadas del cuidado de los niños reciben poca remuneración, trabajan en exceso y están sujetas a estrés en sumo grado. La remuneración de los trabajadores es insuficiente, los servicios de cuidado infantil tienen frecuente rotación de personal y la moral de este es baja (29). Raras veces existen guarderías en el lugar de trabajo, lo que impide que se introduzcan leyes progresivas de maternidad que le den a la mujer derecho a tener recesos obligatorios para amamantar al niño.

Política relativa a la familia

Dado que en el país falta apoyo para ofrecer servicios de cuidado infantil adecuado en lo que respecta a accesibilidad, calidad, flexibilidad y universalidad, y en vista de que las dis-

posiciones de la legislación federal y provincial sobre prestaciones sociales que incluyen licencia para los padres son incoherentes e inadecuadas, es obvio que el Canadá no tiene una política explícita relativa a la familia. Esa expresión sugiere apenas que existe un conjunto de programas destinados a "ayudar a sufragar los costos financieros de la crianza de los hijos y a instar a las parejas a que los tengan" (30).

Quebec es la única provincia canadiense que ha establecido políticas pronatalistas explícitas para instar a la gente a que tenga hijos, como consecuencia de la reducción de la tasa de natalidad. Sus programas incluyen incentivos financieros cuyo valor aumenta con el número de hijos, suplementos al subsidio familiar federal y disposiciones sobre licencia para los padres más generosas que las ofrecidas por otras provincias. Sin embargo, mientras no se reconozca en los programas que las responsabilidades familiares son una preocupación social y no particular, y que la crianza de los hijos es un beneficio social más bien que una responsabilidad de la familia, persistirán las desigualdades sociales y el peso de la responsabilidad de la crianza de los hijos recaerá sobre la mujer.

SEGURIDAD ECONOMICA

Antecedentes

La sociedad canadiense ha experimentado varios cambios económicos, entre los que se destaca la necesidad de que la familia tenga dos ingresos para sobrevivir en la economía actual (31), y las estadísticas muestran que la mayoría de las mujeres en edad de trabajar forman parte de la fuerza laboral (32). Lamentablemente, las estadísticas indican que la gran mayoría de las mujeres son empleadas solo por algunos grupos industriales en ocupaciones que tradicionalmente devengan bajos ingresos. Por tanto, el mayor índice de empleo de la mujer ha ido acompañado de una concentración de mujeres en "industrias de servicio no sindicadas y en ocupaciones de menor remuneración" (33). La Oficina de Estadística del Canadá ha informado recientemente que las trabajadoras de tiempo completo en 1989 ganaron solo 55,9% del ingreso mediano de los hombres, lo que indica una grave deficiencia en materia de remuneración (34). Según la descripción de la situación de la mujer dada por el Consejo Canadiense Asesor:

El sueldo de la mujer es mucho menor que el del hombre; además, se sigue considerando a la mujer como el sostén secundario de la familia, cuyo salario apenas suplementa los ingresos del sostén principal (35).

Esa situación se ve exacerbada por el panorama económico de los canadienses de bajos ingresos. El Consejo Na-

cional de Bienestar, organismo del Departamento de Salud y Bienestar Nacional del gobierno federal, ha informado que la mayoría de los 1,9 millones de canadienses indigentes a cargo de la asistencia social en 1989, independientemente de la clase de hogar a que pertenecen, tuvieron “ingresos que ni siquiera se acercan al nivel de pobreza”, y que el monto de las prestaciones sociales recibidas fue muy inferior al nivel de pobreza establecido (36). Esa situación es particularmente aguda cuando se trata de determinados grupos, como las ancianas y las madres solteras. Por ejemplo, se ha informado que los ingresos de 81% de las madres solteras de 16 a 24 años son inferiores a los del nivel de pobreza (37), y que las ancianas solas que viven de pensiones están entre los canadienses más pobres (38). La representación desproporcionada de la mujer en el grupo de la población pobre, es decir, la feminización de la pobreza, ha sido ampliamente tratada en las publicaciones sobre el tema.

Los bajos ingresos se han vinculado a los quebrantos de salud. En consecuencia, la legislación que afecta la seguridad económica de la mujer canadiense tiene importancia directa para su bienestar (39). En las próximas secciones se investigarán varios asuntos relativos a seguridad económica.

Protección de la fuerza laboral

Los derechos y obligaciones de las trabajadoras pertenecientes a la fuerza laboral se rigen por varias leyes, incluso disposiciones sobre derechos humanos que prohíben la discriminación en el empleo y establecen leyes sobre patrones de empleo, disposiciones sobre igualdad de remuneración y programas destinados a evitar las desigualdades de remuneración y la creación de guetos formados por mujeres en determinadas ocupaciones. También hay disposiciones sobre salud y seguridad ocupacionales, complementadas por mecanismos de indemnización de los trabajadores lesionados. Además es importante la forma en que se trata a determinadas clases de trabajadoras, como las empleadas del servicio doméstico. Al abordar lo relativo a los derechos de la mujer en la fuerza de trabajo remunerada, se explorará cada uno de esos campos.

A manera de nota preliminar, la legislación federal y provincial cubre esos temas. Los empleados y empleadores se rigen por el equivalente federal o provincial de la legislación de derechos humanos y normas de empleo, según su esfera de acción. Por ejemplo, los empleadores del gobierno federal, como las empresas estatales, las operaciones interprovinciales y los organismos del gobierno federal, se rigen por leyes federales, en tanto que las empresas y los organismos públicos provinciales se rigen por leyes provinciales. La Carta de Derechos y Libertades y sus dispo-

siciones sobre protección de los derechos humanos se superponen en este marco legislativo.

Disposiciones sobre protección contra la discriminación

Las prohibiciones de discriminación en el empleo son de distinta índole, como las basadas en el sexo, la raza o la edad. La Carta de Derechos confiere igualdad de derechos en varias de sus secciones: la sección 15(1) garantiza igualdad “ante la ley y en virtud de esta” e “igualdad de protección y de beneficio de la ley” sin discriminación (por ejemplo, por razones de raza, origen nacional o étnico, color, religión, sexo, edad o discapacidad mental o física); la sección 15(2) sanciona los programas que favorecen a las minorías y se destinan a subsanar las desventajas causadas por la discriminación por las razones citadas, y la sección 28 afirma que todos los derechos de la Carta se garantizan por igual a las mujeres y los hombres. Estas disposiciones se han empleado para cuestionar la legislación y los programas federales y provinciales que se estima que van en contra de la mujer.

Las prohibiciones de discriminación citadas en la Carta de Derechos se reiteran también en la Ley de Derechos Humanos del Canadá y en sus equivalentes en las provincias y territorios, como la Ley de Protección de los Derechos del Individuo promulgada en Alberta. Aunque la legislación sobre derechos humanos prohíbe la discriminación en el empleo por razones de género, las razones de discriminación citadas varían; por ejemplo, en algunas provincias se ha prohibido la discriminación por razones de orientación sexual, embarazo y afecciones obstétricas, pero en otras no. Esas lagunas se llenan con la jurisprudencia de la Corte Suprema del Canadá (40); sin embargo, la protección que confieren las provincias no siempre es amplia y se puede excluir a determinados grupos, como los empleados del servicio doméstico (41).

Se observa una clase de protección similar contra la discriminación por orientación sexual en la prohibición del hostigamiento sexual. La Ley de Derechos Humanos del Canadá prohíbe el hostigamiento en el lugar de trabajo, incluso el de naturaleza sexual, por varias razones. Además, responsabiliza al empleador de los actos de sus demás empleados y agentes cuando deja de tomar las medidas necesarias para evitar esa ofensa. El código laboral del Canadá contiene una amplia definición del hostigamiento sexual y exige que los “empleadores hagan todo cuanto esté razonablemente a su alcance para garantizar que ningún empleado sufra hostigamiento sexual” (42). En otras provincias, la prohibición de la discriminación sexual se interpreta como algo que incluye hostigamiento sexual, aun cuando no se señale concretamente. Lamentablemente, las empleadas del servicio doméstico excluidas de esa legislación protectora son particularmente vulnerables; es poco probable que recurran a la protec-

ción que les confiere el derecho penal, porque a menudo están a merced de sus agresores para poder tener empleo continuo. En ese estado de cosas, es importante señalar que la aplicación de toda la legislación sobre derechos humanos exige que toda queja sea presentada por la Comisión de Derechos Humanos correspondiente o, lo que es más importante, por el empleado cuyos derechos se hayan infringido.

Normas de empleo

Por contraste con las disposiciones sobre derechos humanos, la legislación sobre normas de empleo fija un mínimo de prestaciones sociales y de protección con que deben cumplir los empleadores, y las multas por inobservancia a menudo ya están incorporadas en las mismas. El hecho de que la legislación exija un salario mínimo, vacaciones, licencia (por maternidad o paternidad) y aviso de cese no significa necesariamente que la protección ofrecida sea adecuada. Puesto que la legislación provincial no siempre es coherente, la protección varía (43). Además, como se ha señalado,

Algunos grupos de trabajadores, en particular los empleados del servicio doméstico, los agricultores y ciertas clases de estudiantes, quedan total o parcialmente excluidos de esa legislación, según la jurisdicción (44).

Igualdad de remuneración

Las disposiciones sobre derechos humanos relativas a igualdad de remuneración están superpuestas en las de protección del salario y del empleo. La Ley de Derechos Humanos del Canadá prohíbe que un empleador, sujeto a la jurisdicción del gobierno federal, pague un salario diferente a los hombres y las mujeres por trabajo de igual valor. La legislación sobre derechos humanos o normas de empleo de la mayoría de las provincias contiene disposiciones sobre igualdad de remuneración y cubre a los empleadores que no están bajo la jurisdicción federal. Esas disposiciones prohíben toda reducción del salario para cumplir con el mandato de igualdad de remuneración y, por lo general, definen el trabajo de igual valor como los deberes de un empleo que exigen habilidad, esfuerzo y responsabilidad similares. Sin embargo, en este caso también, varias provincias excluyen de la protección de dichas disposiciones a los empleados del servicio doméstico que trabajan en residencias particulares. Las que confieren protección especial a esos empleados, por ejemplo, en cuanto a salario y horas de trabajo, incluyen también el límite máximo que puede cobrar un empleador por alojamiento y comida. Es indispensable proteger a los empleados del servicio doméstico en las residencias particulares porque

muchos de ellos son inmigrantes que dependen de ese empleo para poder permanecer en el Canadá.

En varias iniciativas de los gobiernos federal y provinciales se ha comenzado a abordar el problema del reconocimiento y la remuneración insuficientes del trabajo de la mujer. La Ley de Igualdad en el Empleo, del gobierno federal, "exige que los empleadores reglamentados por el gobierno federal presenten un informe anual sobre la representación de la mujer y de otros grupos menos favorecidos en el lugar de trabajo" (45). Los informes sobre dicha ley se publican y se envían a la Comisión Canadiense de Derechos Humanos, donde se pueden emplear las estadísticas para comenzar a investigar la discriminación en general. Sin embargo, se cree que las sanciones que permite aplicar dicha ley son ineficaces, ya que solo cubren la falta de notificación.

La Ley de Igualdad en el Empleo fue examinada por un comité especial de la Cámara de los Comunes en 1991. Varios grupos criticaron el efecto que causaba la ley y la forma en que se aplicaba (46). El informe del comité especial, titulado *A Matter of Fairness* (Una cuestión de justicia), se publicó en 1992. Una de sus recomendaciones fue la extensión de la cobertura de la ley a un número mayor de empleados, como los del Servicio Público Federal, las Fuerzas Armadas del Canadá, el Parlamento, y todos los organismos, comités y comisiones federales. Otra recomendación consistió en que el Departamento de Empleo e Inmigración asumiera la función de organismo de vigilancia y que la Comisión Canadiense de Derechos Humanos fuera la institución encargada de velar por la observancia de la ley. La última recomendación también incluyó la asignación de recursos adecuados al comité, para que pudiera desempeñar su función (47).

El programa de contratistas del gobierno federal, una iniciativa similar, exige que este compre solo a compañías que certifiquen que cumplirán con las disposiciones de igualdad en el empleo. Las compañías están sujetas también a examen para determinar si se observa lo dispuesto, y se les puede prohibir que presenten licitaciones para futuros contratos de bienes y servicios si se descubre que han cometido alguna infracción. Aunque estas son medidas favorables para reconocer y compensar el valor del trabajo de la mujer, varios grupos femeninos han puesto en tela de juicio la sinceridad de esas iniciativas. Además, su éxito parece ser limitado, dada la tendencia estadística relativa a las diferencias de salarios y empleos ocupados por mujeres y hombres desde 1985, cuando se promulgó la ley citada. Se ha sugerido que deben combinarse la igualdad en el empleo y la paridad salarial para mejorar efectivamente la condición del empleo de la mujer y de otros grupos menos favorecidos (48).

La solución del problema de los salarios bajos adquiere importancia aún mayor al considerar que otras prestaciones sociales, como las del sistema nacional de pensiones y

los beneficios del seguro de desempleo, se basan en los ingresos del trabajador. Por lo tanto, no solo se defrauda a la mujer ahora, sino que sus futuros ingresos y prestaciones sociales también son afectados.

Salud y seguridad ocupacionales

La situación legislativa sobre la salud y la seguridad es sumamente compleja. Puesto que la salud es un asunto de competencia de las provincias, las leyes sobre salud y seguridad ocupacionales, en general, son promulgadas por estas; en consecuencia, no hay un conjunto uniforme de normas para garantizar el bienestar en el lugar de trabajo. Se promulgan leyes sobre determinados peligros (radiación, plaguicidas, ruido) e industrias (minería), pero las posibilidades de liderazgo del gobierno federal en ese campo son considerables, dado que este es el mayor empleador del Canadá y sus normas son adoptadas a menudo por las provincias.

La indemnización de los trabajadores, un plan en virtud del cual estos reciben indemnización por discapacidad o lesiones sufridas en el empleo, está bajo jurisdicción de las provincias. En consecuencia, varían la cantidad y el tipo de prestaciones sociales pagadas en cada una, lo mismo que los criterios para poder recibirlas. En este caso se excluyen también varias clases de trabajadores, como los empleados del servicio doméstico y los trabajadores ocasionales.

Las mujeres pueden ser afectadas por peligros ocupacionales de varias formas, como exposición directa en el lugar de trabajo, o indirecta a sustancias químicas peligrosas que lleva su esposo a casa en la ropa. Sin embargo, la atención a la seguridad ocupacional de la mujer se ha concentrado generalmente en salvaguardar su capacidad reproductiva protegiéndola de un medio ambiente de trabajo que se cree peligroso para la fecundidad. Este enfoque presenta varias incoherencias. Por ejemplo, se ha hecho hincapié en la capacidad reproductiva de la mujer y en la salud del feto, y se ha desatendido el hecho de que el hombre puede sufrir un daño reproductivo similar (49). Además, ahora hay ciertas restricciones en cuanto a los requisitos de admisión a determinados tipos de empleo, como los muy bien remunerados en el campo de la energía atómica, a consecuencia de prácticas de empleo en que se habla mucho de protección, pero se expone a la mujer al mismo peligro que acarrear las ocupaciones femeninas tradicionales, como la radiación en las profesiones de la salud. Con la protección a la igualdad en el empleo que confiere la legislación sobre derechos humanos, se han hecho varias modificaciones de las prácticas de contratación y las políticas legislativas de carácter restrictivo. Por ejemplo, en 1985 se enmendó el reglamento de control de la energía atómica, de manera que los trabajadores de ambos sexos en el campo de la radiación atómica estuvieran sujetos a los mismos límites de exposición a la radiación;

ahora solo las mujeres embarazadas están sujetas a límites de exposición menores.

Son necesarios más estudios de los efectos que tienen los peligros en el lugar de trabajo para la salud reproductiva de los hombres y las mujeres, y normas de protección neutras en cuanto al género, que permitan tratar igualmente a las personas de uno y otro sexo.

Las normas de salud y seguridad ocupacionales en las que se establece un grado permisible de exposición a peligros en el lugar de trabajo deben destinarse a conferir máxima protección, sin distinción por razones de género. En la legislación sobre el lugar de trabajo es necesario abordar los asuntos de salud y de igualdad de derechos, y no se deben tomar medidas que hagan que las trabajadoras tengan "el mismo derecho a ser envenenadas" (50).

Se necesita más protección en el lugar de trabajo para las mujeres expuestas a peligros para la reproducción en su empleo tradicional, como exposición a sustancias químicas, calor y ruido en lavanderías en seco y de otra clase, a que son susceptibles las mujeres embarazadas y lactantes. Donde exista el derecho a rechazar una ocupación peligrosa, los trabajadores necesitan mayor protección para que se les garantice seguridad en el empleo en caso de rechazo; de otro modo, es posible que tengan que desempeñar una ocupación peligrosa y nociva para la salud en su empeño por proteger su medio de vida. Como ha señalado Chenier, la indemnización de los trabajadores está orientada generalmente hacia la compensación por discapacidad ocupacional que reduce la capacidad que tiene un trabajador de devengar ingresos y cuyo factor causal puede estar en el trabajo (51). Además, a menudo es difícil probar la causalidad, ya que es posible que muchas sustancias químicas no se hayan sometido a ensayos de mutagenicidad, teratogenicidad ni carcinogenicidad, ni tengan posibilidades de ensayarse. En consecuencia, se necesita reorientar la actitud básica para proteger el bienestar general del trabajador y la capacidad reproductiva de los hombres y las mujeres.

Amas de casa

Las dificultades que experimentan las mujeres en el lugar de trabajo en lo que respecta a igualdad y seguridad económica se agravan fuera del mercado laboral. Muchas de las prestaciones sociales, como los beneficios del seguro de desempleo, que cubren casos de enfermedad, maternidad, etc., la indemnización por lesiones sufridas en el trabajo y las pensiones, solo se pagan a las mujeres que cumplen con los criterios de admisibilidad. Estos se basan en un requisito de participación en la fuerza de trabajo remunerada más allá de un umbral. En consecuencia, las amas de casa, que nunca han trabajado en la fuerza laboral remunerada o que tuvieron empleo de tiempo parcial

por debajo de lo mínimo, quedan excluidas del grupo que recibe esas prestaciones sociales porque no se reconoce su participación en la fuerza de trabajo sin remuneración. La mujer está todavía en mayor desventaja porque las prestaciones sociales dependen del tiempo de trabajo y del monto de las aportaciones hechas. Puesto que ella trabaja en oficios que se pagan menos, y a menudo interrumpe su empleo para tener y criar hijos, son pocas las mujeres que reciben prestaciones sociales del plan de pensiones del Canadá, y quienes gozan de estas, reciben menos que los hombres (52).

Estos factores, junto con la creciente tasa de divorcio, han agravado la pobreza de las ancianas. Por ejemplo, una mujer que nunca ha trabajado en la fuerza laboral remunerada no tiene derecho a recibir prestaciones sociales del plan de pensiones del Canadá por cuenta propia. Si se divorcia, puede solicitar que se le acredite la mitad de las prestaciones sociales del esposo, pero sin otro apoyo, las que recibe por seguridad para la vejez, junto con los suplementos de ingreso garantizado, tal vez no le basten para mantenerse por encima del umbral de pobreza, sobre todo si necesita atención especial.

Divorcio

En 1985 se modificó la Ley de Divorcio y se determinó que la disolución del matrimonio es la única razón para el divorcio. En los años posteriores a ese cambio, la tasa de divorcio ha tenido un aumento acusado, seguido de un efecto de nivelación. Además de esa reforma, se expusieron cuatro factores que deben regir la adjudicación de pagos de manutención al cónyuge y a los hijos (53). Esos factores se expresan vagamente y pueden ser irreconciliables, y la ley no indica su grado de prioridad. En consecuencia, gran parte de la jurisprudencia se ha concentrado en un modelo de apoyo conyugal que fomenta la autosuficiencia de los cónyuges después del divorcio. Lamentablemente, eso ha resultado en adjudicación de pagos en los que no se tiene en cuenta el aporte económico de la esposa al matrimonio por medio de actividades de apoyo a la familia, como crianza de los hijos y manejo del hogar. Como dice un autor:

Aunque las diferencias en el nivel de vida pueden justificarse en virtud de una ley justa de apoyo conyugal, un patrón generalizado de marcadas disparidades entre el nivel de vida de las familias de las exesposas y el de las de los exesposos puede indicar un problema general de falta de apoyo y trato injusto de las mujeres y los niños, en lugar de disposiciones sobre apoyo cuidadosamente adaptadas a los hechos concretos del caso (54).

En realidad, la investigación indica que el nivel de vida de los hombres divorciados aumenta un promedio de 42% en el año siguiente al divorcio, mientras que el de sus esposas e hijos se reduce 73%, por factores como la tendencia a conceder custodia de los hijos (y, por lo tanto, el peso de las responsabilidades de la crianza) a las esposas, el hecho de que la mujer gana menos que el hombre y el incumplimiento de los hombres con los pagos de manutención ordenados por el tribunal (55). También cabe señalar que el sistema tributario del Canadá perjudica a la mujer, puesto que los pagos de pensión para alimentos y manutención de los niños son gravables para el receptor, pero deducibles de los impuestos para quien los hace.

Otros problemas relacionados con los pagos de manutención del cónyuge y de los hijos guardan relación con la deficiencia de los procedimientos para su aplicación. En algunas provincias, el padre guardián recibe apoyo del gobierno provincial que, a su vez, recauda el dinero del otro cónyuge. Ese procedimiento garantiza el recibo de apoyo y acaba con la necesidad de que el primero presente una demanda judicial cuando no recibe dicho pago. Lamentablemente, esas disposiciones sobre la aplicación de las leyes de manutención no son universales.

Hay otros problemas en la legislación provincial relativa a la propiedad matrimonial basada en el concepto de división equitativa de haberes. Aunque es buena en teoría, en realidad las mujeres a menudo quedan en desventaja económica al terminar el matrimonio, y se ven obligadas a vivir de esos haberes mientras que el esposo depende de su medio de vida ya establecido. Las pensiones con frecuencia son los bienes de capital de mayor cuantía que posee la pareja y crean dificultades al dividirse. En general, la mujer a menudo se vuelve vulnerable a la inestabilidad económica después del divorcio y de la disolución del matrimonio.

VIOLENCIA

La ausencia de violencia física y de temor generalizado es un requisito para el bienestar y, aun así, las pruebas estadísticas revelan que para muchas mujeres la violencia o la amenaza de esta es parte de su vida (56). La masacre de 27 mujeres en Montreal en diciembre de 1989 fue un ejemplo concreto de violencia dirigida solo a la mujer por ser mujer.

El hecho de que muchas mujeres permanezcan en una situación de violencia en el hogar puede deberse, en parte, a la respuesta del sistema judicial a su situación y, en parte, a su inestabilidad económica. Los elevados costos de vivienda, bajos salarios o limitadas oportunidades de empleo, poca estima propia y temor de venganza contribuyen a un círculo de violencia difícil de romper. Se reconoce la necesidad de aumentar el número de refugios para mujeres maltratadas; esa situación puede mejorar algo

con una subvención federal de \$ 136 millones concedida recientemente para los próximos cuatro años (57).

Legislación

En los últimos 20 años se ha modificado bastante el código penal. Los cambios más notables han sido las enmiendas a las disposiciones sobre violación. En 1983, las disposiciones del código penal sobre violación y atentado contra el pudor se sustituyeron con una disposición sobre agresión sexual y se trasladaron a una sección del código que trata de ofensas violentas. El efecto de esos cambios no está claro todavía, aunque la continua subnotificación de casos es señal de problemas relativos a la forma en que el sistema jurídico castiga esos delitos.

Sistema jurídico

La experiencia de las víctimas con el sistema judicial después de presentar sus informes de agresión sexual no ha sido favorable. Aunque se han reformado algunas reglas de presentación de pruebas, como la eliminación de la necesidad de corroborar independientemente la queja presentada por una víctima, las víctimas de los delitos sexuales describen a menudo su experiencia en el tribunal como violación (58). La falta de una política nacional uniforme sobre la manera en que la policía se ocupa de los casos de agresión conyugal también se ha citado como problema, así como la necesidad de sensibilizar más a la administración de justicia respecto a la situación de las mujeres expuestas a esa clase de violencia (59). Se ha adelantado algo en ese campo, por ejemplo, con el establecimiento de un tribunal en Winnipeg, Manitoba, en 1991, que se especializa en el manejo de casos de violencia familiar. Ese tribunal, que trata ampliamente el problema de la violencia familiar, se dedica a tramitar los casos más rápidamente que los tribunales ordinarios y a contratar jueces y abogados de oficio, con formación especializada. Otro adelanto fue la trascendental decisión adoptada recientemente por la Corte Suprema del Canadá, en virtud de la cual se reconoce como legítima la defensa de una esposa golpeada, que mata a su esposo en defensa propia por temor de que le haga más daño con otro ataque (60).

CONCLUSION

Como se demuestra en la reseña precedente, la mujer canadiense ha visto algunos cambios favorables en su derecho al bienestar. Sin embargo, el proceso no está com-

pleto y la introducción de disposiciones de protección legal no es siempre adecuada. El bienestar entraña un medio físico y psicológico favorable y, por lo tanto, exige un derecho no solo a atención médica adecuada sino también a suficiente seguridad económica, un medio sin violencia, y un clima social favorable en el que se reconozca el valor del aporte de la mujer a la sociedad y su igualdad de derecho a oportunidades de autorrealización y adelanto personal.

REFERENCIAS Y NOTAS

(1) Sutherland, R.W. y Fulton, M. J. *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*. Ottawa, The Health Group, 1988, pág. 55.

(2) Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a. ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, págs. 130-146. En esta obra se informa que las causas principales de hospitalización de la mujer son el embarazo y el parto, y que las enfermedades del aparato genitourinario son también una causa importante. Además, ha aumentado la tasa de morbilidad por enfermedad inflamatoria de la pelvis y embarazo ectópico, así como el número de abortos terapéuticos. Los datos más recientes de la Oficina de Estadística del Canadá sobre el aborto, notificados en *Ottawa Letter* del 15 de abril de 1991, pág. 131, indican que la cifra de 70 705 abortos practicados en el Canadá en 1989 constituye una marca sin precedentes.

(3) Martin, S. L. *Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, septiembre de 1989, pág. 33.

(4) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, secciones 2.76-2.78.

(5) Cook, R. J. Moving ahead on contraception. *Family Practice*, 1 de junio de 1991. En esta publicación se informa que la tasa anual de falla de los anticonceptivos orales es de 6%, la de los condones y diafragmas de 16% y la de los espermicidas, de 25%.

(6) *Morgentaler, Smoling et al. v. The Queen* [1988], 2 S.C.R. 30.

(7) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, secciones 3.56-3.63.

(8) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, sección 3.62. En esta obra se describe la recusación fructífera de la ley para restringir la privatización de los servicios médicos (Ley de Servicios Médicos) promulgada en Saskatchewan en 1989, en virtud de la cual se prohibió el aborto practicado fuera de un hospital y se negó el reembolso por ese procedimiento.

(9) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, sección 2.68.

(10) Martin, S. L. *Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, septiembre de 1989, pág. 5.

(11) Martin, S. L. *Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, septiembre de 1989, pág. 5, referente a la Ley sobre los Niños de los Territorios del Yukón.

(12) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, sección 4.40, referente a la Ley de Servicios a la Familia de New Brunswick, 1980.

(13) Martin, S. L. *Women's Reproductive Health, the Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, septiembre de 1989, pág. 10.

(14) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, sección 4.78.

(15) *Daigle v. Tremblay* [1989], 2 S.C.R. 530.

(16) Martin, S. L. *Legal Controls on Human Reproduction in Canada: A History of Gender-Biased Laws and the Promise of the Charter*. J. Dur. Thesis, Universidad de Toronto, 1991, sección 2.80.

(17) Baker, M. *Midwifery: A New Status*. Ottawa, Biblioteca del Parlamento, División de Investigaciones, octubre de 1989, pág. 8.

(18) Mason, J. *The Trouble with Licensing Midwives*. Ottawa, Canadian Research Institute for the Advancement of Women, 1990.

(19) Según se informó en *Ottawa Letter*, 31 de julio de 1989, pág. 225.

(20) Canadian Advisory Council on the Status of Women. *Becoming a Parent: A Guide to Maternity/Parental Leave and Benefits in Canada*. Ottawa, CACSW, agosto de 1988.

(21) Tulman, L. y Fawcett, J. Factors influencing recovery from childbirth. En: Hyde, J. S. y Essex, M. J. (eds.) *Parental Leave and Child Care: Setting a Research and Policy Agenda*. Filadelfia, Temple University Press, 1991, págs. 294, 295-296. Los autores han determinado que la recuperación física toma generalmente seis semanas mientras sanan los órganos reproductivos y puede ser más prolongada en casos de cesárea, en tanto que la recuperación completa de la salud mental y emocional de la mayoría de las mujeres toma seis meses.

(22) Los aportes al fondo de seguro de desempleo provienen de los empleados y sus empleadores. El fondo se destina a proporcionar sustitución parcial del ingreso a los contribuyentes que hayan cumplido con los criterios establecidos para recibir los beneficios y estén desempleados involuntariamente. Los beneficios de licencia por maternidad y para ambos padres pagados por el fondo constituyen una clase especial, que ha resultado en ciertas restricciones raras e ilógicas de los mismos.

(23) Este es generalmente un problema mayor con respecto a la licencia por paternidad o para ambos padres cuando los beneficios del seguro de desempleo del Canadá son mucho mayores que la licencia para ausentarse del trabajo sancionada por las provincias.

(24) Esta constituye una de las contradicciones fundamentales de la provisión de prestaciones sociales de maternidad por medio de un programa destinado principalmente a sustituir el ingreso de las personas desempleadas involuntariamente que estén dispuestas a trabajar y tengan la capacidad para hacerlo. Véase Pal, L. A. *Maternity benefits and unemployment insurance: A question of policy design*. 11 *Canadian Public Policy* 551.

(25) Schwartz, L. *Parental and maternity leave policies in Canada and Sweden*. Kingston, Ontario, Queen's University, Industrial Relations Center, 1988, pág. 43.

(26) De hecho, el período de espera de dos semanas que se impone a la mujer que solicita beneficios de maternidad del seguro de desempleo significa que los ingresos de sustitución pagados por las 15 semanas a que tiene derecho se deben espaciar en un lapso de 17 semanas. Puesto que esos beneficios se calculan en proporción de 60% del ingreso ordinario y tienen un límite máximo, la mayoría de las mujeres sufre una pérdida mínima de 47% de sus ingresos mientras goza de su licencia por maternidad cubierta con fondos del seguro de desempleo. Aunque algunos empleadores proporcionan prestaciones sociales suplementarias para incrementar el ingreso durante el período de licencia por maternidad, este es un asunto que queda totalmente a discreción del empleador.

(27) Martin, J. High quality child care: A precondition to equality of employment. 11 *Canadian Studies* 23, 1991. En esta publicación se indica que hubo 293 399 lugares de cuidado infantil en 1989, de los cuales solo 150 000 tenían la debida licencia para atender las necesidades creadas por los 2 958 231 hijos de madres trabajadoras. La capacidad de los servicios de guardería infantil permite atender solo a 9,92% de los posibles consumidores.

(28) Baker, M. *Child Care in Canada*. Ottawa, Biblioteca del Parlamento, Sección de Investigaciones, 1990, pág. 5. La fuente indica que en 1987 se asignó un local solo a 29% de los niños de las familias que reunían los requisitos para adjudicación de subsidios.

(29) Baker, M. *Child Care in Canada*, pág. 7.

(30) Baker, M. *Family Policy in Quebec*. Ottawa, Biblioteca del Parlamento, febrero de 1990, pág. 6. La autora señala en la pág. 5 que los programas federales destinados a ayudar a las familias se limitan a deducciones de impuestos y a créditos para los cónyuges y los hijos a cargo, y al programa de subsidio familiar que paga beneficios mensuales a las familias con hijos a cargo.

(31) Martin, J. High quality child care: A precondition to equality of employment. 11 *Canadian Woman Studies* 23, 1991. La fuente se refiere a estudios en los que se estima que 48% de las familias que reciben dos ingresos quedarían por debajo del nivel de pobreza si se eliminara uno.

(32) Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a. ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, pág. 80. La fuente indica que en 1988, 67% de las mujeres con hijos menores de 16 años tenían algún trabajo, en comparación con 43% en 1976. Además, 58,3% de las mujeres con hijos de 3 años o menos trabajan. También se ha observado un descenso de la proporción de familias cuyo sostén tradicional es el hombre: 12% en 1987 en comparación con 35% en 1971, según se indica en la página 105. La proporción de familias en las que los cónyuges tienen dos ingresos fue de 59% en 1987.

(33) Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a. ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, págs 73-74.

(34) *Ottawa Letter*, 10 de junio de 1991, pág. 200.

(35) *Researching for Equality: The CACSW 1990-1993 Research Action Plan*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1990, pág. 7.

(36) Los padres solteros con un hijo pequeño recibieron prestaciones sociales equivalentes a una cantidad que osciló entre 50 y 75% del nivel común de pobreza; las familias con dos padres e hijos de edad escolar recibieron de 44 a 78%, según se informó en *Ottawa Letter* del 7 de enero de 1991, pág. 9.

(37) Las madres solteras necesitan ayuda, dice el Consejo de Bienestar. 6 *Canadian Human Rights Advocate*, 1990, pág. 16.

Women in Canada, pág. 107. Se informa que, en 1987, 57% de las familias de madres solteras se clasificaron por debajo del nivel de pobreza en comparación con 17% de las de padres solteros.

(38) Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, págs 108-109. La fuente indica que, en 1987, 73% de los ancianos de bajos ingresos eran mujeres y que 44% vivían por debajo del nivel de pobreza.

(39) Esto puede corroborarse con los resultados de la encuesta federal de promoción de la salud realizada en 1986, en la que se determinó que era precario el estado de salud de los grupos de bajos ingresos, como las mujeres, los niños, los ancianos y las poblaciones indígenas e inmigrantes. Notificado en Vance, J., *Health Policy in Canada*. Ottawa, Biblioteca del Parlamento, Sección de Investigaciones. Revisión del 23 de noviembre de 1990, pág. 12. En la pág. 13, el autor señala también la relación entre el empleo y la salud: "Algunos expertos en salud ven el empleo como algo muy importante para la salud pública. Temen que la tendencia a alejarse de empleos seguros de tiempo completo a cambio de trabajos de tiempo parcial, en los que se paga el salario mínimo contribuirá a la pobreza y al empeoramiento del estado de salud en el Canadá. Los pobres suelen estar malnutridos y sentirse desesperados..."

(40) Por ejemplo, en 1989, en el caso de *Brooks v. Canada Safeway Ltd.*, la Corte Suprema determinó que la discriminación por razones de embarazo constituía un acto de discriminación por causa del sexo de la persona.

(41) Labour Canada, Women's Bureau. *1984 Canadian Women and Job-Related Laws*. Ottawa, Supply and Services Canada, 1985, pág. 3. La fuente señala, por ejemplo, que los empleados del servicio doméstico y los trabajadores agrícolas que viven en la casa del empleador quedan excluidos de la Ley de Protección de los Derechos del Individuo promulgada en Alberta. En el código de derechos humanos de otras provincias hay exclusiones similares.

(42) Labour Canada, Women's Bureau. *1984 Canadian Women and Job-Related Laws*. Ottawa, Supply and Services Canada, 1985, pág. 19.

(43) Por ejemplo, algunas provincias reglamentan las horas de trabajo de la mujer al exigir que los empleadores les proporcionen transporte gratuito entre su casa y el lugar de trabajo cuando la empleada presta sus servicios aproximadamente de la media noche a las 7 de la mañana. Véase Labour Canada, Women's Bureau. *1984 Canadian Women and Job-Related Laws*. Ottawa, Supply and Services Canada, 1985, pág. 53.

(44) Labour Canada, Women's Bureau. *1984 Canadian Women and Job-Related Laws*. Ottawa, Supply and Services Canada, 1985, pág. vii.

(45) *Researching for Equality: The CACSW 1990-1993 Research Action Plan*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1990, pág. 14.

(46) *Consultations in Preparation for the Review of the Employment Equity Act*. Ottawa, Employment and Immigration Canada, 1991.

(47) *Focus on Canadian Employment and Equality Rights*, junio de 1992, págs. 45-46.

(48) McDermott, P. Employment equity and pay equity: And never the Twain shall meet? *12 Canadian Woman Studies* 24, 1992.

(49) Levitsky, M. Protecting workers from Reproductive Hazards. *1 Canadian Journal of Women and the Law*, 1986, pág. 490.

(50) Chenier, N. M. *Reproductive Hazards at Work: Men, Women, and the Fertility Gamble*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1982.

(51) Chenier, N. M. *Reproductive Hazards at Work: Men, Women, and the Fertility Gamble*. Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1982, pág. 53: "Por lo general, no

se puede compensar el dolor ni el sufrimiento. Es poco probable que se pueda cubrir el daño causado al sistema reproductivo por la impotencia, la esterilidad o las lesiones fetales, ya que raras veces afectan estos trastornos la capacidad que tiene un trabajador de devengar ingresos".

(52) Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a. ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, pág. 110. La fuente ofrece estadísticas que indican que, en 1986, 60% de las mujeres contribuyeron al plan de pensiones del Canadá/Quebec, en comparación con 86% de los hombres, y que la pensión media pagada a la mujer es inferior a la que recibe el hombre en un 40%. También se ha descubierto que las mujeres participan menos en los planes de pensiones privados.

(53) Esos factores incluyen la promoción de la autosuficiencia del cónyuge después del divorcio, el reconocimiento de las ventajas o desventajas económicas que tienen para los cónyuges el matrimonio y su disolución, la distribución entre los esposos de las consecuencias financieras que tiene el cuidado de los hijos y el alivio de las dificultades financieras.

(54) Rogerson, C. J. Judicial interpretation of the spousal and child support provisions of the Divorce Act, 1985 (part I). *7 Canadian Family Law Quarterly* 155, 1991, pág. 176.

(55) Baker, M. *The Changing Canadian Family*. Ottawa, Biblioteca del Parlamento, Sección de Investigaciones, diciembre de 1988.

(56) *Canadian Crime Statistics, 1989*. Ottawa, Supply and Services, Canada, 1990, pág. 34. Esta fuente informa que las ofensas de agresión representaron 87,2% de los crímenes violentos notificados por la policía en 1989 y que, dentro de esa categoría, las ofensas de agresión sexual comprendieron 12,4% de los casos totales de agresión. En la pág. 35 se ofrecen estadísticas sobre la tasa de reivindicación de acusados de varias ofensas de agresión seleccionadas, incluso de naturaleza sexual. Se anularon aproximadamente 70% de las acusaciones por ofensas de carácter sexual.

En la encuesta sobre el crimen en las zonas urbanas realizada en el Canadá se estimó que en 1981 una de cuatro mujeres fue víctima de agresión sexual o de otra clase infligida por el cónyuge o excónyuge, y que las mujeres de familias pobres fueron las afectadas con más frecuencia. Sin embargo, menos de la mitad de esos incidentes se notificó a la policía. Véase Johnson, H. Wife abuse, *Canadian Social Trends*, primavera de 1988, pág. 17. Las cifras correspondientes a 1990 notificadas en fecha reciente por la Oficina de Estadística del Canadá en *Canadian News Facts* indican que aumentaron los crímenes violentos, de los cuales la agresión sexual es uno, y que los casos notificados de agresión sexual se acrecentaron 4%. Puesto que la agresión sexual es uno de los crímenes de mayor subnotificación, no está claro si esa tendencia indica una incidencia creciente de notificación. En 1987 se acopiaron datos para determinar cuán segura se siente una persona que camina de noche por su barrio. Las mujeres declararon que se sentían inseguras con más frecuencia que los hombres en proporción que varió entre 5:1 y 2:1. Véase Statistics Canada. Housing, Family, and Social Statistics Division, Target Groups Project. *Women in Canada: A Statistical Report*, 2a. ed. Ottawa, Supply and Services, 1990, pág. 179.

(57) Ottawa funds family violence initiative. *Ottawa Letter*, 25 de febrero de 1991, pág. 68.

(58) Martinson, D. J. Background paper on sexual assault. Borrador de un trabajo inédito preparado el 12 de marzo de 1991.

(59) Wife assault and the criminal justice system (1990), 8 vis-à-vis 4.

(60) *R. v. Lavallee* [1990], 1 S.C.R. 852.

TIPIFICACION DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA LEGISLACION DE AMERICA LATINA

Mónica Bolis¹

INTRODUCCION

La violencia es una condición generalizada en todas las sociedades de la Región. Si bien afecta tanto a hombres como a mujeres, ejerce sobre estas un impacto mucho mayor. La agresión hacia la mujer adopta diversas formas que incluyen lo físico, mental y sexual, y origina para ella consecuencias cualitativas y cuantitativas diferentes que para la población masculina. Esto se debe a que tanto desde el punto de vista del ejercicio de los recursos legales existentes para prevenirla, como de la posibilidad de poner en movimiento la maquinaria jurídica destinada a sancionarla, la violencia contra la mujer encuentra condiciones favorables para desarrollarse. La mayoría de las modalidades del maltrato hacia la mujer no están tipificadas en las legislaciones, con la consecuente imposibilidad de corregirlas. Por otra parte, este tipo de delito ha permanecido hasta hace muy poco oculto “en el ámbito de la vida privada, en la intimidad familiar, en los sentimientos de culpa y vergüenza y hasta cierto punto de las costumbres tradicionales y la cultura”.² Finalmente, aun en las situaciones en que existe una cobertura jurídica amplia, “tal progresividad normativa no ha sido acompañada de un igual ritmo de mejoramiento de las relaciones en el ámbito sociológico”.³ La influencia de estos factores socioculturales produce situaciones de desventaja para la mujer. No solo

constituyen una violación de sus derechos humanos, sino que le impiden tener acceso en las mismas oportunidades que el hombre, al goce de la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social”.⁴

La existencia y perpetuación del fenómeno de la violencia contra la mujer, además de constituir una violación de sus derechos humanos, es también una forma más de discriminación contra ella, y una transgresión a los principios contenidos en declaraciones y convenciones internacionales destinadas a prevenir estas aberraciones. En algunos casos, las normas jurídicas integrantes de un sistema legal determinado no llegan a reflejar las obligaciones que el Estado ha asumido al suscribir instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos. En otros, la adecuación de la legislación nacional a los postulados de dichas disposiciones internacionales es solo parcial, o carece de la capacidad coercitiva necesaria para asegurar la vigencia de aquellas. No se pretende con esto afirmar que la solución para el problema de la violencia hacia la mujer provenga solamente de la reforma legislativa, ni del incremento de la pena para quien ha cometido un acto de agresión. Existe una intrincada trama de factores sociales que, junto con un ordenamiento legal receptivo, se requieren para lograr la efectiva vigencia de los derechos humanos. Sin embargo, la creación de un andamiaje jurídico adecuado es uno de los mecanismos fundamentales para sentar las bases de un sistema que asegure la digna convivencia humana.

Ahora bien, si resulta claro que la violencia contra la mujer constituye una violación más de sus derechos huma-

¹ Asesora en Legislación de Salud, Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

² Vargas Escobar, Milú. *El maltrato contra la mujer*. Managua, Nicaragua, Centro de Derechos Constitucionales Carlos Núñez Téllez, 1990, pág. 5.

³ Opertti, Didier. *Un tema cultural vigente: la mujer víctima de la violencia*. Panel sobre Legislación en vigencia para proteger a la mujer contra actos de violencia de todo tipo en la vida ordinaria y desarrollo de la legislación. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc. 58/90. 18 de julio de 1990, pág. 6.

⁴ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. *Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud*. Decimocuarta Edición. Washington, D.C., 1983, pág. 23.

nos, ¿por qué hablamos de discriminación al referirnos a ella? Más aún, ¿por qué nos remitimos a la normativa internacional como uno de los mecanismos rectores para adecuar la legislación sobre la materia? Porque la violencia contra la mujer es sin duda una consecuencia de un tratamiento desigualitario hacia su persona, de una concepción restrictiva de su valor y de la función que ella cumple en la sociedad. En muchos casos, estas consideraciones penetran la trama del derecho y crean situaciones que favorecen la continuación de las mismas condiciones de violencia que el propio derecho intenta evitar.

La remisión al derecho internacional es también importante. Si bien la mayoría de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos no hace referencia explícita a la violencia contra la mujer, son en general coincidentes en cuanto a garantizar los derechos conferidos en ellos sin distinción basada en la raza, el color, el *sexo*, el idioma, la religión, el origen nacional, el nacimiento o cualquier otra condición social.⁵ Al incorporar las disposiciones internacionales a su derecho interno por medio de la ratificación del tratado o convención de que se trate, el Estado se compromete a adecuar su legislación a los postulados contenidos en este, con lo cual asegura la coherencia y la lógica de su sistema legal.

Tomando como referencia estas advertencias preliminares, en este capítulo se analizará la legislación de América Latina con el propósito de determinar en ella la incidencia de factores socioculturales referidos al género que sean susceptibles de crear condiciones favorables para el ejercicio de la violencia contra la mujer. Se destacarán también las disposiciones que, rompiendo con los estereotipos de género, permitan prevenir o evitar situaciones de violencia contra aquella y, por ende, representen instrumentos efectivos para el logro de la equidad entre mujeres y hombres respecto al goce del derecho a la salud. Por género se entenderá, "la identidad del hombre y la mujer como determinada por los condicionantes sociales (y que además explican las relaciones establecidas entre ellos)".⁶

La hipótesis de trabajo utilizada para el análisis argumenta que los factores socioculturales mencionados provocan situaciones de desventaja capaces de restringir o limitar las oportunidades de la mujer de disfrutar, en condiciones de igualdad al hombre, de la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social. Se arguye asimismo que la influencia de dichos factores en la legislación, coarta al Estado para cumplir con los compromisos adquiridos por

medio de la suscripción de instrumentos internacionales sobre derechos humanos, en particular la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador).⁷ Finalmente, se considera que la solución al problema de la violencia contra la mujer no se fundamenta exclusivamente en la reformulación legislativa que, por otra parte, no debe limitarse a lo penal ni a lo contencioso-administrativo. Se requiere, además, de un cambio de actitudes con respecto al valor de la mujer, con la consecuente eliminación de las relaciones jerárquicas entre los sexos.

En relación con la metodología empleada para el análisis de la normativa jurídica, resulta importante señalar que no se trata en este estudio de formular juicios de valor con respecto a esta, sino de determinar hasta qué punto las disposiciones existentes son capaces de permitir la proliferación de condiciones que favorezcan el ejercicio de la violencia contra la mujer. Es decir, hasta qué punto estas disposiciones provocan, en consideración a expectativas contemporáneas, situaciones de desventaja para aquella.

Con base en lo anteriormente expuesto, en este capítulo se estudiarán en primer término las convenciones internacionales ya mencionadas, como marco o sustento de una serie de principios sobre derechos humanos cuya vigencia ha sido reconocida por el Estado. Se procederá luego a analizar las características generales de las legislaciones de América Latina en cuanto al tratamiento de la violencia en sus diferentes modalidades. Se formularán finalmente las conclusiones del estudio, y se instará a una discusión con objeto de esbozar una serie de principios que podrían servir como ordenadores en la reformulación legislativa de la materia que nos ocupa.

LAS CONVENCIONES INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Con excepción de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los instrumentos internacionales sobre derechos humanos garantizan indistintamente a toda persona los derechos contenidos en los mismos. No hacen mención específica a la violencia contra la mujer, y al referirse a esta, se encuentran en su mayor parte preocupados con las condi-

⁵ Véanse por ejemplo, los siguientes instrumentos de las Naciones Unidas: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966, y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Resolución 2200 (XXI) de 16 de diciembre de 1966. *Derechos humanos. Recopilación de instrumentos internacionales*. Nueva York, Naciones Unidas, 1983.

⁶ Soto Cabrera, Tatiana. *Los mecanismos legales desprotectores de la víctima de agresión sexual*. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. Imprenta Nacional; 1988, pág. 22.

⁷ Se consideró oportuno ceñirse a estos instrumentos internacionales. En primer lugar, por ser la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer el instrumento internacional típico sobre la materia. En cuanto a la Convención Americana y a su Protocolo, se trata de instrumentos propios del Sistema Interamericano.

ciones que derivan de las relaciones familiares y del embarazo, y de las prestaciones de la seguridad social. No obstante, insisten en la eliminación de la discriminación y en la obligación que acomete al Estado que los ratifique, de adecuar sus normas de derecho interno para lograr la efectiva vigencia de sus postulados.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁸

De acuerdo con esta Convención,⁹ “discriminación contra la mujer” denota toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de la mujer, independientemente de su estado civil y sobre la base de igualdad con el hombre, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en lo político, económico, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (Artículo 1).

Si bien la Convención no hace referencia explícita al maltrato contra la mujer, consagra que los Estados Partes en la misma deberán adoptar medidas adecuadas para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra aquella, incluyendo las disposiciones penales (Artículo 2, literales “f” y “g”). Asimismo, prescribe que los Estados Partes tomarán las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres con el propósito de eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole, que se fundamenten en concepciones de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres (Artículo 5, literal “a”). Esto incluye la eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y formas de enseñanza (Artículo 10, literal “c”). Finalmente, la Convención insta a los Estados Partes a adoptar, inclusive en el ámbito legislativo, medidas apropiadas para suprimir todas las formas de trata de mujeres y la explotación de la prostitución de la mujer (Artículo 6), como así también la eliminación de la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares (Artículo 16, numeral 1).

⁸ Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981. *Derechos humanos. Recopilación de instrumentos internacionales*. Nueva York, Naciones Unidas, 1983.

⁹ Resulta interesante señalar que con anterioridad a la adopción de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 7 de noviembre de 1967, Resolución 2263 (XXII), estableció que serán derogadas todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer. *Derechos humanos. Recopilación de instrumentos internacionales*. Nueva York, Naciones Unidas, 1983.

Resulta interesante señalar, finalmente, que la Convención prevé la creación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Este Comité tiene la función de examinar los progresos realizados en la aplicación de la Convención (Artículo 17, numeral 1).

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)¹⁰

La Convención Americana crea para los Estados Partes en la misma, la obligación de respetar los derechos y libertades reconocidos por ella y garantizar el libre y pleno ejercicio de los mismos a toda persona que se encuentre sujeta a su jurisdicción, sin discriminación por motivos de raza, color, *sexo*, idioma, religión, opiniones políticas, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o de cualquier otra índole (Artículo 1). En el rubro de la discriminación en particular, dispone que todas las personas son iguales ante la ley, y por eso tienen iguales derechos frente a ella e igual acceso a protección judicial (Artículos 24 y 25).

La Convención garantiza asimismo que nadie puede ser sujeto a servidumbre involuntaria, y prohíbe la trata de blancas y el tráfico de esclavos (Artículo 6, numeral 1). También establece que los Estados Partes deberán adoptar las medidas adecuadas para asegurar la igualdad de derechos y obligaciones de los esposos durante el matrimonio y en caso de su disolución (Artículo 17, numeral 4).

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)¹¹

Al igual que la Convención Americana, su Protocolo Adicional establece que los Estados Partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos enunciados en él, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, *sexo*, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición social (Artículo 3).

¹⁰ Adoptada por la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. Serie sobre Tratados 36. OEA/Set. A/16. Documentos Oficiales. Secretaría General. Washington, D.C., Organización de los Estados Americanos, 1970.

¹¹ Suscrito en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el Décimo Octavo Período de Sesiones de la Asamblea General. Secretaría General, Organización de los Estados Americanos (OEA). Documentos Oficiales OEA-Ser. A-44 (SEPF), Washington, D. C., OEA, 1988.

LA VIOLENCIA EN LA LEGISLACION DE AMERICA LATINA

Concepto de violencia y modalidades

El concepto de violencia puede enfocarse desde distintas dimensiones. En las ciencias sociales en particular, es común referirse a ella como "a un estado de explotación y/u opresión dentro del cual cualquiera relación de subordinación y dominación es violenta. Si violencia es una forma de ejercer poder, aparece tras ella una noción de jerarquía: el poder se ejerce sobre alguien situado en una posición inferior".¹² La violencia contra la mujer adopta varias formas. Las más notorias son la violencia doméstica o familiar, el abuso sexual —que comprende la violación y el acoso sexual—, y la prostitución y trata de mujeres. Se agregan a estas otras modalidades que, en su mayoría, suelen pasar inadvertidas en cuanto a su magnitud y trascendencia porque no son objeto de reconocimiento público o porque los daños que provocan no se manifiestan de manera inmediata.

Entre estas últimas modalidades deben mencionarse la violencia de los medios de comunicación social, y la violencia política y racial. Si bien la violencia política y racial afecta tanto al hombre como a la mujer, en el caso de las mujeres tienen connotación diferente por su condición de género. Se agrega a estas formas de agresión, lo que actualmente comienza a caracterizarse como la "violencia en la atención de salud" que abarca las situaciones derivadas de la atención del parto o relacionadas con los derechos reproductivos, tales como la práctica innecesaria e inconsulta de cesáreas y esterilizaciones y la planificación familiar obligada.¹³ Finalmente, no debe desconocerse la incidencia que en el concepto de violencia contra la mujer revisten los "abusos de poder económico". Como consecuencia de ellos, las mujeres se ven afectadas por el uso de dispositivos y medicamentos que han sido prohibidos en los países desarrollados y carecen de los controles necesarios para permitir su inocuidad y eficacia. Muchos de estos productos se emplean sin supervisión médica, sin que se comprendan sus efectos, y sin la salvaguardia de medidas sanitarias adecuadas.¹⁴

Tipificación de la violencia. Características de la legislación de América Latina

La agresión en su carácter genérico es objeto de tratamiento en el derecho penal como cuerpo de normas dirigidas a punir conductas ilícitas en la sociedad. En el caso particular de la violencia contra la mujer, las modalidades tipificadas por los códigos penales encuadran en los títulos dedicados a la protección de la vida y la salud, las relaciones familiares, la moralidad pública y las buenas costumbres. El bien jurídico a proteger, la integridad física y mental de la mujer, aparece en razón de este encuadramiento postergado por la necesidad de conferir prioridad a otros conceptos como la integridad de la familia, el honor y el pudor, a los que en un determinado momento histórico se les reconoció superioridad. Estos factores intervienen en la tipificación de la conducta delictiva y, en la mayoría de los casos, permiten que el imputado sea sobrepasado de su acción criminal.

Se suman a las condiciones mencionadas la existencia generalizada de sistemas judiciales que, apoyados en valores socioculturales estereotipados en cuanto al género, devienen denigrantes frente a la mujer agredida. En la mayoría de los casos los agresores no son detenidos de inmediato luego de la comisión del delito, facilitándoseles así que continúen con su accionar agresivo. Las instituciones policiales, por su parte, dirigidas en su mayor parte por hombres, carecen de la capacitación necesaria para confrontar denuncias por maltrato o violación. Finalmente, los procesos judiciales, que a menudo se toman largos y humillantes, son abandonados por las víctimas antes de pronunciarse la sentencia.¹⁵

Los factores socioculturales mencionados perturban en muchos casos el razonamiento jurídico y crean situaciones que favorecen la continuidad del patrón agresivo. Así por ejemplo, no resulta extraño que los casos de lesiones leves sean considerados por la administración de justicia como incidentes de escasa trascendencia social, a los cuales se debe juzgar benignamente. Complican aún más la situación los mecanismos de denuncia establecidos para este tipo de delitos y los métodos de prueba empleados. Al tratarse de delitos de acción privada, para iniciar el proceso judicial se requiere que la denuncia sea realizada por la víctima, con lo cual el número de querrelas se reduce considerablemente. La necesidad de testigos, por su parte, ignora que en estos tipos de violencia las agresiones se llevan a cabo en la forma más privada posible o en la intimidad del hogar.¹⁶ Por último, el reconocimiento foren-

¹² *Violencia en contra de la mujer en América Latina y el Caribe. Información y políticas*. Proyecto RLA/88/WO1. Informe final. Santiago de Chile, octubre de 1990, pág. 7.

¹³ *Ibid.*, pág. 10.

¹⁴ Séptimo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Milán, Italia, 26 de agosto-6 de septiembre de 1985. *Victimas de delitos. Situación de la mujer como víctima de delitos. Informe del Secretario General*. A/CONF.121/16; 17 de mayo de 1985. Nueva York, Naciones Unidas, pág. 16.

¹⁵ Roa Romero, Angélica. *Mujer y violencia en el Paraguay (Situación general)*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Sr.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc. 27/90. 17 de julio de 1990, págs. 9-10.

¹⁶ Morales Macedo, Julieta Jardi de. *Informe nacional: Uruguay*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Sr.L/II.7.2 CIM/VIOLENCIA/doc.18/90. 6 de julio de 1990, pág. 5; Candray, Ruth. *Informe nacional: El Salvador*. OEA/Sr.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.15/90. 7 de julio de 1990, pág. 27.

se como mecanismo para certificar las lesiones, se basa en los daños físicos sin considerar el daño psicológico producido.¹⁷

Violencia doméstica o familiar

La violencia doméstica o familiar se manifiesta por medio de una serie de agresiones que comprenden desde el abuso físico y mental, hasta el homicidio.¹⁸ En la mayoría de las legislaciones de América Latina, el maltrato hacia la mujer dentro del matrimonio o convivencia no es una figura expresamente tipificada por la legislación penal. Se aparta de este principio el nuevo Código Penal de Honduras, que sanciona a quien maltrata a su esposa o a la mujer con quien hace vida marital sin causarle lesiones.¹⁹ Otros ordenamientos jurídicos, sin embargo, carecen de este tipo de previsión. Tal es el caso, por ejemplo, de las legislaciones de Chile,²⁰ Costa Rica,²¹ El Salvador,²² Nicaragua,²³ Panamá,²⁴ Paraguay²⁵ y Venezuela.²⁶ Existen sí en las legislaciones de América Latina, otros tipos delictivos que penalizan la violencia en general, y que se consideran en las secciones del ordenamiento penal correspondientes a las lesiones contra el cuerpo, la vida y la salud, las amenazas y las lesiones personales en sus diversas tipologías: simples, leves, graves o gravísimas.

El homicidio del cónyuge, o uxoricidio, constituye por regla general un homicidio calificado. La agravante se fundamenta en el vínculo jurídico creado por el matrimonio. Algunas legislaciones incluyen también en la agravante al homicidio de la concubina, cuando ha llevado vida marital y procreado hijos en común. Tal es el caso, por ejemplo, de los ordenamientos jurídicos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, México y la República Dominicana.²⁷ Sin embargo, la agravante fundamentada en el vínculo familiar pierde en algunos casos vigencia

ante la figura del adulterio. Así, por ejemplo, el Código Penal paraguayo en la sección correspondiente a los delitos contra el orden de las familias y las buenas costumbres, exime de pena al marido que mata, hiere o maltrata a su mujer si la sorprende inesperadamente en acto de adulterio. No excusa la conducta de la mujer el abandono malicioso ni el adulterio público o escandaloso del marido. Más aún, si la mujer comete acción similar al encontrar en flagrante adulterio al marido, debe cumplir la pena de uxoricida sin atenuante.²⁸ La impunidad del uxoricida por causal de adulterio de la mujer se contempla también en el derecho penal de Haití.²⁹

La legislación penal venezolana considera atenuada la conducta del esposo que sorprende a su esposa en adulterio, mientras que las legislaciones de México y Nicaragua aplican el atenuante en el caso de homicidio practicado por cualquiera de los cónyuges. Finalmente, el ordenamiento penal dominicano utiliza la figura del asesinato pasional entre los calificativos de la violencia contra la mujer, al referirse a esta en la sección correspondiente a los delitos contra la honestidad y el pudor. Esta tipificación facilita que en los casos de asesinatos de mujeres por sus esposos, ex-esposos o parejas, los victimarios sean absueltos de culpa por aplicación de la eximente del crimen pasional.³⁰

En algunos ordenamientos jurídicos la legislación civil provee recursos frente a la violencia contra la mujer. Así, por ejemplo, en el derecho civil argentino los actos de violencia física o psicológica, junto con la sexual, son considerados injuria grave. Frente a esta situación es posible excluir al agresor del hogar como medio de protección a la víctima. Se contempla también el abandono del hogar por parte de la injuriada, sin que esto ocasione consecuencias jurídicas para el divorcio, la tenencia de los hijos, la prestación alimentaria y el derecho a la herencia.³¹ La legislación familiar costarricense también contempla la violencia doméstica como causal de divorcio y separación judicial.³² La legislación uruguaya concede entre los recursos civiles contra la agresión, el divorcio por sola voluntad de la mujer a fin de permitirle la separación del agresor, y la posibilidad de excluir a este del hogar.³³ La legislación venezolana, por su parte, incluye entre las causales de divorcio los excesos, la sevicia y la injuria grave que hagan imposible la vida en común.³⁴

¹⁷ *Ibid.*, 2, pág. 19.

¹⁸ La violencia doméstica o familiar afecta no solo a la pareja, sino también a los niños y ancianos que integran el hogar.

¹⁹ Burgos, Sayda. *La mujer y la violencia. Informe nacional: Honduras*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.16/90. 6 de julio de 1990, pág. 3.

²⁰ Véase *Informe nacional: Chile*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.25/90. 16 de julio de 1990.

²¹ Véase Rojas García, María de los Angeles. *La mujer y la violencia*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.7/90. 25 de mayo de 1990.

²² Véase Candray, Ruth. *Ibid.*, 16.

²³ *Ibid.*, 2, pág. 18.

²⁴ Véase Chen Barriá, Susana G. de. *Situación actual de la mujer en Panamá. Informe nacional: Panamá*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.41/90. 18 de julio de 1990.

²⁵ *Ibid.*, 15.

²⁶ Véase Rojas, María Cristina Parra de. *La mujer y la violencia. Informe nacional: Venezuela*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.17/90. 9 de julio de 1990.

²⁷ Comisión Interamericana de Mujeres. *Estudio comparativo de la legislación de los países americanos respecto a la mujer*. Serie Estudios No. 7. Washington, D.C., Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 1982, págs. 160-161.

²⁸ *Ibid.*, 15, págs. 6-7.

²⁹ *Ibid.*, 27, pág. 161.

³⁰ Dirección General de Promoción de la Mujer. *Informe nacional: República Dominicana*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc. 14/90. 25 de junio de 1990, pág. 22.

³¹ *Informe nacional: Argentina*. Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia. 17-20 de julio de 1990. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA/Ser.L/II.7.2. CIM/VIOLENCIA/doc.37/90. 18 de julio de 1990, pág. 28.

³² *Ibid.*, 21, pág. 38.

³³ *Ibid.*, 16, pág. 3.

³⁴ *Ibid.*, 26, págs. 8-9.

El abuso sexual: violación y acoso sexual

Las legislaciones se refieren a la violación en las secciones de los códigos penales dedicadas a sancionar conductas que atentan contra las buenas costumbres, el pudor y la honestidad públicos, la moral y la libertad sexuales y el orden de las familias. En el caso de la violación, lo que se tipifica es el acceso carnal que se realiza sin el consentimiento de la víctima. Las variables utilizadas para graduar la pena se fundamentan en la edad de la víctima y en la situación del autor en relación con la hipótesis de confianza o ejercicio de autoridad.³⁵ Las legislaciones son en general coincidentes en utilizar la edad de la víctima como condicionante de la pena. Así, se tiene en cuenta si la mujer es soltera, casada, virgen o no.³⁶ Esta condicionante hace que en algunas legislaciones el carácter de prostituta atenúe la pena del violador. Tal es el caso de las legislaciones de Colombia, El Salvador, Paraguay y Venezuela.³⁷

Dentro de los delitos sexuales las legislaciones incluyen, además de la violación, otras modalidades tales como el estupro y la seducción. En términos generales, las legislaciones son coincidentes en cuanto a la connotación de uno y otro delito. Por estupro se tipifica la cópula con una mujer que presta su consentimiento, cuando este se encuentra viciado por inexperiencia sexual. En la seducción media promesa de matrimonio para lograr el ayuntamiento. Se aplican también en este caso los condicionantes referidos a la edad —cuyo límite, por lo común, oscila entre los 12 y 21 años— y la “honestidad” de la mujer.³⁸ El uso de la figura legal de la seducción permite que algunos delitos sean juzgados de manera tal que se favorezca al delincuente.

Las legislaciones no contemplan la violación dentro del matrimonio como delito tipificado, si bien la violencia sexual llega en algunos casos a reconocerse como injuria grave.³⁹ Tampoco hacen referencia al acoso sexual en el ordenamiento penal ni en el laboral.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Las legislaciones revisadas denotan una fuerte carga de factores socioculturales de género capaces de ocasionar perjuicios para la mujer en cuanto a su salud e integridad físicas. Existe, en primer lugar, una incidencia importante de fundamentos basados en el orden de las buenas costumbres, la moralidad, el honor y el pudor que actúan como variables para la tipificación del delito y la graduación

de la pena aplicable al agresor. Algunos ordenamientos jurídicos conceden a la víctima de agresión recursos de carácter civil que, en el caso de que exista matrimonio, le permiten lograr el divorcio o separación del victimario sin perjudicar su condición jurídica frente a la disolución del vínculo. Sin embargo, estas medidas, si bien significativas, no permiten en la mayoría de los casos actuar con la rapidez que requiere la persona agraviada. La situación se complica aún más en los casos de las legislaciones que utilizan la figura del adulterio como causal de sobreseimiento ante el homicidio de la mujer cometido por el marido. No rectifica esta situación anómala el hecho de que la impunidad se aplique para ambos cónyuges.

El tratamiento de la violación como figura delictiva también adolece de serias implicaciones de género. La tipificación de este, y de los otros delitos sexuales dentro del rubro de los crímenes contra el pudor, la moral y las buenas costumbres, sirve para atenuar la gravedad de dichos tipos delictivos en base a consideraciones de corte subjetivo que vician la relevancia del hecho punible. Se trata de una concepción distorsionada de lo que debe reputarse como bien jurídico por proteger y de lo que ha de considerarse como conducta reprochable. Esta distorsión contribuye a perpetuar una situación de jerarquía en que la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad con respecto del hombre. Constituye asimismo una manifestación de valores que obedecen a nociones históricas de propiedad de un sexo sobre otro, o a determinados patrones reguladores de la conducta sexual propia o ajena que han mutado o se encuentran en estado de evolución. Por lo tanto, el derecho penal, en cuanto se nutre del contexto social como moderador de las conductas que han de considerarse perjudiciales a la sociedad en un momento dado, debe procurar para ser válido adaptarse a las nuevas realidades. Para ser justa, la ley “debe ser la historia contemporánea del derecho que de modo natural se desarrolla en los pueblos y que la ley social no crea, sino sanciona”.⁴⁰

En el caso de la violencia contra la mujer, el bien jurídico por proteger ha de ser su vida y seguridad e integridad física y psíquica. Si bien la doctrina no es coincidente en cuanto a las implicaciones de la relación entre la moral y el derecho, no es desacertado afirmar que “[La] ley penal no debe ser un código moral que contenga la enumeración de conductas deseables o no deseables desde el punto de vista ético. El texto punitivo... no debe ser un instrumento para proporcionar la salvación espiritual de los destinatarios de la ley”.⁴¹ Por ende, la intervención del derecho penal en la conducta del individuo debe fundamen-

³⁵ *Ibid.*, 27, pág. 170.

³⁶ *Ibid.*, 15, págs. 7-8.

³⁷ *Ibid.*, 27, pág. 171.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*, 31.

⁴⁰ Carrara, Francisco. *Programa de derecho criminal*. Bogotá, Editorial Temis, 1969, pág. 277. Citado por Batistelli, Esther Cafure de. Legislaciones sobre derecho penal. *Ibid.*, 27, pág. 156.

⁴¹ Sainz Cantero, José. La reforma del derecho penal sexual. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*. España, No. 3; 1978, pág. 240. Citado por Soto Cabrera, Tatiana. *Ibid.*, 6, pág. 31.

tarse en el perjuicio o daño injusto que se causa a otra persona o a la comunidad. En el caso de la conducta sexual, por ejemplo, esta "debe castigarse cuando se impone al sujeto pasivo del comportamiento sexual, empleándose violencia o intimidación o con procedimiento o abuso de una relación de dependencia".⁴² De ahí que consideraciones tales como la edad, la moral, la condición jurídica o social de la mujer, o el incumplimiento del deber de fidelidad que las legislaciones derivan del vínculo conyugal, no deben considerarse como eximentes ni atenuantes en el caso de los delitos de violencia.

La desprotección de la mujer frente a las situaciones de violencia no se desprende únicamente del discurso jurídico. La maquinaria judicial contribuye también a crear impedimentos. En lugar de proteger a la víctima contra futuras agresiones, la coloca en posición de vulnerabilidad tanto en lo físico como en lo psicológico. Los procesos son largos y tediosos, y los mecanismos de prueba se fundamentan en exigencias que se caracterizan por ser inasequibles. Un personal policial sin experiencia en el tratamiento de la violencia doméstica y la violación, y una cultura judicial por lo común centrada en valores patriarcales, atentan contra la debida iniciación y desarrollo de los procesos que finalmente se convierten en denigrantes para la víctima.

La solución al problema de la violencia contra la mujer no ha de reputarse unívoca. Si bien reconoce como condición indispensable la adecuación de las legislaciones nacionales a los principios de no discriminación contenidos en los instrumentos internacionales suscritos por el Estado, requiere asimismo de otros factores. En primer lugar, el derecho penal debe tipificar la violencia de manera que prevalezcan los intereses y la seguridad de la víctima. Esto incluye no solo el reconocimiento de la violencia doméstica o familiar entre las figuras delictivas, sino también de otros tipos de agresión tales como la violación dentro del matrimonio y el acoso sexual. El adulterio y el crimen pasional deben abandonarse como causal de sobreseimiento o en su condición de atenuantes, en los casos de muerte de la mujer por parte de su marido o su pareja.

Los procesos de denuncia y enjuiciamiento de los incidentes de violencia deben agilizarse. El sistema policial debe contar con personal capacitado para recibir o procesar los casos de malos tratos y violaciones. Existen ya en este sentido experiencias positivas en varios países de la Región.⁴³ El sistema de denuncia debe revisarse, a fin de susstraer las agresiones domésticas y las violaciones de la esfera de la acción privada y permitir su denuncia por parte de cualquier interesado. Los procedimientos de prueba deben ser realistas y considerar las circunstancias especiales

en que se producen los incidentes de violencia doméstica y las violaciones.

La revisión del sistema actual no debe limitarse a la legislación penal ni a lo contencioso-administrativo. Otros órdenes normativos como el civil y el laboral, cuando respondan a estructuras arcaicas, deben agilizarse con el fin de eliminar las jerarquías de sexo en la sociedad. Finalmente, los padrones culturales deben modificarse. Dejando de lado la visión pasiva y vulnerable que es típica de la mujer en muchas culturas, esta debe ser valorada por la función que en verdad desempeña en la sociedad como agente y promotora de desarrollo en lo económico, cultural y social. Para ello se requiere de la acción pública y privada. Es necesario cambiar estereotipos que han caracterizado a la mujer desde tiempo inmemorial. La restructuración del sistema educativo y de los medios de información, constituyen para ello un mecanismo imprescindible. Varias legislaciones han comenzado satisfactoriamente a activar cambios en este sentido.⁴⁴ La acción del sector privado por su parte no solo resulta efectiva en la habilitación de centros de protección a la mujer agredida, sino también como recurso en la educación de la mujer en general en cuanto a sus derechos y prerrogativas. Finalmente, es imprescindible que la mujer tome conciencia de su potencial y de su condición de clase, y rehabilite la dignidad de la cual se encuentra tan frecuentemente despojada.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, S. E. *Women's participation in the Peoples Church*. East Lansing, Michigan State University, 1988.
- Arbelaez, F. *La infraestructura invisible*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1976.
- Archenti, N. *Situación de la mujer en la sociedad argentina: formas de organización en Capital Federal*. Buenos Aires, Fundación Friedrich Naumann, 1987.
- Barroso, C. *Mulher, sociedade e estado no Brasil*. São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1982.
- Calderón G., F. *Mujer, clase y discriminación social*. Centro de Investigación para la Acción Femenina. *Jornada de Denuncia a la Violencia contra la Mujer*. Santo Domingo, Ediciones Populares Feministas, 1981.
- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. *Mujer y sociedad en América Latina*. Buenos Aires, 1991.
- Dent, D. W. (ed.). *Handbook of Political Science Research on Latin America. Trends from the 1960s to the 1990s*. Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1990.
- Dirección General de Promoción de la Mujer (República Dominicana) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe General. Seminario Taller Situación Socioeconómica y Jurídica de la Mujer Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana, 1988.
- Feijoó, M. C. *Una bibliografía anotada de los estudios sobre el status de las mujeres en América Latina*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1989.
- González Suárez, M. *Estudios de la mujer*. San José, Costa Rica, Editorial Universitaria Centroamericana, 1988.

⁴² *Ibid.*, 6, pág. 31.

⁴³ Véase, por ejemplo, *Informe nacional: Uruguay, Ibid.*, 16, pág. 8.

⁴⁴ Véase, por ejemplo, *Ibid.*, 21, pág. 33.

González Suárez, M. *El sexismo en la educación*. San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1990.

Matheus, M. G. L. *La mujer, una incapaz como el demente y el niño* (según las leyes latinoamericanas). México, D.F., Costaméric Editor, 1975. Colecciones Ciencias Sociales, vol. 13.B.

México, Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Divulgación. *Perspectivas femeninas en América Latina*. México, D.F., 1976.

Miller, F. *Latin American women and search for social justice*. Hanover, New Hampshire, University Press of New England, 1991.

Naciones Unidas, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios. Law and the Status of Women. An International Symposium. Nueva York, Columbia University School of Law, 1980.

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Latin America: Analysis of the social problems affecting women in various sectors*. México, agosto de 1983.

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Five studies on the situation of women in Latin America*. Nueva York, United Nations Publications, 1983.

Organización Panamericana de la Salud. *La salud de la mujer en las Américas*. Washington, D.C., 1985. Publicación Científica 488.

Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Subregional Salud Integral de la Mujer. Centroamérica. I Encuentro Subregional Mujer, Salud y Legislación. El Salvador, 24 al 26 de abril de 1991.

Pérez, S.W. *Población y condición de la mujer en República Dominicana*.

Pescatello, A. M. *Female and male in Latin America*. Pittsburgh, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press, 1973.

Pescatello, A. M. *Power and pawn, the female in Iberian families, societies, and cultures*. Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1976.

Sinatra, M. *Dimensión social de la mujer*. Quito, Ediciones Obsidiana, 1986.

Zarza, O. M. *Situación de la mujer en Paraguay en las dos últimas décadas*. Asunción, Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos, 1988.

EL DERECHO INTERNACIONAL Y LA SALUD DE LA MUJER

*Rebecca J. Cook*¹

EVOLUCION DE LOS DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALES DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD DE LA MUJER

La comprensión del término “salud” en el ejercicio del derecho internacional está condicionada por la definición dada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice lo siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Las repercusiones jurídicas de un concepto de salud amplio se centran en que los Estados tienen el deber de promover los servicios sanitarios, educativos, sociales y afines, y evitar o eliminar las barreras para el logro y mantenimiento del bienestar físico, mental y social de la mujer. La difícil tarea de velar por la salud de la mujer se concentra no solo en los servicios de salud física y mental, sino en la justicia de los fundamentos sobre los cuales funciona la sociedad.

Tal vez se pueda afirmar que la era moderna de los derechos de importancia para la salud de la mujer comenzó con la adopción de la Carta de las Naciones Unidas en 1945. En los instrumentos internacionales preparados antes se abordaron los derechos de la mujer, pero desde una perspectiva predominantemente paternalista que protegía a la mujer de riesgos como el empleo nocturno. La Carta de las Naciones Unidas se abre con la disposición de que los fines de dicha Organización incluyen: “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de...sexo” (Artículo 1 [3]).

Además, en el Artículo 55, que trata de la cooperación internacional económica y social, se prepara el terreno para otros instrumentos internacionales de carácter universal y regional. Con el propósito de fomentar el “respeto al principio de la igualdad de derechos”, las Naciones Unidas promoverán “el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de... sexo..., y la efectividad de tales derechos y libertades” (Artículo 55 [c]).

La Carta de las Naciones Unidas contribuyó a preparar instrumentos universales y regionales sobre derechos humanos. En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos. En dicha Declaración se condenó enfáticamente la discriminación por motivos de sexo. Dicho instrumento cobró efecto jurídico por medio del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de carácter general. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada en 1969, y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en 1988, incluyen disposiciones contra la discriminación sexual comparables a las que figuran en los dos pactos generales.

El principal instrumento moderno sobre igualdad de derechos de la mujer, emanado de la Declaración Universal, es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (la Convención sobre la Mujer) adoptada en 1979 (1-3). Dicha Convención es el instrumento jurídico internacional definitivo que exige respeto y observancia de los derechos humanos de la mujer; es de alcance universal, enfoque integral y cumplimiento obligatorio por ley. La Convención es el primer tratado internacional de obligatoriedad jurídica en que los países miembros se comprometen a cumplir con el deber legal de eliminar la discriminación contra la mujer en to-

¹ Profesora Asociada e Investigadora, Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

dos los campos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluidos los de atención de salud y planificación familiar. En el Anexo se enumeran todos los Estados Partes de dicha Convención. Vale la pena señalar que casi todos los gobiernos de los países de la Región de las Américas se han adherido a esa Convención. Al 1 de enero de 1992, solo las Bahamas, los Estados Unidos de América y Suriname no habían firmado dicho instrumento.

DESATENCIÓN GENERALIZADA DE LA SALUD DE LA MUJER

La desatención a los problemas de salud de la mujer está muy difundida. Los casos femeninos de cardiopatía, cáncer de los órganos no reproductivos y diabetes, por ejemplo, no suelen investigarse a cabalidad (4, 5).

El paternalismo mal dirigido ha hecho que los investigadores y los comités de examen de ética de las investigaciones excluyan de los protocolos de investigaciones farmacéuticas y de otra índole a las mujeres que están o podrían estar embarazadas, por temor de que su participación cause lesiones fetales. El resultado ha sido la aprobación y venta de productos que nunca se ensayaron en mujeres adultas, de manera que se desconocen su inocuidad, eficacia e interacción con la fisiología femenina, pese a recetarse a la mujer con mayor frecuencia que al hombre.

Las lesiones físicas y fisiológicas causadas por la violencia contra la mujer, incluso la agresión por el esposo, no se han reconocido, diagnosticado ni tratado en la debida forma, en parte por el estigma social adscrito a sus causas (6). La agresión del esposo, excónyuge y amante le causa más lesiones que los accidentes de vehículos de motor, la violación por extraños y los asaltos, en conjunto (7). Los datos epidemiológicos y afines muestran que la falta de servicios básicos de atención obstétrica, prenatal y de salud reproductiva causan tasas innecesariamente altas de mortalidad y morbilidad maternas (8, 9).

Al observar el desequilibrio tradicional de poder y autoridad entre los sexos, que favorece a los hombres, varios comentaristas han señalado con precisión la tendencia discriminatoria que ha habido en la institución siempre masculina de la medicina, demostrada por el rechazo de la mujer en las facultades de medicina hasta hace bastante poco, por no considerarla apta para admisión.

Existe la queja generalizada de que, si bien el hombre se considera como individuo, y sus fallas como características personales, la mujer suele verse como representante de su sexo y sus fallas como algo típico de ella. En la atención de salud, también se suele considerar a la mujer menos como individuo que como representante. Además, suele crearse un estereotipo de la mujer en los extremos de la escala de valores, y sus quejas de salud a menudo se rechazan o trivializan, incluso las relacionadas con afec-

nes fisiológicas, causas emocionales o insatisfacción (10). En otro estereotipo extremo se considera a la mujer como fuente de infección para el hombre, particularmente cuando tiene relaciones sexuales con más de uno y, por lo tanto, es "promiscua" o prostituta. Este estereotipo y las políticas de salud en que se basa han persistido, independientemente de los datos epidemiológicos de las enfermedades de transmisión sexual en una subpoblación dada de hombres o mujeres. Por ejemplo, entre 1918 y 1920, en los Estados Unidos de América se detuvo, por iniciativa del gobierno, a más de 18 000 presuntas prostitutas por temor a que propagaran las enfermedades venéreas, especialmente a los soldados y marineros que volvían al país después de haber luchado en la Primera Guerra Mundial (11). Una respuesta a las preocupaciones modernas por el SIDA y la infección por el VIH ha reformado la imagen de la mujer "no como individuo, sino únicamente como vector de la transmisión del virus" (12).

La infección por el VIH también confirma la forma en que se perjudica a la mujer al verla por medio de un estereotipo (13). El SIDA se considera sobre todo como una infección de los hombres (14), y la necesidad que tiene la mujer de recibir protección y tratamiento, por ejemplo, con medicamentos costosos, reviste poca prioridad. En realidad, a la protección de la mujer con el fomento del uso del condón han opuesto resistencia activa varias entidades conservadoras que estiman que el anuncio de la forma de tener relaciones sexuales sin riesgo es un peligro para la moral pública (15). Sin embargo, de nada sirve que haya condones donde los hombres consideran que su uso es poco viril o desagradable y las mujeres no se atreven a negarse a tener relaciones sexuales sin protección por temor de violencia o abandono tanto propio como de sus hijos a cargo (16). Las dificultades de la mujer se agravan porque los profesionales de salud ignoran y niegan su vulnerabilidad a las relaciones sexuales forzadas, sobre todo en jurisdicciones que siguen aceptando la inmunidad criminal del hombre por la violación de su esposa. Se ha demostrado que las mujeres que emplean métodos de barrera apropiados para su sexo tienen mucho más éxito en prevenir las enfermedades de transmisión sexual que quienes dependen del uso de condones (17).

Solo últimamente se ha prestado atención a una mínima cantidad de información proveniente de estudios clínicos sobre la infección por el VIH respecto a los efectos de los procesos morbosos o de las intervenciones médicas para la mujer (18). También se ha observado que, "en un principio, el interés en la mujer infectada por el VIH se centró en su relación con el SIDA pediátrico por medio de la transmisión perinatal. Una búsqueda hecha en las publicaciones médicas ofrece solo un puñado de documentos que se concentran en las consecuencias de la infección para las mujeres que no están embarazadas" (19).

Las leyes niegan, limitan o condicionan el acceso de la mujer a la atención de salud reproductiva de varias formas que perjudican su salud y su dignidad personal (20). Son ejemplos de ello la negación de servicios de salud reproductiva a las niñas adolescentes y a las mujeres solteras (21). El control paternalista de la conducta sexual y reproductiva de la mujer se manifiesta de muchas formas en leyes y políticas. Las leyes condicionan el acceso de la mujer a los servicios, por ejemplo, exigiendo que la mujer casada pida autorización a su esposo para recibir servicios de anticoncepción, esterilización y aborto (22). En algunos países, el acceso de la mujer a los servicios de esterilización voluntaria depende del cumplimiento con requisitos tales como la “regla de 80” (23), que exige que la mujer, pero no el hombre, que solicita servicios de esterilización cumpla con la condición de que el número de hijos vivos multiplicados por la edad de la madre pase de 80.

Las leyes y políticas castigan a la mujer y hacen de ella un estereotipo por causa de sus funciones reproductivas, con lo que se le niega igualdad de oportunidades en comparación con el hombre. Por ejemplo, en muchas leyes que regulan la edad nupcial se estipula una edad menor para la mujer que para el hombre. Esas leyes crean el estereotipo de la mujer que cumple funciones de crianza de los hijos y de servicio, y restringen su derecho a tener más años de instrucción, preparación y experiencia, privilegio que tienen los hombres y les permite ser el sostén de la familia y contribuir a la vida política y económica de la sociedad. El tener hijos a edad muy temprana y con demasiada frecuencia perjudica la salud de la mujer (9).

Las leyes penalizan los procedimientos médicos que necesita solo la mujer, y hacen caso omiso de la asimetría resultante del hecho biológico de que la mujer debe llevar exclusivamente la carga de un embarazo indeseado. Las políticas escolares exigen a menudo que las estudiantes embarazadas abandonen la escuela, pero no los jóvenes que causan el embarazo. La poca escolaridad y el analfabetismo perjudican el acceso de la mujer a servicios de salud y su instrucción en atención de salud preventiva.

APLICACION DE LOS DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALES PARA MEJORAR LA SALUD DE LA MUJER

En la nueva situación imperante se observa que la desatención de la salud de la mujer es parte de un mayor problema social de discriminación general de las personas de su género. Las leyes que niegan u obstruyen el acceso de la mujer a los servicios de salud y la disponibilidad de estos se han puesto en tela de juicio por violar sus derechos humanos básicos (24). Los métodos legales feministas, tales como “hacer la pregunta relativa a la mujer”, comienzan a emplearse cada vez más para recusar esas leyes. Se-

gún ese método, “en cuestiones de derecho, el hacer la pregunta relativa a la mujer significa examinar la forma en que se dejan de tener en cuenta en la ley las experiencias y los valores que parecen ser más típicos de la mujer que del hombre, por cualquier razón, y qué desventaja podrían representar para la mujer las normas y los conceptos jurídicos existentes. En esa pregunta se supone que algunas características de la ley pueden no solo carecer de neutralidad en sentido general, sino ser ‘masculinas’ en sentido particular. La finalidad de la pregunta relativa a la mujer es exponer esas características y su forma de funcionamiento y sugerir la manera de corregirlas” (25).

Los analistas de cuestiones femeninas emplean los estudios epidemiológicos para exponer las desventajas de la ley para la salud de la mujer y responsabilizar más a los gobiernos. Emplean la investigación científica y social para demostrar los efectos desfavorables de la ley en la práctica (26).

La mejora de la salud de la mujer exige la aplicación de ciertos derechos, por ejemplo, a la privacidad, la atención de salud, los beneficios del progreso científico y los derechos de la mujer a librarse de toda forma de discriminación. Esos derechos se han enunciado en pactos internacionales y regionales de derechos humanos y en diversas constituciones nacionales.

Derecho a la privacidad

La Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce el derecho a la privacidad en su Artículo 11, en el que se estipula que “todos tienen el derecho a que se respete su honor y se reconozca su dignidad”.

En la prestación de los servicios de salud tienen lugar graves abusos de la dignidad y autonomía de la mujer, en parte por falta de imposición o por aplicación errónea de la doctrina legal del consentimiento informado.

Se puede hacer mucho por mejorar la aplicación del principio de consentimiento con el fin de asegurar que la mujer reciba información adecuada para decidir respecto de un tratamiento médico propuesto o de alguna otra forma de atención de salud. La doctrina legal del consentimiento informado es la articulación de un principio ético más amplio de respeto a la persona, que exige respeto a la autonomía del individuo y protección de las personas vulnerables cuando no pueden adoptar decisiones, por ejemplo, cuando sufren discapacidad mental (27).

La doctrina del consentimiento informado para recibir un tratamiento médico propuesto tiene dos requisitos, a saber, que se dé con la debida información y que se dé o se rechace libremente. Esa doctrina se aplica a menudo para cubrir ambos aspectos de la elección, es decir, de consentimiento y disconsentimiento informados, y también el derecho a la libre elección.

Provisión de información adecuada

El simple consentimiento puede consistir solo en un acuerdo de cumplir con lo propuesto. Para efectos del "consentimiento informado", una mujer que acceda a recibir tratamiento debe entender a cabalidad la intervención propuesta, las repercusiones del rechazo de ese tratamiento y las distintas formas de manejar su situación para poder ejercer su derecho a una elección razonable.

La importancia de la información está en que contribuye a la libertad del individuo para escoger si debe aceptar o no una forma propuesta de tratamiento; no se emplea para persuadir ni condicionar a una persona para que decida de cierta forma, aunque eso parezca defender sus mejores intereses. En otras palabras, el derecho a la elección informada incluye el derecho a escoger entre varias posibilidades que pueden ser desaconsejables en opinión de los profesionales de salud.

La información para el ejercicio del derecho de elección incluye normalmente una descripción clara de lo que se propone; distintas clases de tratamiento para cumplir con ese fin, incluso ninguno; los resultados conocidos de cada opción terapéutica (es decir, la proporción de buenos resultados); cualquier riesgo relacionado con cada opción terapéutica, ya sea que esta haya dado buenos resultados o no, y el posible efecto de cada forma de tratamiento en la manera en que la persona adopta su estilo de vida preferido.

La autonomía personal se ve gravemente afectada cuando no se ha informado debidamente a una mujer del índice de fracaso de un método de planificación familiar y su uso resulta en un embarazo indeseado. El índice de fracaso de la anticoncepción se define como el número de embarazos indeseados que se producen mientras se practica la anticoncepción y el número de meses que la mujer pasa expuesta a riesgo (28). El índice de fracaso de la anticoncepción es de 6% cuando las mujeres que toman la píldora tienen un embarazo durante los primeros 12 meses de uso, de 14 a 16% con el condón, el diafragma y el método del ritmo, y de 26% con los espermicidas (28). Los profesionales de salud tienen deberes éticos y legales con las personas a quienes deben suministrar información precisa sobre el índice de fracaso de la anticoncepción para que sus clientes puedan elegir debidamente informadas respecto de los métodos anticonceptivos.

Adopción de decisiones con conocimiento de causa

La determinación de someterse o no a un tratamiento médico, en sí, no representa una decisión médica. Es más bien una decisión personal, de carácter particular, que cada individuo debe tomar de acuerdo con su personalidad,

sus gustos y preferencias, para su propia comodidad o incomodidad, según las metas de la vida en las que influyen las ideas personales, familiares, sociales, filosóficas y otras afines. La función de los profesionales de salud es proporcionar información médica y de naturaleza afín que amplíe el poder de elección de cada persona y que no altere ni desequilibre ese poder.

Además, una mujer debe estar libre de coerción y de presión excesiva para ejercer su derecho de elección. El profesional de salud que dé información no debe imponer más presiones ni dar más esperanzas de las que tiene naturalmente la mujer en esos casos. Las mujeres que buscan servicios de salud dependen con frecuencia de los proveedores de atención y, como algunas pueden mostrarse renuentes a dar la impresión de personas que no observan lo mandado y son desagradecidas, a menudo se sienten obligadas a aceptar lo que se les propone, particularmente cuando quienes tienen el poder que confieren los conocimientos de nivel superior les dicen que es por su propio bien.

Para que la mujer pueda ejercer el derecho a la libre elección, debe obrar de acuerdo con sus preferencias. No debe estar condicionada a cumplir con lo prescrito por causa de las circunstancias imperantes de dependencia médica, cuyo efecto se impone en la asistencia que reciben ella y su familia en la actualidad y en el futuro, ni sentirse obligada a realizar actos que entrañen sacrificio propio para pagar lo que ha recibido. Por ejemplo, en el Brasil hay servicios de esterilización solo por razones terapéuticas (29); como resultado, las mujeres escogen con renuencia la cesárea para cumplir luego con el requisito "terapéutico" para fines de esterilización (30). Desde el punto de vista ético, esa es una forma inaceptable de condicionamiento del derecho que tiene la mujer a elegir la cesárea. Podría ser una elección informada pero no libre, porque la mujer se ve forzada a aceptar la cesárea para poder reunir los requisitos "terapéuticos" para efectos de esterilización.

Indemnización por falta de responsabilidad

Los profesionales de salud que administran un tratamiento indebido y quienes, sin razón justificada, dejan de dar la información necesaria sobre el tratamiento recomendado a los pacientes de cuyo cuidado se encargan, tienen que afrontar tres clases principales de cargos legales por incumplimiento de su responsabilidad civil:

- Pueden ser acusados de mala conducta profesional por quienes los autorizan para el ejercicio profesional y también por cualquier asociación voluntaria a la que pertenecen y cuya autoridad hayan aceptado para efectos de imposición de disciplina por conducta profesional contraria a la ética.

- Si en su relación con alguna persona hay desacuerdo, se exceden los límites del acuerdo dado o existen diferencias respecto a lo que el individuo accedió a permitir, pueden ser demandados por agresión, definida como contacto físico no autorizado, o acusados de crímenes relacionados con agresión o lesión, por ejemplo, cuando se rasga la superficie de la piel al tomar una muestra de sangre por venipuntura.

- Cuando dejan de revelar la información pertinente a los pacientes cuya elección informada deben facilitar y lograr, se les puede acusar de negligencia. En cuestiones de derecho, hay negligencia cuando los profesionales de salud, que tienen el deber legal de revelar determinada información, no cumplen con las normas pertinentes legalmente establecidas, lo que hace que los pacientes sufran lesiones que no habrían tenido al escoger un procedimiento distinto. A menudo se exige que los médicos suministren información fundamental para la elección que debe hacer una persona razonable que se encuentre en las circunstancias de la mujer.

Derecho a la atención de salud

Los gobiernos, por medio de su afiliación a pactos internacionales de derechos humanos y de sus constituciones y leyes nacionales, se comprometen a proteger los derechos de sus ciudadanos a la atención de salud (31). Los Estados Partes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en virtud de su Artículo 12, están obligados a reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y a tomar las medidas necesarias para el pleno ejercicio de ese derecho. Tanto la Convención sobre la Mujer como la Convención sobre los Derechos del Niño exigen que los gobiernos presten atención de salud, incluso servicios relacionados con la planificación de la familia. Por ejemplo, en el Artículo 12 de la Convención sobre la Mujer se exige lo siguiente:

1) Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica con el fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2) Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El derecho a la atención de salud se ve comprometido cuando la protección del bienestar de la mujer es obstrui-

do por barreras gubernamentales, legislativas o judiciales. Además de obstruir la provisión de la atención de salud que desea la mujer, los gobiernos pueden dejar de ofrecer los servicios de salud que necesita la mujer que no se puede cuidar a sí misma por causa de factores como la falta de conocimientos, la pobreza o la lejanía de los principales centros de población. La obstrucción de los servicios de salud disponibles y la falta de otros servicios le niegan a la mujer el derecho a la atención de salud que los países han reconocido al aceptar los pactos internacionales de derechos humanos.

Leyes sobre atención integral de salud reproductiva

Donde los gobiernos, de buena fe, se propongan garantizar la aplicación del derecho a la atención de salud de la mujer, promulgarán leyes sobre atención integral de salud reproductiva para velar por que los derechos de la mujer a la vida, la salud y al funcionamiento de la familia sean iguales a los del hombre. Esas leyes fomentarán una reducción de la mortalidad y morbilidad ocasionadas por el embarazo y proporcionarán servicios que maximicen la salud reproductiva.

Una ley de atención integral de salud reproductiva se destinaría a facilitar y maximizar esta última con una estrategia de atención (32) en la que se abordarían las necesidades de salud reproductiva de toda la población femenina ofreciéndole enseñanzas sobre la vida sexual responsable y segura, la regulación de la fecundidad para que la mujer sexualmente activa use el método correspondiente según sea necesario, y servicios de atención del embarazo y el parto. Además, se proporcionarían enseñanzas y servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la subfecundidad y la esterilidad. En resumen, su meta debe ser convertir a la sexualidad y la reproducción humanas en una experiencia agradable y no en una maldición o un castigo (32).

Dentro del marco de esta amplia definición, la salud reproductiva es una condición por medio de la cual se efectúa el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades del proceso reproductivo (33). Esta fórmula refleja el concepto de salud que los Estados han aceptado al suscribirse a la Constitución de la OMS.

La promulgación de una ley de atención integral de salud reproductiva facilitaría mucho el ejercicio de los derechos de la mujer a la atención de salud. Daría la oportunidad de sacar la reglamentación legal de la salud reproductiva de la mujer del campo del crimen y del castigo, y de pasarla al de la salud y la justicia social, donde se trata a la mujer con dignidad y respeto. Los países con un código penal que prohíbe los servicios de regulación de la fecundidad y de atención de las enfermedades de transmisión sexual y

la esterilidad tienen elevadas tasas de mortalidad y morbilidad materna. Dicho código también guarda relación con la desigualdad socioeconómica en el sentido de que las personas con medios particulares para conseguir servicios de salud reproductiva lo harán, mientras que quienes dependen de la provisión pública de servicios de salud deberán afrontar las consecuencias físicas, económicas y sociales de tener que recurrir a medios clandestinos (34).

Donde la práctica de la medicina exige que se tome en cuenta con la debida competencia el efecto de las circunstancias socioeconómicas de la mujer en su salud, las leyes deben aplicar la definición de salud dada por la OMS. Eso se debe hacer por medio de pautas para la práctica médica, aclaraciones de las dependencias ejecutivas, tales como un ministerio o un departamento de reglamentación sanitaria, que tal vez se pueden expedir por consejo del procurador general, interpretación de los tribunales o una ley de atención integral de la salud reproductiva. Los profesionales de salud y los abogados, al trabajar juntos, pueden asegurarse de que eso se realice dentro de un marco establecido por medio de las ciencias de la salud, más bien que de acuerdo con el código penal tradicional.

Eliminación de las barreras legales para el acceso de las adolescentes a los servicios de salud

Los Estados Partes de la Convención sobre la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tienen la obligación de acabar con las barreras legales para el acceso de las adolescentes a la atención de salud (21), como las políticas de atención clínica que niegan servicios a la mujer soltera, la necesidad de pedir autorización a los padres o de mantenerlos informados, y prohibiciones relativas a la educación sobre salud sexual o reproductiva. Las alternativas siguientes representan parte de las opciones legales que tienen los países para que las adolescentes gocen del derecho internacional a la atención de salud:

- Formular leyes y políticas que faciliten la educación en salud reproductiva y permitan suministrarla en las escuelas y, por ejemplo, en los medios periodísticos y electrónicos.
- Permitir que las adolescentes que sean suficientemente maduras para dar su consentimiento tengan acceso a servicios de salud reproductiva. Esto se puede hacer aplicando la doctrina del joven menor maduro, que permite que los adolescentes suficientemente maduros den su consentimiento para la prestación de los servicios médicos necesarios para proteger su salud. La prueba de madurez puede basarse en el hecho de que las adolescentes soliciten servicios de salud reproductiva, vivan independientemente de sus padres y ganen su propio sustento.
- Formular leyes y políticas que garanticen servicios de salud accesibles a los menores de edad y fomenten, cuan-

do sea conveniente, la participación de la pareja en la regulación de la fecundidad.

- Recusar leyes como las que prohíben la educación en salud reproductiva por ser constitucionalmente nulas y contrarias a la Convención sobre los Derechos del Niño, porque su efecto es negar a las niñas la información que necesitan para evitar un embarazo indeseado y proteger su salud reproductiva.

Derecho a los beneficios de los adelantos científicos

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce el derecho que tienen todos "a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones". Con el fin de asegurarse de que la mujer tenga el derecho de disfrutar de los beneficios de los adelantos científicos, algunas instituciones han introducido políticas para velar por que la investigación científica se aplique igualmente a la mujer. Por ejemplo, en los Estados Unidos, desde 1986, los Institutos Nacionales de Salud y la Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental han determinado que los resultados de las investigaciones clínicas deben beneficiar a todas las personas expuestas a riesgo, independientemente de su sexo (35).

Los países han comenzado a facilitar las investigaciones científicas que podrían beneficiar la salud de la mujer, en parte por el estímulo de las organizaciones no gubernamentales (36). En algunos casos, la investigación se hace necesaria para entender los patrones nutricionales que maximizan las posibilidades que tiene una mujer de prevenir el cáncer de la mama; en otros, para entender mejor la osteoporosis y, por ejemplo, las causas de la esterilidad (2).

Una vez que la investigación científica abre las puertas para aclarar la fisiología y la anatomía femeninas y, por ejemplo, las causas de los quebrantos de salud de la mujer, el derecho al beneficio de los adelantos científicos exige que la mujer tenga acceso a los tratamientos y a la tecnología formulados a menudo como resultado de las investigaciones científicas. Varios países como el Canadá tienen leyes que exigen que las industrias trasladen las patentes de medicamentos terapéuticos a donde estos no se distribuyen. Esas leyes facilitan el acceso de la mujer a los beneficios del progreso científico.

Derecho de la mujer a librarse de cualquier forma de discriminación

La definición en el Artículo 1 de la Convención sobre la Mujer dice lo siguiente: "La expresión 'discriminación contra la mujer' denotará toda distinción, exclusión o res-

tricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera". Cuando una ley hace una distinción que tiene el efecto o la finalidad de restringir los derechos de la mujer, constituye una discriminación que viola la definición de la Convención y que, por lo tanto, debe ser modificada por el Estado Parte.

Las leyes que gobiernan la salud de la mujer deben examinarse minuciosamente para que no perpetúen la discriminación de la mujer, por ejemplo, manteniendo los estereotipos asignados a su sexo que evitan que se le trate de acuerdo con sus méritos. Además, las leyes que gobiernan la biología reproductiva deben analizarse para que no discriminen a la mujer. La responsabilidad del embarazo distingue a la mujer del hombre por razones biológicas. De acuerdo con ello, la distinción relacionada con el embarazo puede aparecer como una medida ilegal discriminatoria de la mujer. Las leyes que niegan o restringen el acceso de la mujer a los servicios de salud reproductiva restringen su derecho y su poder tanto para proteger su vida y su salud, como para establecer familias cuyo tamaño y estructura protejan mejor su salud y la de su familia. En ese sentido, las leyes que restringen los servicios de salud reproductivos tienen un efecto desventajoso para la mujer en comparación con el hombre y, como resultado, pueden representar discriminación de la mujer.

Eliminación de estereotipos femeninos

Tal vez la mayor dificultad afrontada para mejorar la salud de la mujer sea la necesidad de dar efecto al Artículo 5 (a), en virtud del cual los Estados Partes se comprometen a tomar todas las medidas apropiadas para "modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres". Donde hay escasez de alimentos, ya sea por causa del medio agrícola o climático, o de las circunstancias socioeconómicas de la familia, la alimentación del hombre tiene prioridad sobre la de la mujer, de manera que el alimento va primero al esposo, luego a los hijos varones, después a la madre y, por último, a las hijas. La incidencia de malnutrición y anemia femeninas guarda relación directa con las tasas de morbilidad y mortalidad de la mujer.

La dificultad es mayor donde varias instituciones nacionales respetadas, como las religiosas, expresan conceptos de funciones exclusivas para los hombres y las mujeres y

tienen la convicción, por ejemplo, de que la mujer no puede recibir ordenación eclesiástica por causa de su sexo.

Eliminación de las prácticas que exigen veto del cónyuge

Con frecuencia, las leyes existentes no se aplican para ventaja de la salud de la mujer. Por ejemplo, las prácticas que exigen veto del cónyuge persisten a menudo y son contrarias a los derechos jurídicos de la mujer (22). Donde ese es el caso, se podría instar al ministerio o departamento de salud pertinente a expedir un reglamento correctivo en el que se estipule que no se necesita la autorización del cónyuge por ley, y que eso es contrario al derecho que tiene la mujer a que no se le discrimine por razones de su sexo y a la ética profesional de los proveedores de salud que tienen la obligación de respetar la privacidad, la autonomía y el bienestar de la mujer.

La Convención sobre la Mujer prohíbe las leyes y prácticas que son explícitamente desfavorables a la mujer frente al hombre, como las leyes o las prácticas clínicas que exigen autorización del esposo para que su mujer reciba atención anticonceptiva, pero no la de ella para el tratamiento de él. Sin embargo, de igual importancia es el hecho de que en la Convención sobre la Mujer se prohíben las leyes y prácticas que parecen ser neutras en cuanto al género en teoría, pero que se aplican con desventajas para la mujer. La aplicación desfavorable a la mujer puede ser inherente al poner en práctica las disposiciones aparentemente neutras, o ser el resultado de fallas administrativas en la aplicación de la ley que exige respeto a la igualdad de los sexos. Por ejemplo, las leyes o prácticas clínicas que exigen la autorización del cónyuge para recibir atención de salud en el caso de tratamiento de pacientes del sexo femenino pero no del masculino se aplicarían infringiendo esa prohibición. Si el hecho de no recibir tratamiento igual es inherente a la ley, esta podría ser declarada nula e ilícita por un tribunal apropiado.

CONCLUSION

Los derechos internacionales relativos a la salud de la mujer valen muy poco para ella si no hay responsabilidades por parte de los gobiernos, organizaciones e individuos para respetarlos. Los gobiernos están obligados a notificar periódicamente a los comités establecidos por las respectivas Convenciones lo que han hecho en sus países para cumplirlas. Ese proceso de notificación ofrece importantes oportunidades para destacar los logros, fracasos y dificultades de los gobiernos para garantizar el acceso de la mujer a la atención de salud. La ley internacional de derechos humanos, aplicable por medio de convenciones universales y regionales de derechos humanos, establece

normas para evaluar la observancia por cada país de las responsabilidades que ha asumido para proteger la salud de la mujer en el sentido amplio de la definición de salud establecida por la OMS.

Para velar por el ejercicio y la observación de los derechos internacionales relativos a la atención de salud, es preciso movilizar recursos legales y concentrarlos de tal forma que se obligue a las autoridades de salud del sector público a prestar los servicios de salud y de otra índole que sean necesarios para garantizar los derechos de la mujer a la atención de salud. Las asociaciones nacionales han comenzado a prestar servicios legales a las mujeres para enseñarles cuáles son sus derechos y garantizar la protección legal de los mismos (37). Las violaciones de los derechos pasarán inadvertidas y quedarán sin remediar cuando no se entiendan esos derechos ni los servicios jurídicos para defender esas medidas correctivas. Sin esa clase de servicios legales, las leyes de salud mejor formuladas tendrán muy poco significado para la vida y la salud de la mujer, cuya mejora ha sido el objeto de su promulgación.

REFERENCIAS

- (1) Cook, R.J. Women's international human rights: A bibliography. *NY Univ Int Law Pol* 24:701-731, 1992.
- (2) González de Pazos, M. *La mujer y la reivindicación internacional de sus derechos*. Azcapotzalco, México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, 1989.
- (3) Plata, M. I. y Yanusova, M. *Los derechos humanos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, 1979. Bogotá, Printex Impresores, 1988.
- (4) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Gender disparities in clinical decision making. *JAMA* 266:559-562, 1990.
- (5) Sherwin, S. *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Filadelfia, Temple University Press, 1992, págs. 158-175.
- (6) White, D. G. Wearing a wife-assault button: Impact on a family practice. *Can Med Assoc J* 145:1005-1012, 1991.
- (7) Rosenberg, M. L., Stark, E. y Zahn, M. A. Interpersonal Violence: Homicide and Spouse Abuse. En: Last, J. M. (ed.). *Public Health and Preventive Medicine*. 12 ed. Norwalk, Connecticut, Appleton-Century-Crofts, 1986, págs. 1399-1426.
- (8) AbouZahr, C. y Royston, E. *Maternal Mortality: A Global Factbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.
- (9) Maine, D. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Nueva York, Columbia University Center for Population and Family Health, 1991.
- (10) Idem. págs. 179-180.
- (11) Brandt, A. M. *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease*. Nueva York, Oxford University Press, 1985.
- (12) Mitchell, J. L. Women, AIDS, and public policy. *AIDS Public Pol* 3(2):50, 1988.
- (13) Overall, C. AIDS and Women: The (Hetero)sexual Politics of HIV Infection. En: Zion, C. W. P. (ed.). *Perspectives on AIDS: Ethical and Social Issues*. Oxford, Oxford University Press, 1991, págs. 27-42.
- (14) Murphy, J. S. Women with AIDS: Sexual Ethics in an Epidemic. En: Corless, I. B. y Pittman-Lindeman, M. (eds.). *AIDS: Principles, Practices, and Politics*. Nueva York, Hemisphere, 1988, págs. 65-66.
- (15) Aiken, J. H. Education as Prevention. En: Dalton, H. L., Burris, S. y the Yale AIDS Law Project (eds.). *AIDS and the Law*. New Haven, Yale University Press, 1987, págs. 90-105.
- (16) Stein, Z. A. HIV prevention: The need for methods women can use. *Am J Public Health* 80:460-462, 1990.
- (17) Rosenberg, M. J., Davidson, A. J., Chen, J. H., Judson, F. N. y Douglas, J. M. Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: A comparison of female-dependent methods and condoms. *Am J Public Health* 82:669-674, 1992.
- (18) Minkof, M. L. y DeHovitz, J. A. Care of women infected with the human immunodeficiency virus. *JAMA* 266:2253-2258, 1991.
- (19) Mitchell, J. L., Tucker, J., Loftman, P. O. y Williams, S. B. HIV and women: Current controversies and clinical relevance. *J Women's Health* 1:35-39, 1992.
- (20) Cook, R.J. y Haws, J. The United Nations convention on the rights of women: Opportunities for family planning providers. *Int Fam Plann Perspect* 12:49-53, 1983. (Publicado en español en *Profamilia* 3[9]:10-14, 1987. Pedidos a Profamilia, Calle 34 No. 14-52, Bogotá, Colombia.)
- (21) Paxman, J. y Zuckerman, J. *Laws and Policies Affecting Adolescent Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.
- (22) Cook, R.J. y Maine, D. Spousal veto over family planning services. *Am J Public Health* 77:339-344, 1987. (Publicado en español en *Profamilia* 3[11]:30-38, 1987. Pedidos a Profamilia, Calle 34 No. 14-52, Bogotá, Colombia.)
- (23) Janowitz et al. Sterilization in Honduras: Assessing the unmet demand. *Stud Fam Plann* 14:252, 1983.
- (24) Cook, R.J. International protection of women's reproductive rights. *NY Univ J Int Law Pol* 24:401-483, 1992.
- (25) Bartlett, K. T. Feminist legal methods. *Harv Law Rev* 103:829-888, 1990.
- (26) Pine, R. Speculation and reality. The role of facts in judicial protection of fundamental rights. *Univ Penn Law Rev* 136:655, 1988.
- (27) Dickens, B. Reproduction law and medical consent. *Univ Toronto Law Rev* 35:255-286, 1985.
- (28) Jones, E. F. y Forrest, J. D. Contraceptive failure rate in the United States: Revised estimate from the 1982 national survey of family growth. *Fam Plann Perspect* 21:103-109, 1989.
- (29) Merrick, T. Fertility and family planning in Brazil. *Int Fam Plann Perspect* 9:110, 1983.
- (30) Barros, F. C. et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *The Lancet* 338:167, 1991.
- (31) Fuenzalida-Puelma, H. L. y Connor, S. S. (eds.). *El derecho a la salud en las Américas: Estudio constitucional comparado*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Publicación Científica 509.
- (32) Sai, F. y Nassim, J. The need for a reproductive health approach. *Int J Gynecol Obstet* 3:103-114, 1989.
- (33) Fathalla, M. Reproductive health: A global overview. *Ann NY Acad Sci* 626:1-10, 1991.
- (34) Henshaw, S. Induced abortion: A world view. *Fam Plann Perspect* 22: 76-89, 1990.
- (35) *Natl Inst Health Guide* 19(31):18, agosto de 1990.
- (36) Society for the Advancement of Women's Health Research Towards a Women's Health Research Agenda: Findings of the Scientific Advisory Meeting. Washington, D.C., Society for the Advancement of Women's Health Research, 1991.
- (37) Plata, M. I. Family law and family planning in Colombia. *Int Fam Plann Perspect* 14:109-111, 1988.

Anexo. Estados Partes de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, enumerados en orden alfabético (al 1 de enero de 1992). Los países de las Américas aparecen en letra **negrita**.

Alemania	Ghana	Panamá
Angola	Grecia	Paraguay
Antigua y Barbuda	Grenada	Perú
Argentina	Guatemala	Polonia
Australia	Guinea	Portugal
Austria	Guinea Ecuatorial	Reino Unido de Gran Bretaña e
Bangladesh	Guinea-Bissau	Irlanda del Norte
Barbados	Guyana	República Centroafricana
Belarús	Haití	República Democrática Popular Lao
Bélgica	Honduras	República de Corea
Belize	Hungría	República Dominicana
Bhután	Indonesia	República Unida de Tanzania
Bolivia	Iraq	Rumania
Brasil	Irlanda	Rwanda
Bulgaria	Islandia	Saint Kitts y Nevis
Burkina Faso	Israel	San Vicente y las Granadinas
Cabo Verde	Italia	Santa Lucía
Canadá	Jamahiriya Arabe Libia	Senegal
Checoslovaquia	Jamaica	Sierra Leona
Chile	Japón	Sri Lanka
China	Kenya	Suecia
Chipre	Liberia	Tailandia
Colombia	Luxemburgo	Togo
Congo	Madagascar	Trinidad y Tabago
Costa Rica	Malawi	Túnez
Cuba	Malí	Turquía
Dinamarca	Malta	Ucrania
Dominica	Mancomunidad de Estados	Uganda
Ecuador	Independientes	Uruguay
Egipto	Mauricio	Venezuela
El Salvador	México	Viet Nam
España	Mongolia	Yemen
Estonia	Nepal	Yugoslavia
Etiopía	Nicaragua	Zaire
Filipinas	Nigeria	Zambia
Finlandia	Noruega	Zimbabwe
Francia	Nueva Zelanda	
Gabón	Países Bajos	

V. EL PAPEL DE LA MUJER EN EL DESARROLLO DE LA SALUD

LA MUJER Y EL MERCADO DE TRABAJO EN EL SECTOR DE LA SALUD EN LAS AMERICAS. ¿HEGEMONIA FEMENINA?

*María Helena Machado*¹

INTRODUCCION

El objetivo inicial de esta contribución fue delinear un perfil sociodemográfico de la fuerza de trabajo femenina en el sector de la salud en las Américas. Lamentablemente, en casi todos los países del continente americano, la escasez de datos sistematizados sobre la fuerza de trabajo (series específicas) en el sector de la salud, desagregados por sexo, no permitió recopilar el material estadístico suficiente para ofrecer tal perfil.

Dado que esta limitación informativa impidió realizar el análisis global que habíamos previsto, optamos por elegir un país que ofreciera características complejas y diversificadas respecto al sistema de salud y al conjunto de sus trabajadores. Teniendo en cuenta que en el Brasil existe una tradición de investigaciones y estudios en ese campo y que, en consecuencia, dispone de un importante acervo de información sobre la fuerza de trabajo en el sector de la salud, privilegamos este país como objeto de análisis.

Estamos conscientes de las limitaciones de un estudio semejante, no solo por la falta de información actualizada y sistematizada, sino también por la carencia de series continuas para períodos históricos largos y por la escasez de investigaciones cualitativas específicas que pudieran orientar mejor nuestras discusiones. Con todo, nos hemos atrevido a analizar, discutir y hasta inferir cuestiones que consideramos pertinentes para todas las Américas.

LA INSERCIÓN DE LA MUJER EN EL MUNDO DEL TRABAJO

La trayectoria de la inserción de la mujer en la esfera productiva ha sido vista como una consecuencia de la secularización de las actitudes y del cambio de la estructura familiar, entre otras variables. Las funciones que la mujer desempeña en la familia (sexualidad, reproducción, socialización de los hijos, etc.) se han vinculado tanto a su condición de trabajadora como a su condición de persona económicamente inactiva.

De acuerdo con Engels (1), el desmoronamiento del derecho materno constituyó una gran derrota histórica del sexo femenino en todo el mundo. Así,

el hombre se apoderó también de la dirección de la casa, la mujer se vio degradada, convertida en sirvienta, en esclava de la lujuria del hombre, en un simple instrumento de reproducción. Esa baja condición de la mujer, evidente, sobre todo, entre los griegos de los tiempos históricos y, aún más, en los tiempos clásicos, ha sido gradualmente retocada, disimulada y, en ciertos lugares, hasta revestida de formas de mayor suavidad, pero de ninguna manera suprimida. El gobierno del hogar se transformó en un servicio privado; la mujer se convirtió en la primera criada, sin participar más en la producción social.

Asimismo, cuando la mujer logró su participación en el sector público, después de largos años de lucha, lo hizo en una posición bastante inferior a la del hombre. Dicho en otras palabras, la mujer se incorporó al sector de la producción tardíamente y de forma marginal. Hoy en día continúa existiendo un número significativo de mujeres que

¹ Profesora e Investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública -FIOCRUZ- y Coordinadora del Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud, Rio de Janeiro, Brasil.

hacen del casamiento su destino. No sería exagerado afirmar que

el destino que la sociedad propone tradicionalmente a la mujer es el casamiento. En su mayoría las mujeres o se han casado, o se preparan para estarlo, o sufren por no estarlo (2).

Con una visión más radical y pesimista, Saffioti (3) arguye que

el trabajo como medio de realización profesional, como factor de enriquecimiento de la persona humana e incluso como medio de adaptación social a las condiciones variables de inseguridad económica, no constituye siquiera un valor de importancia para la mayoría de las mujeres ni para la sociedad que atribuye a los miembros de su contingente femenino papeles sociales bastante definidos.

Sabemos, desde luego, que la posición defendida por Saffioti está perdiendo validez para un número creciente de mujeres que incorporan el trabajo en su vida cotidiana. Pero, por otra parte, tendemos a compartir la opinión de esta autora en relación con el "poco profesionalismo" del trabajo de la mujer. Nos referimos con ello al reducido sentido de carrera profesional que muchas mujeres atribuyen a su actividad ocupacional. El trabajo femenino, en este sentido, puede ser visto como un mecanismo de mantenimiento del poder adquisitivo de la unidad familiar, o sea, como un complemento de la renta familiar o como una fase transitoria de su vida (hasta el casamiento, por ejemplo).

Aun cuando el número de mujeres calificadas para ejercer una actividad profesional es cada vez mayor, esa calificación se adquiere, casi siempre, a título de garantía personal ante el futuro incierto que encierra el orden social competitivo (3).

La mujer trata de ocupar cargos y desempeñar funciones dentro de la estructura del mercado por vías de menor resistencia (3) en esferas consideradas "femeninas" o "propias de su sexo"; tales cargos, en la mayoría de los casos, ofrecen pocas perspectivas de avance, están mal remunerados o confieren un menor grado de prestigio social, como se verá, por ejemplo, en relación con la concentración de mujeres médicas en ciertas especialidades típicas (pediatría, psiquiatría, salud pública, entre otras).

Nos inclinamos a afirmar con Mitchell (4) que las mujeres cumplen tareas que no son ni calificadas ni creativas, y que pueden considerarse como una extensión del papel "expresivo" desempeñado en la familia. Ellas son, en su mayor parte, camareras, criadas, empleadas domésticas, secretarías, profesoras, trabajadoras de salud (enfermeras, nutricionistas, psicólogas, asistentes, parteras), por citar

algunas actividades consideradas socialmente "propias del sexo débil".

Queremos subrayar que esa elección de áreas ocupacionales menos prestigiosas y de bajo nivel de rentabilidad no se da aisladamente del contexto socioeconómico y político en que se inserta la mayor parte de la fuerza de trabajo femenina que busca trabajo remunerado. Existen obstáculos reales (explícitos o no) que hacen que esas mujeres se concentren en sectores o ramas especializados en donde la presencia masculina es escasa.

Otro punto relevante en esta discusión se refiere a la necesidad imperiosa que tiene la mujer de conciliar sus actividades de la vida pública con las de su vida privada; en otras palabras, al tomar parte en la esfera productiva y asegurar su independencia (1), la mujer se enfrenta con enormes dificultades para cumplir con sus quehaceres domésticos. Lo que queremos destacar es que, además de los papeles tradicionales de la mujer (conyugal, materno y doméstico), la inclusión de nuevas actividades obliga a la mujer a ampliar su jornada de trabajo, en lugar de reemplazar algunas de las actividades relacionadas con lo que Cebotarev (5) denomina su "papel clave".² El resultado es la doble jornada, tan típica de las mujeres que trabajan en todas las partes del mundo.

Esa doble jornada de trabajo afecta con más intensidad a las mujeres del Tercer Mundo, donde las condiciones de trabajo y de vida visiblemente peores se suman a la casi total ausencia de políticas públicas y de infraestructura social adecuadas a la vida de la mujer trabajadora. Adicionalmente, los bajos salarios de la mayor parte de la población impiden también que la mujer trate de obtener servicios privados de esa índole. A ello hay que añadir la participación limitada del hombre en las actividades propias de la vida doméstica, ya que él mismo no se siente "obligado" a compartir los quehaceres domésticos con la mujer.

Puede decirse, por lo tanto, que la salida de la mujer de la vida privada para ingresar en la vida pública no estuvo acompañada de su liberación de las actividades propias de la vida privada. Por el contrario, persiste la tradicional división sexual del trabajo: las actividades relacionadas con la alimentación de la familia, el cuidado de los hijos y la limpieza de la casa continúan siendo desempeñadas, en gran medida, exclusivamente por la mujer.

En consecuencia, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo no implicó necesariamente su emancipación sociopolítica. Nos inclinamos a pensar con Simões (6)³ que

no se trata, sin embargo, de convertir a las mujeres en víctimas o al patriarcado en una fatalidad. Además de la internalización por parte de las mujeres de

² De acuerdo con Cebotarev, el "papel clave" es aquel al cual se da prioridad sobre los otros, como por ejemplo al de la madre y la esposa sobre los papeles profesionales, por parte de las mujeres latinoamericanas.

³ Simões analiza con profundidad la participación de las mujeres de la clase media en el apoyo al golpe militar de 1964 en el Brasil.

una posición de subalternidad y de su aceptación de los *papeles femeninos*, está el hecho de que a partir de la condición desigual de su inserción en el mercado del trabajo, los partidos políticos, los sindicatos, etc., las mujeres pueden también percibir cómo las relaciones patriarcales se desplazan del universo de la familia a otras esferas de la vida social.

LA PARTICIPACION DE LA MUJER EN EL MERCADO DE TRABAJO FEMENINO

En general, la participación de la mujer en el mercado de trabajo ha aumentado en todo el mundo. En el continente americano, esa participación reviste características peculiares tanto en lo que se refiere a los aspectos cualitativos (tipo de actividades, condiciones de trabajo, remuneración, etc.) como a los aspectos cuantitativos (tasa de participación, oferta y demanda, empleo y desempleo, etc.).

Así, mientras que en los Estados Unidos de América y el Canadá se presentan tasas de participación femenina relativamente elevadas (43,3 y 42,8%, respectivamente), países como Brasil (33,5%), Argentina (26,9%), Chile (26,2%), Costa Rica (26,1%) y México (19,8%) exhiben tasas que, aunque subestimadas en las estadísticas oficiales, son significativamente inferiores. A esta diferencia cuantitativa debemos añadir una realidad bastante común en América Latina: que gran parte de esas trabajadoras se encuentran al margen del sistema de producción de bienes y servicios de la sociedad, especialmente en los tiempos de crisis y recesión por los que atraviesan estos países. En el Brasil, por ejemplo, aproximadamente un tercio de los 15 millones de mujeres que en 1985 conformaban la fuerza de trabajo femenina aparecía empleado en servicios domésticos y percibía salarios inferiores a un salario mínimo, equivalente a menos de \$US50 mensuales. Esta situación de precariedad se agrava por el hecho de que esas trabajadoras no pertenecen al sistema de previsión social (que cubre seguro de enfermedad, pensión, jubilación, etc.), dado que no tienen derechos laborales asegurados por medio de un contrato de trabajo.

En un estudio sobre las mujeres trabajadoras en América Latina, Aguiar (7) llama la atención sobre la invisibilidad tan característica del trabajo femenino. De acuerdo con esta autora

la mayor parte de las actividades laborales de la mujer en América Latina, que se orientan al mercado o al consumo familiar, son ejercidas en el contexto doméstico, lo que impide que sean reconocidas como productivas tanto por las propias mujeres que las desempeñan como por los organismos e investigadores que recopilan datos sobre la fuerza de trabajo.

Según Aguiar, parte de la invisibilidad del trabajo femenino responde a la carencia de técnicas, métodos e, incluso, de supuestos más sensibles a esa problemática que permitan medir y considerar de forma adecuada ese ejército "casi invisible" de trabajadoras.

Otro aspecto importante que se debe destacar es la situación de las trabajadoras calificadas dentro del contexto de la contribución del trabajo femenino al desarrollo económico. En los países latinoamericanos donde se registra una tasa elevada de crecimiento demográfico, una escolaridad que retiene al individuo poco tiempo en la escuela, una gran demanda en el mercado y, proporcionalmente, una tasa de empleo reducida, el sexo asume un papel fundamental como regulador de la población en el empleo. Blay (8) desarrolla esta línea de razonamiento y afirma que

el prejuicio de que el lugar de la mujer está en el hogar, disimula los problemas infraestructurales, encubriendo la falta de elasticidad de un mercado de trabajo limitado que tropieza con impedimentos para expandirse. Se ponen obstáculos a las mujeres para competir con sus compañeros o aliarse con ellos, habiendo sido socialmente desarrolladas según modelos remanentes de sociedades de tipo patriarcal.

En el caso del Brasil, la fuerza de trabajo femenina indica características de mercado peculiares que merecen destacarse. La primera característica tiene que ver con la concentración mayoritaria de la fuerza de trabajo femenina en el sector terciario de la economía, que en 1985 alcanzaba 69,2%, en comparación con 39,4% para la masculina (Cuadro 1). Paralelamente, una proporción de la fuerza de trabajo masculina dos veces mayor que la proporción femenina se ubicaba en los sectores secundario y primario de la economía: 60,6% de los hombres frente a 30,8% de las mujeres.

Otro rasgo que merece subrayarse es la ausencia de derechos laborales asegurados por la ley mediante la suscripción de un contrato de trabajo: 86,3% de la mano de obra femenina del sector primario y 51,5% de la del sector terciario carecen de contrato de trabajo. Cabe señalar, sin embargo, que en el Brasil la práctica del trabajo sin contrato laboral ha sido muy extendida y, en muchos casos, representa la única posibilidad concreta de conseguir un trabajo remunerado. Esta situación afecta tanto a los hombres como a las mujeres, especialmente en las épocas de crisis económica, pero se sabe que la mujer termina sufriendo con más fuerza las consecuencias por encontrarse menos preparada que el hombre para competir en el mercado.

Los datos referentes a la remuneración media de las personas ocupadas en el Brasil (Cuadro 2) refuerzan

nuestro argumento sobre la condición inferior de la mujer en el ámbito del trabajo: aproximadamente 80% de la mano de obra femenina pero alrededor de 58% de la masculina percibe una remuneración inferior o igual a dos salarios mínimos (\$US100). En ambos casos, desde luego, la tasa de personas ocupadas que obtienen remuneraciones de hasta dos salarios mínimos es muy elevada, lo cual refleja un deterioro real de las condiciones de trabajo al que está sometida la mayor parte de la población brasileña y, sin lugar a duda, de América Latina. Lo que queremos subrayar aquí es que, pese a la participación creciente de la mujer en el sector de la producción, su situación económica y social es todavía desalentadora. Así,

a pesar del progreso de la participación de las mujeres en el mercado del trabajo, estas, en su mayor parte, se concentran en ocupaciones de bajo prestigio social y de menor remuneración. Por lo general, están vinculadas a servicios que gravitan alrededor de actividades domésticas, de nutrición, salud, limpieza y vestuario; actividades que muchas veces representan una reducción del costo de la producción de la fuerza de trabajo. Debe suponerse que el precio de los servicios prestados por tales modalidades de trabajadores es inferior al de los servicios que el sector empresarialmente organizado presta a los consumidores urbanos (11).

Como veremos a continuación, la situación de la mujer en el sector de la salud, a pesar de su predominio numérico, no constituye un hecho diferente del que analizamos anteriormente. Reiteramos la dificultad con que tropezamos para llevar a cabo un análisis global de la condición de la mujer en el mercado de trabajo en el sector de la salud en América Latina debido a la carencia de datos específicos.

Cuadro 1. Distribución porcentual (en miles) de las personas ocupadas en los sectores de actividad económica, por sexo, Brasil, 1985.

Sectores de actividad	Total %	Hombres %	Mujeres %
Primario	28,5	33,6	18,4
Secundario	22,1	27,0	12,4
Terciario	49,4	39,4	69,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. Citado por Médici, A. C. *Mulher brasileira: muito prazer* (9), en: Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil* (10).

Cuadro 2. Ingreso promedio mensual de las personas ocupadas,^a según sexo, Brasil, 1985.

Categorías de ingreso promedio mensual	Total	Hombres	Mujeres
Sin ingreso	9,67	7,99	13,04
Hasta 1/2 salario mínimo	12,59	7,14	23,45
Más de 1/2 a 1 salario mínimo	19,82	18,66	22,12
Más de 1 a 2 salarios mínimos	22,59	24,34	19,10
Más de 2 a 5 salarios mínimos	21,96	25,39	15,12
Más de 5 a 10 salarios mínimos	8,32	9,99	4,98
Más de 10 salarios mínimos	5,05	6,49	2,19
Total	100,00	100,00	100,00

^a Excluye a las personas que no declararon ingreso.

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. Citado por Médici, A. C. *Mulher brasileira: muito prazer* (9), en: Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil* (10).

EL MERCADO DE TRABAJO EN EL SECTOR DE LA SALUD Y LA PARTICIPACION DE LA MUJER

Un hecho incuestionable en el panorama internacional es la participación cada vez mayor de la mujer en el sector de la producción. Nos atrevemos a afirmar que en el sector de la salud existe una tendencia hacia la "feminización". En primer lugar, salta a la vista en casi todos los países que la tasa de participación femenina es más elevada en el sistema de salud que en el conjunto de la población económicamente activa (12). Además, y a pesar de la escasa documentación de que disponemos sobre la fuerza de trabajo femenina en el sector de la salud en América Latina, se puede afirmar que se está consolidando una tendencia de creciente participación femenina, especialmente en las categorías consideradas como "masculinas", como, por ejemplo, médicos y odontólogos, en las que cada año son más numerosas las matrículas femeninas en las universidades.

Los datos del Cuadro 3 indican que —con excepción de Europa oriental— entre 1980 y 1985 se registró un aumento de casi siete puntos porcentuales en la participación de las mujeres en las escuelas de medicina del mundo. En todos los continentes, en 1984-1985 las matrículas femeninas representaron más de 25% del total, y llegaron a 54,1% en Europa oriental, 43,9% en Europa occidental, 38,9% en las Américas y 36,8% en Oceanía. Los aumentos en la proporción de mujeres admitidas a las escuelas de medicina son coherentes con los incrementos en las matrículas, cuyos porcentajes en 1985 fluctuaron entre 30% en Asia y 52% en Europa oriental. El comportamiento de la distribución por sexo entre los graduados es semejante al de las categorías anteriores, lo que pone de manifiesto la representación cada vez mayor de la mujer en la profesión médica en todo el mundo.

Cuadro 3. Escuelas de medicina: matrículas, admisiones y graduados en regiones geográficas seleccionadas del mundo, según sexo, 1979-1980 y 1984-1985.

Matrículas	1979-1980		1984-1985	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Africa	78,4	21,6	68,6	31,4
América	66,6	33,4	61,1	38,9
Asia	79,8	20,2	72,1	27,9
Europa	55,8	44,2	51,8	48,2
Europa occidental	63,2	36,8	56,1	43,9
Europa oriental	41,3	58,7	45,9	54,1
Oceanía	70,4	29,6	63,2	36,8
Admisiones				
Africa	77,2	22,8	67,2	32,8
América	69,0	31,0	59,9	40,6
Asia	80,4	19,6	70,3	29,7
Europa	53,0	47,0	50,2	49,8
Europa occidental	58,7	41,3	52,1	47,9
Europa oriental	41,0	59,0	48,0	52,0
Oceanía	65,5	34,5	57,9	42,1
Graduados				
Africa	85,3	14,7	75,8	24,2
América	75,1	24,9	64,5	35,5
Asia	78,4	21,6	72,3	27,7
Europa	58,9	41,1	52,0	48,0
Europa occidental	70,4	29,6	61,3	38,7
Europa oriental	39,5	60,5	43,2	56,8
Oceanía	78,1	21,9	67,0	33,0

Fuente: Pizurki *et al.* *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria* (12).

Con todo, se sabe que la proporción de mujeres en el sector de la salud varía considerablemente en función tanto del área de actividad como de la profesión. Por ejemplo, a principios de la década de 1970

las mujeres constituían aproximadamente el 95% de los enfermeros de todo el mundo, el 39% de los médicos, el 33% de los farmacéuticos, el 15% de los dentistas y el 6% de los veterinarios. Comparando estas cifras con las correspondientes a los primeros años sesenta se comprueba que, en general, hubo durante el período un aumento de la representación femenina en todos y cada uno de esos grupos (12).

En tal caso, la actividad productiva de la mujer tiende a orientarse hacia aquellas ramas en las que socialmente no se siente discriminada.

Debido a esto, en el campo de la salud tradicionalmente se acepta como un hecho natural que el hombre desempeñe el papel de médico y la mujer el de enfermera. La imagen se asocia automáticamente con atributos socialmente considerados como "masculinos" (competencia, ambición, independencia, dominación); en cambio, a la mujer corresponden rasgos que asocian la femineidad con la sumisión, la

compasión, la pasividad y la emotividad, compatibles con las funciones de la enfermera, pero no con las del médico (13).

Aunque la participación de la mujer en la profesión médica es cada vez mayor, como ya se mencionó anteriormente, este aumento ha tenido lugar en áreas y especialidades con semejanzas muy próximas a las actividades femeninas ejercidas en la vida privada. En estudios realizados en el Brasil (14), México (13) y varios continentes (12), se advirtió esa relación entre las actividades de la esfera privada y las de la esfera pública. Se observa que las especialidades más ejercidas son las de pediatría, ginecología y obstetricia, y clínica médica. En la opinión de los autores, esa elección no se da por casualidad o por simple influencia del mercado, sino por una marcada determinación sociocultural de los papeles femeninos cristalizados y legitimados por la sociedad más amplia. En la investigación que realizaron Machado y Leite (14) en un estado del Brasil se puso de manifiesto la ausencia de mujeres en ciertas especialidades médicas como, por ejemplo, ortopedia, neurocirugía, cirugía cardiovascular, urología, medicina nuclear, y en numerosas subespecialidades que requieren un alto grado de especialización, y que son de dominio restringido tanto por la oferta de profesionales como por la selecta clientela usuaria. Nos inclinamos a aceptar la hipótesis de que esas profesionales terminan por elegir especialidades con gran atractivo "femenino" o ya saturadas por sus colegas (como, por ejemplo, pediatría y clínica general).

El papel desempeñado por la mujer en la esfera social se reproduce en la elección de la especialidad ... se observa que el mercado refuerza, a través de la elección, los valores sociales e induce a vocaciones que son socialmente dirigidas. Tanto las profesionales calificadas (de formación universitaria) como las no calificadas, ejercen actividades "apropiadas" para el sexo femenino. A pesar de mantener y procurar la profundización del nivel de especialización, se enfrentan con barreras que son colocadas especialmente a nivel del sexo (14).

También, dentro de esa misma línea de razonamiento, León (13) afirma que

en la profesión médica las áreas de especialización están claramente definidas para cada género. Aunque los patrones de elección de las mujeres han cambiado y se han diversificado, los prejuicios sexistas de la profesión, la actual organización de la práctica médica y la falta de flexibilidad de la mayoría de los programas de posgrado determinan en gran medida su elección.

En la investigación que realizó en México, León (13) constató que existía un predominio de hombres en especialidades tales como cardiología, cirugía general, cirugía pediátrica, neurología y traumatología, en las que representan índices superiores al 90%. Las mujeres registraron una participación mucho más baja y se concentraron básicamente en especialidades como la dermatología, la pediatría, la anestesiología y la medicina familiar. Pizurki *et al.* (12), en un análisis realizado con datos obtenidos de varios países, sugirieron que las médicas se sienten particularmente atraídas por determinadas especialidades, principalmente la anestesiología, la pediatría, la salud pública y la psiquiatría. Por ejemplo, en la ex Checoslovaquia en 1970, 70% de los pediatras eran mujeres; en Jamaica en 1982, el 100% de los dermatólogos eran del sexo femenino, y en los Estados Unidos y Rusia, la mayor participación de las médicas se daba en pediatría.

Asimismo, respecto a la condición de la mujer médica, los estudios de León (13) sobre los médicos mexicanos indican una discriminación por parte de los propios colegas, quienes, a pesar de considerar que las mujeres tienen capacidad para desempeñar cualquier especialidad, manifiestan paralelamente que algunas especialidades como la pediatría, la dermatología y la ginecología y obstetricia, por ejemplo, son más apropiadas para la mujer. Otro punto relacionado con las actitudes discriminatorias tiene que ver con la resistencia que existe a que las mujeres ocupen puestos de dirección en los establecimientos de salud.

En general, se argumenta que las mujeres tienen menos tiempo para asumir cargos de responsabilidad, pero con mucha frecuencia también se les desvaloriza y se supone que son poco capaces. El estudio al que se ha aludido mostró que... solamente 10 médicas ocupaban puestos directivos, en contraste con 108 ocupados por hombres. Ninguna ejercía cargos a nivel de dirección o subdirecciones de hospitales (13).

Del mismo modo, Machado y Leite (14) señalan la discriminación sufrida por las médicas brasileñas tanto por parte de la sociedad (clientela, familia, ambiente, etc.) como por parte de los propios colegas. Es así como

a pesar de la "camaradería" entre profesionales, la discriminación está siempre presente... Es en el medio profesional, en la relación médico/médica donde parece ser más visible. La ausencia de trabajo femenino en algunas áreas de especialidad es un dato significativo para la confirmación de esta situación: la no aceptación de mujeres en algunas residencias o el simple tabú que existe sobre las superespecialidades. No es que se trate de una cuestión exclusivamente de sexo, pero sí, una cuestión de preservar es-

pacios tradicionalmente ocupados o abiertos por los hombres y salvaguardar a estos de la competencia femenina. [Por tanto], las propias mujeres terminan por sentirse incapaces de desafiar estas reglas para seguir lo que la vocación les sugiere (14).

Tradicionalmente el sector de la salud ha tendido siempre a absorber un gran número de mujeres, ya sea por la índole misma de los servicios prestados o por la tradición de la profesión, como es el caso del área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino (de 80 a 95%). Por otro lado, la mayoría de los países de las Américas han experimentado en estos últimos decenios un aumento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo del sector de la salud. Un caso representativo es el Brasil, donde, según cifras del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (11), la proporción de mujeres entre los trabajadores del sector de la salud pasó de 41,4% en 1970 a 62,9% en 1980 (Cuadro 4), y en la actualidad es de aproximadamente 80% (16); al presente, alrededor del 50% de las matrículas en las escuelas de medicina brasileñas corresponde al sexo femenino (11). En Panamá y el Perú las cifras para el período comprendido entre 1980 y 1990 también demuestran un claro aumento de la participación femenina en el campo de la medicina; así, el Perú, con 25%, y Panamá, con 34% de participación femenina en 1980, pasaron a 34 y 47%, respectivamente, en 1990 (17). En cuanto al Uruguay, Rígoli (18) indica que hubo un rápido aumento de la participación de la mujer en la categoría médica, que pasó de 14% en 1962 a 40% en 1990.

Cuadro 4. Participación femenina en las principales categorías profesionales de la salud, Brasil, 1970 y 1980.

Categoría Profesional	1970		1980	
	No.	%	No.	%
Médico	5 221	11,6	20 992	20,6
Odontólogo	3 495	11,5	15 542	28,2
Farmacéutico	1 747	40,00	2 210	37,7
Enfermero	4 774	86,0	11 361	94,0
Personal de enfermería	109 836	81,9	252 253	84,0

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1970-1980. Citado por Machado, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil, 1970-1980 (15).

La información referente a otros países (Cuadro 5) indica que en México, en 1985, 38% de los médicos estaba constituido por mujeres; adicionalmente, las mujeres representaban 58% de los odontólogos y 68% de los farmacéuticos. De forma análoga, en 1988 Bolivia registró tasas de participación femenina del 81,5% para los servicios de enfermería y del 22,2% para la medicina. El Paraguay, por su parte, indicó, en 1985, 27 y 61,3% de mujeres en

las profesiones médica y odontológica, respectivamente. Por último, cabe resaltar que, como se observa en el mismo Cuadro 5, en todos los países de América Latina para los cuales se cuenta con información reciente, la proporción de mujeres en las profesiones médica y odontológica —sobre todo en la última— es sustancialmente mayor que la que se registra en los Estados Unidos.

Cuadro 5. Participación porcentual de las mujeres en algunas categorías profesionales de salud en países seleccionados de América Latina, 1980-1990.

País	Año	Profesión	Participación femenina %	
Bolivia	1988	Enfermeros	8 596	81,5
		Médicos	2 454	22,2
Brasil	1980	Auxiliares y técnicos de enfermería	252 840	84,0
		Enfermeros	11 361	94,0
		Farmacéuticos	2 210	37,7
		Médicos	20 992	20,6
		Odontólogos	15 542	28,2
Ecuador	1982	Enfermeros	1 591	95,0
		Farmacéuticos	166	52,0
		Médicos	1 093	19,5
		Odontólogos	783	38,0
Estados Unidos	1988	Farmacéuticos	41 800	73,5
		Médicos	81 640	15,0
		Odontólogos	11 300	8,0
México	1985	Enfermeros	3 192	89,0
		Farmacéuticos	10 444	68,0
		Médicos	24 795	38,0
		Odontólogos	15 344	58,0
Paraguay	1985	Enfermeros	240	98,0
		Médicos	581	27,0
		Odontólogos	565	61,3
Uruguay	1990	Médicos	4 767	40,2

Fuentes: Bolivia y Ecuador: CELADE, Censos poblacionales, en: Recursos humanos en salud-Bolivia y Ecuador (19). Brasil: IBGE, Censo demográfico de 1980. En Machado, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil, 1970-1980 (15). Estados Unidos: US Department of Health and Human Services. Public Health Services. *Health United States* (20). México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, Anuario Estadístico, 1986, en: León, D. Las mujeres médicas en las profesiones en México (13). Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y Organización Panamericana de la Salud. Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud (21). Uruguay: Rígoli, F., *Recursos humanos en el sector salud del Uruguay* (18).

En cuanto a la distribución por sexo en las matrículas, en el caso de Colombia se observa que, del total de mujeres matriculadas en la enseñanza superior en la década de 1980, 27% se encuentra en el sector de la salud, 17% en economía y administración, y 17% en ciencias de la educación; los hombres, por su parte, se concentran mayormente en las ramas de la ingeniería y la arquitectura (40%), y escasamente 13% se encuentran en el sector de la salud.

A pesar de que la hegemonía femenina constituye una realidad en algunas categorías profesionales, y de que la participación de la mujer se muestra en aumento en otras, ello no se ha traducido en una mejora real de las condiciones de trabajo de esa fuerza laboral. Un informe de 1986 del Ministerio de Salud de la Argentina (22) sobre los desequilibrios ocupacionales indica que

el predominio del personal femenino que se observa globalmente en el sector se debe a su concentración en las categorías de menor calificación, auxiliares y ayudantes, mientras que en la categoría de profesionales asistenciales el porcentaje de participación femenina es del 20% [comparado con el 73% de participación masculina].

...[Adicionalmente] destacaremos que el 50% del personal femenino carece de instrucción secundaria completa frente al 11% del masculino, y que el 80% de este posee instrucción universitaria completa frente al 25% del femenino.

Un dato que corrobora la condición desventajosa de la mujer en el mercado de trabajo se refiere a las diferencias salariales observadas en el Brasil en las principales categorías profesionales de salud (Cuadro 6). En 1980, 21,3% de los médicos frente a 66,2% de las médicas percibían sueldos equivalentes o inferiores a 10 salarios mínimos. El desequilibrio de sueldos aparece todavía más pronunciado en las categorías de odontología y farmacia, las cuales exhibían un porcentaje aún mayor de mujeres con ingre-

Cuadro 6. Fajas salariales de las principales categorías profesionales de salud, en porcentaje, Brasil, 1980.

	Total	Hasta 3 SM*		+ 3 a 10 SM		+ 10 a 20 SM		+ 20 a 30 SM		+ 30 SM	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Médicos	100,0	4,0	2,1	62,2	19,2	26,2	35,1	4,1	25,5	3,4	18,1
Odontólogos	100,0	13,3	4,4	60,5	32,2	17,6	38,8	8,5	14,9	0,0	9,6
Farmacéuticos	100,0	10,7	0,0	87,4	58,8	1,9	36,0	0,0	3,6	0,0	1,9
Enfermeros	100,0	15,1	0,0	78,1	100,0	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Personal de enfermería	100,0	84,9	77,4	14,9	22,1	0,21	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística. Citado por Machado, M. H. A mão-de-obra feminina no setor saúde no Brasil (11), en: Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil* (10). Vozes, 1989.

* Salario mínimo (SM) en Brasil en abril de 1992: Cr\$92 000,00.

tos inferiores a 10 salarios mínimos. Para el año 1986, Girardi (23) notaba que

las mujeres de profesión médica obtuvieron de sus empleos, como promedio, ingresos 17% más bajos que sus colegas los hombres. Esta discriminación, curiosamente, se reproduce también en aquellas categorías mayormente femeninas, como las de enfermería. En aquel año [1986-1987] para las mujeres de esta categoría, el sector salud proporcionó, como promedio, ingresos 20% por debajo de los ingresos masculinos. [Además] ... los hombres de esta categoría, característicamente femenina, tenían la mayoría de los puestos de trabajo en los estratos salariales más altos, representando el 60% de los empleos con remuneración superior a 20 salarios mínimos.

Un aspecto peculiar del mercado de trabajo en el sector de la salud en el Brasil es la relación que existe entre la oferta y la demanda de empleos y los profesionales formados en medicina y enfermería (Cuadro 7). Así, en un período de seis años (1977-1983) se crearon casi 75 000 empleos médicos para 57 000 nuevos profesionales; en contraste, la enfermería experimentó un fuerte desequilibrio entre la oferta y la demanda, ya que para los 23 000 nuevos profesionales se crearon apenas 7000 puestos de trabajo. No creemos que esto responda simplemente a la lógica del mercado, sino que puede representar, también, una posible incapacidad del personal de enfermería de considerarse como tal y de luchar profesionalmente por los puestos legales del mercado, demostrando así su destreza social y su sentido profesional, tan presentes, por ejemplo, en el personal médico. Como ya discutimos al comienzo de este trabajo, la reducida participación femenina en las esferas política y de decisión confiere a la mujer poca capacidad de negociación en la competencia del mercado.

Cuadro 7. Volumen anual de empleos creados y de profesionales formados en medicina y enfermería, Brasil, 1977-1983.

Año	Médicos		Enfermeros	
	Empleos creados	Médicos formados	Empleos creados	Enfermeros formados
1977	10 776	8 288	144	2 126
1978	10 827	8 722	996	2 192
1979	5 595	8 316	239	2 561
1980	13 209	8 318	1 816	3 139
1981	9 786	8 048	986	3 687
1982	15 772	7 871	1 903	4 394
1983	8 750	7 289	1 545	4 934
Total	74 715	56 852	7 629	23 033

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministerio de Educação e Cultura. Citado por Nogueira, R.P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983* (24).

Por último, el Cuadro 8 ofrece un resumen de las principales características ocupacionales de los profesionales de salud en el Brasil que, en nuestra opinión, son compartidas por otros países del continente americano. La mayor parte de las mujeres, a diferencia de los hombres, no suelen tener varias ocupaciones. La actividad independiente es más frecuente entre los hombres, ya que la mujer tiende a tener un empleo asalariado y su actividad en la consulta privada no constituye su principal fuente de ingreso. Asimismo, la mujer suele percibir ingresos inferiores a los devengados por los hombres, y se observa, por ejemplo, que 2,3% de las mujeres, en contraste con 25% de los hombres, perciben ingresos superiores al equivalente de 15 salarios mínimos. Asimismo, las jornadas de trabajo prolongadas son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres.

Cuadro 8. Características ocupacionales de los profesionales de salud, según sexo, Brasil, 1980.

Características ocupacionales	Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%
Total de profesionales	256 991	100,00	357 695	100,00
• Ejercicio de más de una ocupación	35 125	13,7	15 570	4,3
• Ingreso de 15 salarios mínimos y más	63 809	24,8	8 443	2,3
• Trabajo 50 horas semanales y más	84 617	32,9	64 844	18,1
• Ocupación principal autónoma	59 758	32,2	24 584	6,9

Fuente: Nogueira, R. P. *Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas* (25).

El sector de la salud, como ya hemos visto, está constituido mayormente por mujeres, lo que le confiere una "hegemonía cuantitativa". Sin embargo, esa "hegemonía" no se ha traducido en un cambio cualitativo de la posición y la condición de la mujer en la esfera productiva. Su trabajo, sus tareas, sus áreas de actuación y su remuneración reflejan su situación inferior en este sector.

CONCLUSION

Reiteramos nuestra preocupación por la limitación de este análisis, ya que no disponemos de un volumen de datos que nos permita ofrecer con mayor precisión el perfil de la mujer en el mercado de trabajo en el sector de la salud. Con todo, creemos haber contribuido a esclarecer algunos de los elementos de la situación de la mujer en el sector de la salud y del proceso creciente de feminización que ha experimentado dicho sector.

Se deben plantear y analizar cuestiones fundamentales como, por ejemplo, áreas de actuación, especialidades médicas, condiciones de trabajo, edad, participación femenina en las diversas categorías profesionales (enfermería, odontología y farmacia, y otras de nivel medio y elemental), nivel de escolaridad y tipo de establecimiento empleador (privado y público), objetivando el conocimiento del sector y, consecuentemente, la adecuación de su política de desarrollo y administración de los recursos humanos. Igualmente importantes son los temas relacionados con el proceso de trabajo en el área de la salud y la pérdida de la hegemonía masculina en las categorías tradicionalmente constituidas por hombres. Subrayamos la necesidad de estudios que consideren no solo la creación de un banco de datos desagregados por sexo sobre la fuerza de trabajo en el sector de la salud, sino también estudios que analicen cualitativamente la participación de la mujer en el mundo del trabajo y su especificidad dentro del área de la salud.

AGRADECIMIENTO

La autora dedica este trabajo a Patricia, y agradece a sus amigos y colegas Francisco Eduardo de Campos y Sábado Nicolau Girardi el apoyo y la ayuda que le prestaron en la preparación del mismo.

REFERENCIAS

- (1) Engels, F. *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Santo Domingo, Editora Alfa y Omega, 1980.
- (2) Beauvoir, S. *O segundo sexo*, 2 vols. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
- (3) Saffioti, H. *A Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis, Vozes, 1976.
- (4) Mitchell, J. Modelos familiares. En: Canevacci, M. (ed.). *Dialética da família*. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- (5) Cebotarev, E. A. A organização do tempo de atividades domésticas e não-domésticas de mulheres camponesas na América Latina. En: Aguiar, N. (ed.). *Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas*. Petrópolis, Vozes, 1984.
- (6) Simões, S. *Deus, pátria e família - As mulheres no golpe de 1964*. Petrópolis, Vozes, 1985.
- (7) Aguiar, N. (ed.). *Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas*. Petrópolis, Vozes, 1984.
- (8) Blay, E. A. As condições que envolvem a trabalhadora qualificada. *Cadernos do Centro de Estudos Rurais e Urbanos* 8, São Paulo, 1975.
- (9) Médici, A. C. Mulher brasileira: muito prazer. En: Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1989.
- (10) Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1989.
- (11) Machado, M. H. A mão-de-obra feminina no setor saúde no Brasil. En: Labra, E. (ed.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1989.
- (12) Pizurki, H. et al. *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.
- (13) León, D. G. Las mujeres médicas en las profesiones en México. México, Universidad Autónoma Metropolitana, no. 3 (medicina), 1990.
- (14) Machado, M. H. y Leite, I. B. La médica y el mercado de trabajo. *Cuad Med Soc* 35, 1986.
- (15) Machado, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil-1979/80. *Cadernos de Saúde Pública* 2(4), 1986.
- (16) Girardi, S. Força de trabalho no setor saúde. En: *Divulgação em saúde para debate. Encontro Sanitário Italo Brasileira*. CEBES, 1991.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C., 1992.
- (18) Rígoli, F. Recursos humanos en el sector salud del Uruguay. Montevideo, 1991. Mimeografiado.
- (19) Centro Latinoamericano de Demografía. Recursos humanos en Salud-Bolivia y Ecuador. Santiago, 1991. Mimeografiado.
- (20) United States Department of Health and Human Services. Public Health Services. *Health United States 1990*. Hyattsville, Maryland, 1991.
- (21) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y Organización Panamericana de la Salud. Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Asunción, 1985.
- (22) Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud, Dirección Nacional de Relaciones Internacionales. Desequilibrios ocupacionales en el campo de la salud. Informe de la República Argentina presentado en la conferencia sobre desequilibrios ocupacionales en el campo de salud: conflictos y perspectivas. Acapulco, México, 1986. Mimeografiado.
- (23) Girardi, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educ Med Salud* 25 (1):37-47, 1991.
- (24) Nogueira, R. P. *Dinámica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983*. Brasília, Organización Panamericana de la Salud, 1986.
- (25) Nogueira, R. P. *Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1985.

LA MUJER COMO PROVEEDORA PRINCIPAL DE APOYO A LOS ANCIANOS: EL CASO DE PUERTO RICO

*Melba Sánchez-Ayéndez*¹

INTRODUCCION

Estudios transculturales en el campo de la gerontología han demostrado la prevalencia del sostén familiar en la vida de las personas mayores. La familia del anciano, particularmente las hijas y el cónyuge, es la principal fuente de apoyo tanto en la vida diaria como en momentos de crisis. Cuando falta uno de los cónyuges, ambos son mayores de 75 años o uno de los dos se encuentra incapacitado o con algún padecimiento crónico que requiere mucha atención, los hijos asumen la tarea de ser los principales proveedores del sostén (1-4). Como norma, son las hijas quienes llevan a cabo la mayor parte de las funciones de asistencia.

Las hijas son representativas de lo que se ha denominado “la generación sandwich” (5) o “la mujer en el medio” (6). Estas mujeres, la mayoría de ellas entre los 40 y 60 años de edad, enfrentan múltiples responsabilidades relacionadas con la generación que les antecede y las que les suceden, responsabilidades que compiten entre sí y con las que no es fácil cumplir de la manera deseada. A su vez, muchas de estas mujeres experimentan los ajustes característicos de su propio proceso de envejecimiento y del de sus esposos.

Este artículo trata del caso en Puerto Rico, país con una fuerte tradición cultural latinoamericana al que, sin embargo, le unen estrechos lazos económicos y políticos con los Estados Unidos de América. Puerto Rico comparte con los otros países de América Latina pautas similares respecto a la familia, a los papeles masculinos y femeninos, al

catolicismo como religión predominante y a la relación entre el ser humano y la naturaleza; también comparte el idioma, ya que a pesar de los años de relaciones con los Estados Unidos, el castellano sigue siendo la lengua predominante y oficial del país.

La población de edad avanzada de Puerto Rico ha aumentado espectacularmente en menos de 40 años. En 1950 los adultos de 65 años y más constituían el 4% de la población del país. Datos preliminares del censo de 1990 indican que este grupo de población ya constituye 10% de la población total (7). Las estimaciones para el año 2000 señalan que los adultos de 65 años y más constituirán el 12% de la población (8), y se prevé que esta proporción aumentará a un 18% en el 2020, cuando la llamada generación de la posguerra cruce el umbral de los 65 años.

Los patrones culturales de Puerto Rico —presentes en mayor o menor grado en todos los países de la Región de las Américas— han asignado y continúan asignando a la mujer el papel de proveedora principal del cuidado de los niños, los ancianos y los familiares impedidos. Las expectativas actuales de autosuficiencia recaen sobre las mujeres, que son las principales proveedoras de asistencia a sus padres ancianos. Estas expectativas demandan mayores esfuerzos por parte de las mujeres debido a la reducción de la familia puertorriqueña, que ha limitado el número de personas disponibles para participar en la provisión de apoyo, y al aumento de la longevidad de los ancianos.

Puerto Rico también comparte con el resto de los países latinoamericanos valores similares en cuanto a concepciones sociales de la realidad, la vida y la familia (9, 10). El valor de interdependencia familiar prevalece aun a pesar de los cambios relacionados con la migración de las zonas rurales a las urbanas y con la migración masiva de puertorriqueños a los Estados Unidos.

¹ Catedrática asociada de Ciencias Sociales y Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

De igual manera, siguen vigentes patrones desiguales de conducta y valoración femenina y masculina, aunque las transformaciones de carácter jurídico han influido en la formulación de políticas públicas. Estos patrones desiguales se reflejan en las diferencias notables entre los géneros en cuanto a ocupación, ingreso económico, situación laboral, nivel de autonomía en el trabajo y funciones adscritas a una ocupación (11, 12), en un país que tiene la tasa más alta de participación femenina en la fuerza laboral formal entre los países latinoamericanos, participación que representa la mitad de la masculina a nivel nacional (13). Otro patrón que comparte Puerto Rico con otros países latinoamericanos es el aumento del número de hogares encabezados por mujeres (13, 14). Esta situación puede ser el resultado de una vigorosa incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, del aumento de la migración masculina en busca de trabajo y de la alta tasa de disolución del matrimonio (14), características todas presentes en la situación puertorriqueña.

No obstante estas similitudes con otros países hispanohablantes de las Américas hay ciertos factores estructurales que separan a Puerto Rico notablemente de la experiencia regional del continente. Entre estos sobresalen, para el sector salud en particular, un estándar de vida más alto, un sistema de servicios sociales de gran parecido al de los Estados Unidos y de una gran dependencia de las asignaciones financieras y programáticas de dicho país, y una mayor accesibilidad a los servicios para las personas de escasos recursos económicos.

SISTEMAS DE APOYO DEL ANCIANO

Los rápidos cambios sociales y económicos por los que ha atravesado Puerto Rico durante los últimos 30 años han afectado los patrones de interacción familiar y comunitaria. Se ha dicho que la familia extensa ha pasado a ser nuclear, y que en ella el anciano no encuentra cabida. Sin embargo, estudios sobre ancianos puertorriqueños en Puerto Rico y en los Estados Unidos señalan que la familia continúa siendo la principal proveedora de apoyo esencial para los ancianos (10, 15-20).

Los hallazgos indican que en Puerto Rico existe un sistema de familia nuclear modificada, o extensa modificada, en el que la familia nuclear, aunque no comparta una misma unidad residencial con otros parientes, no se encuentra aislada sino que mantiene patrones de interacción social y de ayuda mutua con otras familias nucleares. Estos patrones de sostén existen tanto entre varias generaciones como entre una misma generación. Las investigaciones sobre las redes de apoyo de los ancianos puertorriqueños demuestran que estos dependen más del sostén que provee su familia y otros integrantes de su sistema informal de apoyo que de los servicios que ofrecen las diversas entida-

des gubernamentales. No solamente dependen más, sino que prefieren acudir primero a estos sistemas informales que a los formales.

La familia en Puerto Rico continúa siendo la institución primaria de ayuda para los ancianos. Los hijos y el cónyuge del adulto de edad avanzada son su principal fuente de apoyo (10, 15, 17, 18, 19, 21). Las hijas son quienes generalmente proveen el mayor y más diverso sostén; cuando las hijas no están presentes, son las nueras quienes desempeñan muchas de las tareas que estas llevarían a cabo. Las hermanas y sobrinas también son incorporadas a las redes de apoyo, especialmente durante épocas de crisis o de incapacidad del anciano.

El apoyo que la familia ofrece al anciano es de tipo práctico, emocional y material, tanto en tiempos normales como en los de crisis. Incluye funciones tales como alojamiento; transporte y escolta; adquisición de alimentos, medicinas y otros artículos necesarios; compañía, demostración de afecto y apoyo emocional; cuidado durante la enfermedad o la incapacidad; higiene personal; limpieza domiciliar y ayuda en los quehaceres domésticos, y prestación de otros servicios que la persona anciana necesite. La extensión, frecuencia, tipo y forma de asistencia que se ofrece están sujetos a la dinámica particular de cada unidad familiar y a factores socioestructurales y demográficos, tales como nivel socioeconómico, zona de residencia, y número, género y proximidad residencial de los hijos (10, 17, 20, 21). La edad y el estado funcional y de salud del anciano también influyen en la particularidad distintiva de los patrones de asistencia.

Asistencia entre parejas

Generalmente son las esposas quienes atienden a sus maridos enfermos o incapacitados, les proveen de cuidados de salud y de aseo personal, y desempeñan las labores domésticas (10, 20). Cuando la mujer anciana no tiene buena salud y el esposo goza de una relativamente satisfactoria, es él quien presta los principales cuidados de salud. Pero, según indican estudios etnográficos y de casos en muestras pequeñas seleccionadas para análisis cualitativo, las hijas acuden al hogar de sus progenitores a supervisar los cuidados, a realizar las labores domésticas y a ocuparse del aseo personal de la madre (10, 21).

Mientras ambos cónyuges disfrutan de buena salud, son ellos quienes proveen su cuidado mutuo en el hogar, y en estos casos la asistencia de otros miembros de la familia es menor. Esto es más común entre adultos de 60 a 75 años de edad, pero según avanza la edad de los progenitores aumenta la asistencia filial durante las crisis de salud, en las tareas cotidianas del hogar y en la provisión de cualquier otro tipo de asistencia o servicio que el anciano necesite, como por ejemplo escolta para acudir a los servicios de salud.

Asistencia provista por los hijos

El apoyo filial gira en torno a la pauta cultural de interdependencia familiar (10), que implica una concepción de la vida fundamentada en la premisa de que el individuo no es capaz de hacer todas las cosas ni de hacerlas todas bien y que, por lo tanto, ha de depender de la asistencia de otros (9). Dentro de esta pauta cultural se enmarca a la familia como la principal fuente de apoyo para todos los individuos, independientemente de la edad. La interdependencia familiar implica normas de reciprocidad que no deben confundirse con intercambios equitativos.

Dos de las pocas investigaciones de carácter cualitativo que se han llevado a cabo con personas ancianas de origen latinoamericano señalan que la noción de obligación filial surge del valor de interdependencia familiar (9, 10). La asistencia por parte de los hijos se percibe desde la perspectiva de una esperada reciprocidad, como retribución de las funciones de crianza llevadas a cabo por los progenitores y fundamentada en el amor filial. Un buen hijo es aquel que ayuda a sus padres en la medida en que su situación personal lo permite. Estudios empíricos, bien sean investigaciones de tipo cuantitativo a nivel nacional o de la población que acude a determinados servicios de salud, o bien estudios cualitativos en submuestras pequeñas de algún sector determinado de la población, señalan que cerca de 70% de los ancianos puertorriqueños, cuando tienen un problema que no pueden solucionar por sí solos, acuden a una hija o a un hijo para que les ayuden a resolverlo (8, 15, 16, 20). Esto es mucho más frecuente en el caso de ancianos viudos o incapacitados.

Las pautas culturales sobre papeles masculinos y femeninos afectan los tipos de asistencia familiar (10, 21). Tanto los hombres como las mujeres de edad avanzada esperan que sean sus hijas quienes más participen en la provisión del cuidado necesario. Los integrantes de la cohorte actual de ancianos puertorriqueños todavía se adscriben a la noción de un patrón desigual de comportamiento para hombres y mujeres, y si bien aceptan que las mujeres se eduquen y trabajen fuera del hogar, siguen considerando al hombre como el sostén principal en el matrimonio y a la mujer como la administradora principal del hogar. El mantenimiento de las relaciones familiares se percibe como una actividad asociada al hogar y, por lo tanto, se considera una responsabilidad femenina; dentro de estas relaciones se incluye el cuidado de parientes ancianos, especialmente de los padres.

En el caso de madres viudas o incapacitadas, las expectativas de asistencia por parte de las hijas son mayores. Las mujeres ancianas perciben a sus hijas como más comprensivas, confiables y mejor capacitadas que sus hijos para ayudarles en sus problemas. No esperan que sus hijos les ayuden tanto como sus hijas, ni de la misma manera, y las quejas son más frecuentes cuando es una hija quien deci-

de no llevar a cabo las funciones de asistencia esperadas. De la misma manera, se espera que sean las hijas quienes visiten o llamen con más frecuencia que los hijos. Como mujeres, están asociadas con la actividad doméstica y son responsables del cuidado de los familiares.

La maternidad de una hija es un suceso que cimienta un vínculo inquebrantable entre la madre y la hija (10); una vez que la hija se convierte en madre, se espera la unanimesidad mucho más fuertes a su progenitora. Esta expectativa resulta de una concepción biosocial de la mujer. Su capacidad biológica reproductiva adquiere una dimensión psicosocial que le permite ser más dedicada y más comprensiva con los hijos que el padre. Una vez que una hija experimenta la maternidad, su progenitora piensa que podrá comprender los sacrificios relacionados con la crianza, que culturalmente son más característicos en la madre que en el padre, y que son validados socialmente por la gran mayoría de la mujeres. El establecimiento de este vínculo inquebrantable tiene como resultado una mayor validación de las expectativas de amor y de apoyo filial (10, 19).

Tanto los hijos como las hijas participan en diversas actividades relacionadas con la asistencia a sus progenitores. No obstante, cuando estos se encuentran enfermos o incapacitados, generalmente es la hija quien asume el papel de proveedora principal de cuidados en el hogar. Durante períodos de enfermedades agudas o crisis de dolencias crónicas, es frecuente que una hija se lleve a sus padres enfermos a su residencia, o que se quede en el hogar de estos para poder atenderlos mejor. También son las hijas quienes, de ser permitido, acompañan durante el día o la noche al progenitor hospitalizado (10). Los hijos acuden al hospital, pero tienden a permanecer por períodos cortos. La norma es que las hijas, independientemente de que trabajen fuera del hogar o no, sean quienes pasen un mayor número de horas al lado del lecho de su progenitor anciano. Son las hijas quienes usualmente también se ocupan de que el anciano siga el tratamiento prescrito, y quienes lo acompañan con más frecuencia al consultorio médico. Cuando no hay hijas, estas funciones usualmente las llevan a cabo las nueras. Es a casa de una hija donde el anciano va a residir en los casos en que la enfermedad, incapacidad o edad muy avanzada imposibilitan que continúe viviendo solo.

Los hijos, tanto como las hijas, se responsabilizan por la compra de medicinas o por contribuir con dinero para sufragar gastos médicos y servicios de cuidado domiciliario, en caso de que sea necesario y su situación económica lo permita. Pero son las hijas quienes visitan a sus padres enfermos con mayor frecuencia, proveen de cuidados y llevan a cabo los quehaceres domésticos cuando la madre no puede desempeñarlos temporal o permanentemente.

Cuando el matrimonio anciano o el progenitor que vive solo necesita ayuda en el desempeño de las tareas domiciliarias es una hija quien se encarga de ello. Esta diná-

mica, analizada en detalle en dos estudios cualitativos sobre mujeres puertorriqueñas mayores, en su país de origen y en los Estados Unidos (10, 21), tiene lugar principalmente de dos maneras. Si la hija no trabaja fuera del hogar, va a casa del anciano en algún momento del día por dos o tres horas a ayudar o a desempeñar las labores domésticas. Puede llevarle la comida preparada o prepararla en el hogar de su progenitor; en algunos casos se lleva a su casa la ropa que hay que lavar. Cuando las hijas trabajan fuera del hogar, la asistencia se ofrece de manera similar pero en horas de la tarde, al salir del trabajo. En estos casos, las hijas hacen una supervisión general del quehacer del hogar, preparan la comida y realizan una que otra faena básica de limpieza, y durante el fin de semana acuden al hogar del anciano a llevar a cabo una limpieza más profunda y a lavar la ropa.

La mayor parte del cuidado que reciben los ancianos en Puerto Rico, bien sea en cuanto a salud, desempeño de las tareas del hogar o apoyo emocional, proviene de uno o dos hijos, mayormente mujeres. Sea cual fuere el número de hijos que tenga el anciano, son uno o dos quienes asumen la responsabilidad de proveer el cuidado y de tomar las decisiones necesarias sobre el mismo.

LA ASISTENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS HIJAS

Dos estudios cualitativos sobre las redes de apoyo de mujeres puertorriqueñas de edad avanzada encontraron que cerca de 76% de las hijas que forman parte activa de las redes de apoyo de sus progenitores ancianos expresan que se sienten satisfechas con el cumplimiento de lo que denominan su deber filial (10, 21). Dado el papel central que desempeñan las hijas en el cuidado de sus padres, muchas veces se piensa que estas actividades se reducen cuando trabajan fuera del hogar, pero estudios sobre ancianos llevados a cabo en Puerto Rico y en otros lugares indican que esto no es así (21-23), y que las mujeres cumplen con sus múltiples responsabilidades negociando flexibilidad en sus labores cotidianas y sacrificando su tiempo libre.

Es común que muchas mujeres que trabajan fuera del hogar tomen una tarde o un día libre para llevar a su padre anciano al consultorio médico. En otros casos, la hija lo deja en el consultorio médico antes de entrar a su trabajo, o durante el período libre del almuerzo, y lo recoge al salir del trabajo en la tarde, o durante el almuerzo, según sea. De igual manera, en ocasiones, cuando la condición de salud del anciano requiere hospitalización, es común que sea la hija quien tome vacaciones o licencia por enfermedad para quedarse en el hospital con su progenitor. En muchos casos, las hijas, nueras, nietas, hermanas y sobrinas se turnan para acompañar al anciano hospitalizado.

Aunque los estudios no indican si esta situación afecta o no a la mujer y sus oportunidades laborales, podría suponerse que tiene que afectarlas de alguna manera. Aquellas mujeres que por períodos prolongados se ven obligadas a ausentarse de sus trabajos y a reflejar en sus hojas de asistencia licencias por enfermedad, tardanzas en sus horas de entrada, o salidas más tempranas, se ven afectadas para ascensos y promoción por méritos especiales, ya que el cumplimiento de sus deberes filiales es contrario a los intereses de la empresa u organización. No solo disminuirán las oportunidades laborales, de por sí limitadas, que se les presentan a las mujeres, sino que en muchas ocasiones también será afectada su remuneración salarial.

Aunque las hijas expresan sentirse satisfechas con el cumplimiento de sus obligaciones filiales, muchas señalan que el desempeño de las funciones de asistencia les ocasiona estrés, no solo en cuanto a su situación de trabajo, en el caso de aquellas que trabajan fuera del hogar, sino también en sus relaciones familiares. Este estrés se asocia con problemas en las relaciones con el esposo, los hijos, los hermanos o hermanas que no asumen responsabilidades en el cuidado del anciano, e inclusive con el padre o la madre ancianos, así como con problemas económicos. En ocasiones, la proveedora principal de asistencia también se siente acuciada por sentimientos de culpa e impotencia. La situación se agrava cuando la cuidadora primaria o su cónyuge se ven afectados a su vez por problemas de salud.

La satisfacción de las necesidades de cuidado de una persona de edad avanzada cuya salud sea delicada, o esté incapacitada física o mentalmente, tiene repercusiones para la salud de la mujer que es la principal proveedora de la atención requerida. Depresión, niveles bajos de satisfacción con su situación e, inclusive, un deterioro de su salud física pueden resultar de situaciones prolongadas de crisis de salud. Estos resultados serán sentidos mientras dure la crisis, pero también tendrán repercusiones en el futuro estado de salud de estas mujeres.

CONCLUSIONES

El aumento de la longevidad que ha experimentado la población de Puerto Rico, sobre todo el grupo de 75⁺ años y más, implica la existencia contemporánea y futura de dos generaciones de ancianos. Las proyecciones demográficas indican que en el futuro estas dos generaciones las compondrán en su mayoría mujeres de edad que estarán cuidando a sus madres ancianas. Puerto Rico enfrenta la necesidad de planificar servicios formales de cuidados en el hogar que alivien el estrés que sufren las mujeres que hoy son las principales fuentes de apoyo de sus padres ancianos.

La mujer puertorriqueña de edad mediana que desempeña el papel de proveedora principal de la atención de sus

padres ancianos se enfrenta, al igual que sus congéneres de otros países de las Américas, con mayores situaciones de conflicto que las que enfrentaron sus madres y sus abuelas al atender a sus parientes de edad avanzada. El aumento de la longevidad y del número de parientes ancianos que requieren cuidado, la reducción del número de miembros de la familia disponibles para participar en la atención del anciano resultante de factores como migración y descenso de la natalidad, y la participación femenina más activa cada día en la fuerza laboral, sin dejar a un lado la siempre presente participación en la economía informal, añaden más presiones a las que ya de por sí imponen tradiciones culturales que asignan a la mujer el papel de proveedora principal de atención de salud dentro del núcleo familiar, y a la expectativa social de autosuficiencia en el desempeño de dichas funciones. Las repercusiones en términos de salud mental, e inclusive física, para estas mujeres, en el presente y como futura cohorte de ancianas, no deben ser descuidadas por los planificadores y proveedores de servicios sociales. Estas presiones aumentan muchas veces en el caso de aquellas mujeres que a su vez son cabezas de familia.

Las relaciones paterno-filiales se fundamentan en sentimientos de afecto y de obligación. Por lo tanto, el sostén que ofrecen las hijas a sus padres de mayor edad no va a desaparecer. Sin embargo, no se debe suponer que la familia puede siempre proveerle a la persona de edad avanzada todo o el mejor cuidado que necesita, o que la provisión de asistencia a padres ancianos discapacitados, o que por su edad avanzada requieren atención continua, está desprovista de tensiones y situaciones frustrantes y conflictivas. En los países latinoamericanos esta situación aún no ha sido reconocida (24, 25), como ha comenzado a suceder en los Estados Unidos. Las implicaciones del envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe no han sido comprendidas en toda su magnitud y, por ende, mucho menos las serias consecuencias que acarrear para combatir las condiciones de desigualdad que enfrentan las mujeres, quienes tradicionalmente son las proveedoras de atención en el contexto de la familia.

En la Conferencia Internacional del Envejecimiento de la Población dentro del Contexto de la Vejez, auspiciada por la División de Población de las Naciones Unidas (26), se reconoció la necesidad de: a) establecer infraestructuras y mecanismos que complementen y apoyen el cuidado que la familia ofrece al anciano; b) proveer de asistencia económica, según sea necesario, a las familias que cuidan a ancianos de salud frágil, y c) asegurar la provisión de servicios suplementarios de cuidado prolongado a nivel comunitario, tanto en zonas urbanas como rurales, entre ellos servicios de descanso para los miembros de la familia responsables de atender las necesidades de ancianos discapacitados. También se recalcó la importancia de que las políticas públicas aseguren que el cuidado que las mujeres ofrecen a las personas de mayor edad no afecte nega-

tivamente la posición de la mujer ni las oportunidades que puedan presentárseles en el futuro.

La planificación de servicios geronto-geriátricos debe partir de la premisa de una diversidad de opciones flexibles que faciliten una responsabilidad compartida entre el Estado y la familia, y que redunden en la satisfacción adecuada de las necesidades particulares de los ancianos y de las personas que asumen el papel de cuidador principal en la familia, que por lo común son las mujeres. Así se promoverá no solamente el bienestar de los ancianos sino, también, el de aquellos familiares u otros integrantes de las redes informales de apoyo que sienten la obligación y el deseo de asumir la responsabilidad de su atención. Solo un conjunto flexible de medidas de apoyo permitirá que las necesidades de estas dos generaciones, constituidas en su gran mayoría por mujeres, puedan comenzar a verse satisfechas.

REFERENCIAS

- (1) Dono, J. E., Falbe, C. M., Kail, B. L., Litwak, E., Sherman, R. H. y Siegel, D. Primary groups in old age: Structure and function. *Res Aging* 1:403-433, 1979.
- (2) Macken, C. L. A profile of the functionally impaired elderly living in the community. *Health Care Financ Rev* 7:33-49, 1986.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. El reto del envejecimiento en América Latina: Resultados de la encuesta de necesidades de los ancianos en cinco países. Programa de Salud de los Adultos, Washington, D.C., 1989. Versión condensada.
- (4) Soldo, B. J., Wolf, D. A. y Agree, E. M. Family, households, and care arrangements of frail older women: A structural analysis. *J Gerontol: Social Sciences* 45:S238-249, 1990.
- (5) Miller, D. A. The "sandwich" generation: Adult children of the aging. *Soc Work* 26:419-423, 1981.
- (6) Brody, E. M. "Women in the middle" and family help to older people. *The Gerontologist* 21:471-480, 1981.
- (7) Dávila, A. L. Datos preliminares del censo de 1990: Puerto Rico, grupos de edad. San Juan, Programa de Demografía, Escuela de Graduados de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, 1991. Documento de trabajo.
- (8) Sánchez-Ayénde, M. y Carnivali, J. Health Services Utilization among Older Puerto Rican Males and Females. Trabajo presentado a la reunión anual de The Gerontological Society of America, Boston, Massachusetts, noviembre de 1990.
- (9) Bastida, E. Family integration and adjustment to aging among hispanic american elderly. University of Kansas, 1979. Tesis doctoral inédita.
- (10) Sánchez-Ayénde, M. Puerto Rican elderly women: Aging in an ethnic minority group in the United States. University of Massachusetts at Amherst, 1984. Tesis doctoral inédita.
- (11) Carnivali, J. Las mujeres en las profesiones de la salud: Un análisis exploratorio sobre la segregación por sexo. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 1:78-97, 1991.
- (12) Sánchez-Ayénde, M. El rol de la mujer en el hogar y su participación en la fuerza obrera. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 8:245-249, 1989.
- (13) Vázquez Calzada, J. L. *La población de Puerto Rico y su trayectoria histórica*. San Juan, Escuela de Graduados de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, 1989.

(14) Sennott-Miller, L. La situación de salud y socioeconómica de las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., 1990.

(15) Cantor, M. H. The informal support system of New York's inner city elderly: Is ethnicity a factor? En: Gelfand, D. L. y Kutzik, A. J. (eds.) *Ethnicity and Aging*. Nueva York, Springer, 1979.

(16) Carrasquillo, H. A. Perceived social reciprocity among elderly barrio Antillean hispanics and their familial informal support networks. Syracuse University, 1982. Tesis doctoral inédita.

(17) Cruz-López, M. y Pearson, R. The support needs and resources of Puerto Rican elders. *The Gerontologist* 25: 483-487, 1985.

(18) Sánchez, C. D. Sistemas de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico. En: Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., 1990.

(19) Sánchez-Ayéndez, M. Puerto Rican elderly women: Shared meanings and informal supportive networks. En: Cole, J. B. (ed.) *All American Women: Lines that Divide, Ties that Bind*. Nueva York, The Free Press, 1986.

(20) Sánchez-Ayéndez, M. e Irizarry, A. Structural Variables Affecting the Networks of Support of Elderly Puerto Ricans. Trabajo presentado a la reunión anual de The Gerontological

Society of America, San Francisco, California, noviembre de 1988.

(21) Sánchez-Ayéndez, M. Los sistemas informales de apoyo de la mujer puertorriqueña de edad avanzada: Implicaciones para el sistema de prestación de servicios de salud. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 9:141-146, 1990.

(22) Brody, E. M. y Schoonover, C. B. Patterns of parent-care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist* 26:372-381, 1986.

(23) Horowitz, A., Sherman, R. H. y Durmanskin, S. C. Employment and Daughter Caregivers: A Working Partnership for Older People? Trabajo presentado a la reunión anual de The Gerontological Society of America, San Francisco, California, noviembre de 1983.

(24) Sánchez-Ayéndez, M. Las hijas como sostén domiciliario de los ancianos en Puerto Rico. Trabajo presentado en el IX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, I Congresso Latino Americano de Gerontologia do COMLAT y VII Congresso Latino Americano de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, Brasil, noviembre de 1991.

(25) Ramos, L. R. Family Support for Older People in São Paulo, Brazil. Trabajo presentado al XIV International Congress of Gerontology, Acapulco, México, julio de 1989.

(26) Network News. A Newsletter of the Global Link for Mid-life and Older Women. Washington, D.C., Asociación Americana de Personas Jubiladas, 5:19-20, 1990.

MOVIMIENTO DE SALUD DE LAS MUJERES. UNA VISION DE LA DECADA¹

Ana María Portugal² y María Isabel Matamala³

INTRODUCCION: LA DECADA DE LOS OCHENTA Y LAS NUEVAS ACTORAS SOCIALES

Los 10 años de camino recorrido por el movimiento de salud de las mujeres en América Latina y el Caribe constituyen una interesante experiencia construida desde diversas vertientes, a lo largo de los distintos momentos del acontecer histórico.

En los inicios de la década de 1980, la propuesta de una nueva perspectiva para la atención de la salud de la mujer se formuló a partir del feminismo. Adherido a los marcos teóricos que enfatizaban los componentes sociopolíticos y culturales de la salud —los que, al atravesar todos los aspectos de la vida de las personas, son inseparables de los sistemas imperantes y de las necesidades más inmediatas— el feminismo avanzó más allá de los elementos explicativos, fundados en la pertenencia a determinados sectores o clases, aportando el señalamiento de una nueva dimensión de la desigualdad social que permite explicar fenómenos y situaciones sobre la salud de la mujer. Esto es, incorpora al análisis la categoría género, enfatizando la problemática de salud que para la mujer significa el hecho de ser construida como género femenino, dentro de un sistema de poder asimétrico, denominado patriarcal, que ha cruzado las distintas sociedades.

A la vez, desde esa percepción mucho más compleja del proceso salud-enfermedad —y por consiguiente, de la pro-

moción, prevención y asistencia— propone nuevas formas de acción en los terrenos de la difusión, la educación, la atención de salud, la prevención, los servicios, la organización y la participación en salud, y busca incorporar como protagonistas a las propias mujeres y romper con la relación jerárquica “médico-paciente”.

Las feministas de comienzos de la década de los setenta emergían al Segundo Feminismo Latinoamericano⁴ a través de los procesos de desmembramiento crítico de las organizaciones de izquierda —con cuyos planteamientos y dictados patriarcales discrepaban— y de los procesos de construcción de autonomía social y política desde el ser mujer.

Este origen y el contexto continental condicionaron en algunos grupos un fuerte compromiso con las realidades políticas de sus países. Fue así como en el Brasil, activistas por los derechos humanos opositoras al régimen dictatorial se vincularon con el trabajo feminista que, posteriormente, se definió autónomo.

Al propio tiempo, en la década se gestaban y desplegaban las demandas de otros actores sociales. La crisis y la profundización de la pobreza hizo cada vez más problemática la reproducción de la fuerza de trabajo. Las mujeres de los sectores populares se vieron forzadas no solo a trabajar en los sectores informal y formal, sino también a organizarse para tener acceso al saber en salud e intentar resolver en forma autónoma una de las tareas asignadas a la mujer en el patriarcado: cuidar la salud del grupo familiar y la comunidad. Todo ello, en el contexto privado y médico de los modelos de salud en el continente, no necesariamente consistentes con los principios y metas que se formularan en Alma-Ata⁵ para el año 2000.

¹ Para la realización de este trabajo, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe que coordina Isis Internacional contó con la participación de las autoras.

² Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, corresponsal de la Red de Comunicación Alternativa de la Mujer FEMPRESS, asociada a Isis Internacional y contacto de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe en el Perú.

³ Área Salud de la Mujer de GICAMS (Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social) y coordinadora del Programa Mujer de la Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos (ALDHU).

⁴ Corriente que se inicia en los primeros años de la década de los setenta y que, recogiendo en parte los postulados de las sufragistas (1910-1940), amplía el sentido de esas demandas, vinculando sus acciones dentro de una perspectiva de cambio social.

⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reunida en Alma-Ata, ex URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) se convierten en elementos instrumentales que responden a estas nuevas exigencias que recaen sobre las mujeres más necesitadas, ya sea socializando el conocimiento oficial o tradicional en salud, incorporando la perspectiva de género a la reflexión y a la intervención, o facilitando la organización en salud de las propias mujeres. Así, a través de la década van interactuando tres grandes vertientes: el movimiento popular de mujeres, las ONG y los profesionales de la salud, y el movimiento feminista.

Al iniciar los noventa, convergen en el movimiento de salud de las mujeres una diversidad de experiencias y acentos que lo amplían más allá de las vertientes señaladas, mediante la incipiente incorporación de las trabajadoras de los servicios de salud estatales (personal auxiliar, administrativo y profesional). Fenómeno este que marca el inicio de un tránsito desde la confrontación hasta la complicidad, entre mujeres que descubren el común origen de la problemática que las agobia, tanto en el espacio doméstico de cuidados de salud como en el espacio de las instituciones públicas del sector salud.

LOS ANTECEDENTES, LAS INFLUENCIAS EXTERNAS Y LOS INICIOS DEL MOVIMIENTO

En los comienzos del siglo XX, entre 1916 y 1937, ocurrieron en México algunos hechos que podríamos considerar un anticipo de la defensa de los derechos de la mujer en lo referido a salud reproductiva.

En *Historia de una manipulación*, Araceli Hernández cita opiniones en relación con el derecho a decidir sobre la maternidad, emanadas del I Encuentro Feminista de Yucatán, realizado en 1916, que sugerían "...no dejar que este hecho fuera marcado por la casualidad, sino por una decisión personal y autónoma..."⁶

Con posterioridad, en la década de 1920, provocó gran controversia la decisión del Gobierno de Yucatán —presidido por Felipe Carrillo Puerto, ex-colaborador de Emiliano Zapata— de editar y difundir el folleto *Regulación de la natalidad o brújula del hogar* de la norteamericana Margaret Sanger, que abogaba por el derecho a regular la propia fecundidad, instruyendo a las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos.

En 1936 una tendencia radical denominada "La República Femenina" demanda "...no solo el voto femenino sino también el derecho al aborto..."⁷ Y un año más tarde, mujeres que pertenecían a la Sociedad de Médicas Mexicanas presentan la primera propuesta para la despenaliza-

ción del aborto, sosteniendo que este solo podía ser practicado "...por médicos autorizados, durante los tres primeros meses de embarazo y con el consentimiento de la mujer..."⁸ Además, pedían una campaña educativa en materia de anticoncepción.

Por otra parte, si bien las prioridades del feminismo sufragista de los años treinta y cuarenta fueron los derechos políticos y jurídicos, algunos de sus programas llegaron a incorporar la situación y reivindicaciones de las obreras de las fábricas, entre otras: licencia por maternidad, subsidio por lactancia, salas-cunas. Era un intento de las propias mujeres por abordar la problemática de salud y trabajo desde sus propias vivencias e intereses específicos.

Desde finales de los sesenta y durante todo el decenio de 1970, el auge de los movimientos que en Europa y Norteamérica reivindicaban libertades y derechos no incorporados en las utopías con eje en la lucha de clases, abren paso a transformaciones culturales y colocan nuevos temas en debate. Los derechos de las minorías, la sexualidad, el derecho a la opción sexual, los derechos de las mujeres, la defensa del medio ambiente y la naturaleza, emergen como preocupaciones de vastos sectores de la sociedad.

La aparición de la "píldora" proporciona la base material para que la mujer pueda ejercer su sexualidad desligada de la reproducción biológica, y esta circunstancia desencadena un proceso de reflexión, producción teórica y aceleradas transformaciones culturales. La liberalización de las costumbres condiciona nuevos interrogantes, nuevas expectativas y nuevos problemas y, a la vez, moviliza procesos de conocimiento en las mujeres. La vida cotidiana, privada, oculta —dimensión silenciosa de la sociedad— se empieza a abrir paso hacia la escena pública.

El feminismo se despliega en la teoría y en la acción política. Las mujeres europeas y norteamericanas desarrollan metodologías que les permiten reelaborar sus experiencias, vivenciarlas colectivamente y descubrirse cada cual en "las otras". Esta práctica, denominada "self-help" o "autoayuda", se basa en compartir lo que pasa con los propios cuerpos, deseos y necesidades sexuales. En aquel entonces, se hizo evidente la similitud de los nudos y dramas vividos, en relación con su sexualidad, por mujeres de diferentes estratos sociales.

El enfoque feminista postula que, desde los espacios primarios de socialización, se construye desigualdad a través de la asignación de funciones. El proceso, al modelar la sexualidad con un estándar doble, sienta las bases para las diferencias de situación respecto de la reproducción biológica, la reproducción social, el trabajo y el poder. En ese proceso la mujer es considerada como ajena al poder en todas sus expresiones, incluidas las decisiones sobre su pro-

⁶ *Doble Jornada* No. 3, 10 de mayo de 1987, México, D.F.

⁷ Vitale, Luis. *La mitad invisible de la historia. El protagonismo social de la mujer latinoamericana*. Buenos Aires, Sudamericana-Planeta, 1987.

⁸ Charles, Mercedes. El aborto: necesidad de un nuevo debate. *FEM* No. 83, año 13, noviembre de 1989.

pio cuerpo que, aunque le conciernen, pasan a ser decisiones tomadas según las circunstancias, por sus padre/madre, pareja, esposo, jueces, jefes, legisladores, sacerdotes y médicos.

La elaboración de un cuerpo de conocimientos capaz de identificar la naturaleza política de la división de espacios público y privado y, por consiguiente, la base de sustentación del sistema jerárquico de géneros, significó un aporte a las ciencias sociales, a la psicología, a las disciplinas de la salud, a la ética y a la política en todos los ámbitos, incluido el legislativo.

El libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, escrito en 1969 y publicado en forma no comercial en 1970 por el Colectivo de Mujeres de Boston, constituyó un significativo e importante esfuerzo por difundir y reinterpretar temas que el saber médico había rarificado, ocultado o negado: la sexualidad de la mujer y los momentos o circunstancias que tienen en su vida una connotación decisiva, tales como la menstruación, el embarazo, el parto, la anticoncepción y el aborto. Actualizado y reimpresso en 1973, su impacto estableció un importante antecedente en el proceso de gestación del movimiento de salud de las mujeres.

El Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, iniciado en 1975, y la Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, son respuestas de la sociedad a los nuevos desafíos. Las investigaciones, producción teórica, aplicaciones prácticas, preguntas y contradicciones que generan, amplían y mejoran las propuestas surgidas de las propias mujeres. Así, se instalan en el debate temas referidos a la maternidad, la injerencia del Estado y las instituciones en la sexualidad y la reproducción, el poder sobre los cuerpos, y las relaciones de pareja, entre otros.

Las acciones desmistificadoras y de rupturas de las feministas europeas y norteamericanas se van irradiando al resto del mundo a través de los medios de comunicación. Realizan marchas de protesta contra la prisión de mujeres que se practican abortos y a favor de la anticoncepción segura y eficaz, de la sexualidad no impuesta y del derecho a decidir la interrupción del embarazo. Su alineamiento con causas controversiales, preocupa y fuerza a tomar posición a las mujeres latinoamericanas y caribeñas, en especial a quienes han incursionado en los espacios públicos a través de militancias político-partidarias o de ejercicio profesional.

Fue así como en 1978, en la ciudad de México —país que en 1975 fuera sede de las actividades del Año Internacional de la Mujer— el grupo feminista “La Revuelta” organiza un mitin callejero y escenifica una pieza teatral sobre aborto frente al monumento a la madre. Un año después, en 1979, el colectivo feminista “International, Contraception, Abortion, and Sterilization

Campaign” (ICASC), convoca a una campaña internacional desde Londres, Inglaterra, y levanta como consignas el derecho al aborto voluntario y a la anticoncepción, así como denuncia la esterilización forzada. Bajo el lema “Las mujeres deciden”, se llevaron a cabo foros, marchas y charlas durante el 28 de marzo, definido como “Día Internacional de Acción”. En estas acciones participan por primera vez feministas latinoamericanas de diversos países, quienes más tarde, el 31 de marzo, realizan una serie de actos de adhesión al Día de Acción en el Perú, Puerto Rico, Venezuela, Colombia y México, en apoyo de las mismas reivindicaciones reclamadas en Londres.

Continúa ese año con acciones a favor de la legalización del aborto en Venezuela, Colombia y México y se denuncian casos concretos de mortalidad materna a causa de la práctica clandestina del aborto. En diversos lugares de América Latina, grupos feministas emprenden una campaña contra la utilización del anticonceptivo inyectable Depo-Provera, no aprobado entonces en algunos países desarrollados.

Al mismo tiempo, aparecen los grupos feministas pioneros con propuestas alternativas acerca de la salud de la mujer, entre los que destacan “Taller salud” en Puerto Rico, que realiza talleres de autoayuda con la participación de mujeres de sectores medios y populares, y CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina) de México. En la propuesta del equipo de salud de este último grupo, tuvo una notable influencia la Federación de Clínicas de Salud Feministas de los Estados Unidos (Federation of Feminist Health Centers). Es así como al inaugurarse el consultorio CIDHAL en Cuernavaca en 1979, integrantes de tal federación impartieron un taller de autoayuda “... en el cual se discute y comparte una de las ideas que serán eje central del trabajo, esto es: la necesidad de socializar el conocimiento sobre salud a mujeres no médicas”.⁹ Y con la incorporación de dos médicas al equipo, se inicia una etapa de desarrollo y consolidación de esta nueva experiencia.

Con el transcurso del tiempo, estas acciones y propuestas aparecen como base y prefiguración de un movimiento activo vinculado a las temáticas de salud de la mujer. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que 1979 marcó el inicio del movimiento de salud de las mujeres en nuestro continente. Su inicio abrió nuevas dimensiones y perspectivas a la teoría y a la práctica en salud —desde las mujeres organizadas con enfoque de género—, ya que hasta entonces las propuestas y avances habían surgido en la realidad de los países desarrollados.

⁹ Cardaci, Dora. Propuestas en salud innovadoras: El caso CIDHAL. *FEM* No. 91, año 14, julio de 1990.

ALMA-ATA, LA REALIDAD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y CARIBEÑAS EN LA DECADA DE LOS OCHENTA, Y LA SALUD COMO EJE DE ORGANIZACION POPULAR

En 1978, la Conferencia de Alma-Ata plantea la meta "Salud para todos en el año 2000". En la compleja realidad de América Latina y el Caribe, cumplir esa meta exigía iniciar, desde los años ochenta, un abordaje integral de la salud por parte de los gobiernos, organismos internacionales e instituciones públicas y privadas.

Sin embargo, las nuevas políticas económicas imponen la reducción del gasto estatal en salud, lo cual impide formular programas integrales con contenidos orientados a la prevención y con recursos humanos y materiales adecuados. A la vez, esta reducción facilita el avance de la atención privada en salud, al disminuir la calidad de los servicios y de las acciones estatales, producto de la insuficiencia presupuestaria.

La atención primaria aparece como una estrategia adecuada y deseable, pero de difícil cristalización. Por otra parte, la profundización y feminización de la pobreza, así como la violencia cotidiana de distinto origen, obliga a los sectores más desprotegidos y necesitados de la población a buscar estrategias que les permitan sobrevivir. En el entorno urbano, la deshumanización del hábitat expresada en escasez de vivienda y servicios básicos, así como la cesantía y el deterioro salarial, van forzando nuevas formas de organización a nivel de barrio. Y en ese espacio, las mujeres de los sectores populares emergen con inéditas formas de liderazgo y actividad para asegurar la supervivencia. Organizaciones de subsistencia como "ollas comunes", "comprando juntas" y "talleres artesanales" conviven y se complementan con organizaciones de salud poblacional denominadas "grupos de salud", "monitoras de salud", "brigadas de salud", "promotoras de salud", entre otras.

A través de la interacción con las ONG y con los organismos religiosos de distinto signo, las mujeres tienen acceso a programas de educación y capacitación en salud con metodologías participativas que facilitan su propio desarrollo y crecimiento personal. Al mismo tiempo, van recuperando conocimientos y tradiciones culturales de los pueblos originarios. Teresa Marshall y Luz María Pérez¹⁰ señalan:

Los grupos populares relacionados con cuestiones de salud, no solo se reúnen para reflexionar en torno a la realidad y a la coyuntura, sino que los convoca una urgencia operativa: conocer, aprender, transformar, actuar, incidir, etc. Aquí se conjuga la necesidad de apropiarse de un conocimiento y de poseer herra-

mientas eficaces para la transformación de prácticas cotidianas: alimentación, higiene, primeros auxilios, reconocimiento de enfermedades, uso de hierbas, etc.

Todas las tareas anteriores, inherentes a la reproducción cotidiana de la fuerza de trabajo potencial (niños) o en ejercicio (adultos), han sido asignadas a las mujeres en el proceso de construcción de su género, cualquiera sea su sector social de pertenencia; porque se les considera como cuidadoras habituales de la salud, las mujeres asumen estas tareas, "naturalizadas", a través de la internalización del papel femenino.

Así, el difícil cumplimiento de la responsabilidad reproductiva cotidiana, en el contexto de deterioro de la calidad de vida del grupo familiar, empujó a las mujeres de los sectores populares a conformar una amplia base de grupos de salud, como parte del movimiento de población o de barrio y como anuncio del movimiento popular de salud de las mujeres.

En lo que concierne a los gobiernos y las organizaciones de desarrollo, se consideró a estas mujeres como el soporte para la ejecución de diversos programas, que por esa vía disminuían considerablemente sus costos. Socializadas desde su infancia para asumir su papel de sacrificio y servicio en función de otros, ellas ni siquiera registran la doble o triple jornada que les significa la incorporación a tales programas; y asumen este trabajo adicional desde una autopercepción de mujer "no-trabajadora", porque así se les ha enseñado a percibirse en los espacios de socialización a través de los cuales han transitado, aun cuando en un porcentaje creciente, son mujeres jefas de hogar.

Esta realidad condicionó en importante grado la interacción entre las mujeres de los sectores populares —preferentemente urbanas— y las feministas, que en los años ochenta descubrían e incorporaban a su quehacer el marco teórico y metodológico de la "educación popular".

LA PRACTICA FEMINISTA INICIAL EN SALUD Y SU INTERACCION CON EL ESTADO Y LAS MUJERES DE LOS SECTORES POPULARES

La práctica de la autoayuda o "self-help", cuyos ecos venían de los países desarrollados, fue la propuesta fundamental de trabajo de las feministas, en su acercamiento a otras mujeres, especialmente a las pertenecientes a los sectores pobres. La elaboración compartida de biografías, vivencias y percepciones en relación con el cuerpo y la sexualidad propia, permitía identificar los problemas, desenredarlos, hacer conscientes sus raíces y descubrir el lugar común de sus dramas individuales, marcados por la violencia sobre sus cuerpos y su sexualidad. Todo este pro-

¹⁰ Consejo de Educación de Adultos de América Latina-CEAAL. *Del macetero al potrero*. Nueva York, Ed. UNICEF y Universidad de Columbia, 1986.

ceso se enmarcaba en el propósito de democratizar el conocimiento en salud, haciéndolo accesible a todas las mujeres, independientemente de su estrato social.

El impacto del libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, en la maduración de los nuevos procesos del conocimiento en salud, es analizado por Berta Hiriart:¹¹

No puede hablarse de los adelantos feministas en materia de salud, sin mencionar los esfuerzos de este grupo pionero. Su trabajo ha estimulado a muchas mujeres a emprender investigaciones, abrir grupos de salud o defenderse de las imposiciones de los gobiernos y de las empresas farmacéuticas transnacionales.

México, el Brasil y Puerto Rico pueden ser considerados los países puerta de entrada de estas propuestas tan importantes en la gestación del movimiento de salud de las mujeres.

Ya señalamos la influencia que tuvo en México la Federación of Feminist Health Centers en la iniciativa CIDHAL, que pasó a constituir una innovadora propuesta en salud al finalizar los años setenta. En Puerto Rico, el “Taller Salud” introduce la autoayuda a través de talleres con mujeres de sectores medios y populares, en lo que constituye un proyecto pionero de servicios alternativos de salud. A comienzos de los ochenta, en el Brasil tres feministas investigadoras de la Fundación Carlos Chagas iniciaron la experiencia con mujeres de los suburbios de São Paulo, por espacio de 18 meses. Produjeron folletos educativos sobre sexualidad para mujeres de sectores pobres que carecían de educación sistemática y de información en salud, y realizaron talleres de autoexamen y examen mutuo del cuerpo.

La práctica fue incorporando destrezas, que sirvieron para adaptar la autoayuda a las necesidades y características específicas de las mujeres latinoamericanas y caribeñas, surgiendo así una metodología específica para tratar sobre la sexualidad en los talleres y grupos de trabajo. Fueron apareciendo nuevos grupos en los diferentes países, que junto a esta nueva práctica en salud, realizaban acciones de protesta pública o profundizaban la elaboración en torno a temas tales como planificación familiar. Estas actividades alimentaban al propio movimiento y, a la vez, promovían el debate con sectores afines y con detractores.

Quizás porque en el Brasil se hacían más evidentes las incoherencias de las políticas gubernamentales en relación con la regulación de la fecundidad, quizás por la experiencia y reflexión desarrolladas desde el feminismo, ya a comienzos de la década de 1980 se realiza en São Paulo un Encuentro de Salud de grupos feministas, al que asisten 150 mujeres. Allí se conforma la Comisión de Planificación Familiar y Control de la Natalidad, que elabora un

documento crítico de la política de gobierno, a la que califican de “ambigua e indefinida”. Dos años más tarde, el tema sobre la legalización del aborto se convierte en tema de debate durante la campaña electoral.

También en México comienza la interacción con las instituciones del Estado por medio de la presentación, por parte de las feministas y a través del Parlamento, de un proyecto de ley sobre maternidad voluntaria.

En 1981 tuvo lugar en Ginebra la Tercera Reunión Internacional “Mujer y Salud”, convocada por el Dispensario de las Mujeres e Isis Internacional (Red Internacional de Salud de las Mujeres), a la que asistió un grupo de activistas de salud de América Latina y el Caribe. Y también ese año tuvo lugar en Bogotá el I Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, en donde se debatió el tema de la salud de la mujer. Simultáneamente, el “Taller Salud” de Puerto Rico imparte adiestramiento mediante técnicas innovadoras.

El intercambio que se produce en estos encuentros acelera los procesos a nivel de los grupos, potenciando la maduración del movimiento. Los encuentros feministas continentales —según se ha venido constatando a lo largo de la década—, además de condicionar cambios y proponer iniciativas en todos los países que participan, influyen particularmente a los países sedes. En Colombia, tal fenómeno se expresó de alguna manera en el posterior surgimiento de grupos multidisciplinarios, como la Fundación “Sí Mujer”, cuya propuesta alternativa desarrolló acompañamientos y servicios más abarcadores de lo biomédico y lo psicosocial que los conocidos hasta entonces.

Estos procesos de ampliación y humanización de la propuesta de servicios desde los grupos, se entrelazaban con las experiencias de capacitación de grupos y organizaciones de mujeres de los sectores populares.

Los grupos feministas, imbuidos de las propuestas de la llamada “educación popular”, enfatizaban la participación horizontal, la autogestión y la necesidad de develar las contradicciones de género, hasta entonces no incorporadas en los otros ámbitos de la educación popular. A partir de esa práctica, se fueron formulando opiniones críticas acerca del enfoque sesgado genéricamente, limitado e instrumental, con que las instancias gubernamentales y de desarrollo entendían la participación de las mujeres en salud. Carmen Barroso¹² analiza tal enfoque, que asigna a las mujeres el carácter de agente de salud para otros, como si esto fuera inherente a su naturaleza:

...En la movilización de recursos humanos se ha considerado que estos se encuentran ociosos, pero a menudo no es el caso. Este equívoco es común en

¹¹ FEM No. 47, año 10, agosto-septiembre de 1986.

¹² Participación de la comunidad y la educación: la debatida participación comunitaria. En: *Participación de la mujer en programas de salud de la comunidad*. Documento de Trabajo, Ministerio de Salud de Cuba, Federación de Mujeres Cubanas (FMC)/OPS. Santiago de Cuba, febrero de 1988.

relación con las mujeres, ya que la falta de visibilidad de los quehaceres domésticos permite la falsa evaluación del tiempo disponible. Y crea una expectativa exagerada sobre el grado de participación posible, y una sobrecarga de trabajo para las mujeres dispuestas a participar aunque no puedan disminuir sus actividades normales... La educación sexual constituye una vía preferencial para la educación en la participación. La información y formación sobre sexualidad, por el hecho de estar indisolublemente vinculadas con el examen crítico de las funciones sociales del hombre y la mujer, permite reconsiderar los obstáculos a la participación de la mujer y la función subordinada que la sociedad le destina.

EL TRANSITO DE LOS GRUPOS DE AUTOCONCIENCIA A LA INSTITUCIONALIZACION

Los cambios estructurales ocurridos en el continente, las políticas de la cooperación internacional hacia el llamado "Tercer Mundo", los deseos de muchas feministas de hacer trascendentes sus planteamientos desde una perspectiva multidisciplinaria comprometida con la suerte de las mujeres más desposeídas y marginadas, la desafección feminista por los espacios gubernamentales —burocráticos o autoritarios—, la posibilidad de conjugar proyectos de alcance social y político con subsistencia, entre otros condicionantes, fueron empujando el surgimiento de organizaciones no gubernamentales (ONG), desde comienzos de la década de los ochenta.

Las feministas vieron la institucionalización como un paso necesario y posible. Como consecuencia, se desarrolla una vasta gama de iniciativas: centros de promoción, acción e investigación, casas de la mujer, clínicas de salud. En todos los países proliferan ONG feministas que, aunque no estén orientadas exclusivamente al ámbito salud, incorporan la temática salud dentro de sus programas de trabajo. En ese espacio de intervención no solo confluyen feministas y organizaciones de barrio, sino también sectores de las profesiones médicas en sentido amplio, instituciones nacionales y organismos internacionales. Todos estos actores, interactuando como partes de la sociedad civil, han ido modificándose a sí mismos y recíprocamente.

Desde las instituciones se fueron construyendo los cursos y las demandas. Se cuestionaba el encuadre del sistema de salud que considera a las mujeres solo como madres o como responsables de la salud de otros, y no toma en cuenta sus necesidades y problemas como personas integrales. Se fue desarrollando el concepto de la salud reproductiva, más abarcador que el de la salud materno-infantil, puesto que considera a las mujeres como personas, e incorpora también a las adolescentes y a las que finaliza-

ron su vida fecunda. Asimismo, se va extendiendo la idea que exime de culpabilidad al tema del placer, que dio origen a un cuadernillo del Colectivo Feminista "Sexualidad y Salud" de São Paulo, denominado *El placer es revolucionario*, orientado a mujeres de sectores populares.

Proliferaron documentos de trabajo, publicaciones periódicas, folletos y propuestas de políticas públicas, y se trabajó la organización como vía de acceso al conocimiento-conciencia y a la autovaloración humana y ciudadana. Vastos sectores de mujeres fueron reconociéndose como sujetos y agentes de salud, desarrollaron capacidad de análisis crítico respecto de sus condiciones de vida y de las políticas institucionales vigentes, tradujeron en demandas sus necesidades y experiencias, y se fueron constituyendo en los hechos como sujetos de cambio social.

DESARROLLO DEL MOVIMIENTO DE SALUD DE LA MUJER E IMPACTO EN LAS POLITICAS PUBLICAS

La capacidad de articular esta fuerza potencial diseminada en cientos de experiencias de grupo, dando cuerpo a un movimiento de salud más orgánico, así como a la capacidad de formular propuestas y desarrollar estrategias frente a los poderes e instancias públicas, se fue mostrando más efectiva en algunos países, y de estos, el Brasil es el ejemplo más evidente: su patrimonio cultural facilitó cambios en sentido progresivo, entre ellos, la extensión de la propuesta feminista en salud.

Ya en 1983 y 1984 tuvieron lugar intensos debates y acciones en torno a la salud de la mujer, de mayor importancia en Rio de Janeiro y São Paulo. Se suceden encuentros zonales organizados o promovidos por organizaciones no gubernamentales, por instituciones político-partidarias, y por organismos internacionales como UNICEF. Surge el Foro Feminista de Debates de São Paulo, en el que mensualmente se avanza en la elaboración de una política susceptible de impactar en mayor escala a la sociedad. Los debates y el desarrollo organizativo facultaron a los grupos feministas para discutir nacionalmente el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), formulado en los últimos años del régimen militar. La evaluación del contenido y la ejecución de tal programa fue materia de foros, y de gran cantidad de documentos.

Culmina 1984 con la realización en São Paulo del Primer Encuentro Nacional de Salud de la Mujer, en el que participan mujeres procedentes de 19 estados, y desde el cual emana la llamada "Carta de Itapeirica". Esta carta analiza críticamente el PAISM y le exige un enfoque más realista e integral respecto de la vida de la mujer, que contemple todos los momentos del ciclo vital, que recupere el saber popular como contrapartida a la excesiva medicalización, y que incorpore una adecuada educación sexual

para toda la población. También se pronuncia en relación con las políticas demográficas y con la legislación en torno al aborto. Mujeres procedentes de casi todos los estados del Brasil acuerdan que el 27 de septiembre se conmemore anualmente como el Día Nacional por el Derecho al Aborto, relacionándolo con el día en que se consiguiera la libertad de vientre para las esclavas, en el siglo XVIII. En muchas ciudades del Brasil, las mujeres efectúan marchas para entregar “La Carta de Itapevicira” a las autoridades de salud de cada lugar.

Esta dinámica de movilización, presión y propuesta desde el movimiento de salud de las mujeres contribuye a que, en 1984, la Secretaría de Salud de São Paulo edite un folleto sobre sexualidad, elaborado por la Fundación Carlos Chagas luego de un largo proceso de intercambio con mujeres de la periferia de São Paulo y a que, posteriormente en 1985, la Secretaría de Salud de São Paulo defina al PAISM como primera prioridad.

Varios colectivos feministas fueron invitados para asesorar a las mujeres encargadas de la elaboración del PAISM en el Ministerio de Salud. Este hecho contribuye a generar una nueva situación: la participación de feministas en los espacios de las instituciones oficiales.

Sus propuestas educativas, cuestionamientos a la calidad de la atención médica, reivindicaciones de los derechos sexuales y reproductivos, provocaron reacciones adversas por parte de sectores médicos. Ello, como expresión de resistencia a un cambio en que la tradicional mujer -“paciente”- objeto, buscaba devenir en interlocutora-sujeto de su propia salud. Se instalaba un conflicto en el terreno del poder.

No obstante lo anteriormente señalado, la permeación del sector salud por parte del movimiento de salud de mujeres del Brasil siguió extendiéndose dentro y fuera del país, alcanzando también a los organismos internacionales. Como expresión de ello, mujeres investigadoras de la Fundación Carlos Chagas fueron requeridas por UNICEF para asesorar sobre programas de educación sexual en Africa (Cabo Verde y Seychelles).

El ejercicio de ciudadanía que significó para la población brasileña el proceso de la Constituyente, al incorporar masivamente a las mujeres en la discusión de su realidad —en donde la salud se identifica como problema prioritario— contribuyó a la formación y capacitación de aquellas para la formulación de propuestas y políticas públicas. Durante el Encuentro “Mujer y Constituyente” en 1986, se redacta la “Carta de las Mujeres a la Asamblea Constituyente” que propone “libertad de opción en la maternidad, garantizándose tanto la asistencia prenatal, parto y posparto, como el derecho de evitar o interrumpir la gravidez”.

La incorporación de mujeres pertenecientes a colectivos feministas —entre ellos el “Colectivo Sexualidade e Saúde”— y a las Secretarías de Salud, así como los esfuerzos de algunas parlamentarias por reivindicar la salud y los de-

rechos reproductivos de las mujeres, condicionaron importantes propuestas: en el Municipio de São Paulo, impulsada desde la Secretaría de Salud —cuya asesora era feminista—, se inició la experiencia de los Comités de Mortalidad Materna, instancias de control y auditoría de los decesos maternos, con participación interdisciplinaria que incluye al movimiento de salud de las mujeres. El riguroso trabajo y el aporte epidemiológico y metodológico de tales comités han sido evaluados muy positivamente por los niveles académicos y asistenciales, al punto que en mayo de 1991, luego de años de experiencia, se ha formulado una propuesta legislativa para extender su funcionamiento a todos los municipios del país.

Por otra parte, la aprobación por el Gobierno del Estado de Rio de Janeiro del proyecto que establecía la obligatoriedad de atención médica en la red estatal de salud a las mujeres que se practicaran abortos según las causales legales, generó un conflicto con sectores políticos y religiosos, que determinó su revocación. La diputada gestora del proyecto convocó a las mujeres para defenderlo, llevando el debate al conjunto de la sociedad.

Así como la propuesta de las mujeres impactaba a las instituciones oficiales y condicionaba cambios en los enfoques y en las políticas, la participación de feministas con respaldo del movimiento en esas instituciones amplió las perspectivas de estas mujeres y las obligó a dimensionarse en los niveles macro de la salud pública. El desafío sirvió para impulsar y concretar las propuestas feministas, humanizando los servicios, mejorando la calidad de la información y el registro, haciendo efectiva la participación de la comunidad organizada, potenciando transformaciones culturales e institucionales que incorporaran la salud de la mujer integralmente —más allá de su función biológica reproductora—, e incorporando al análisis los aspectos del gasto en salud y la formación del personal de salud.

Las mujeres de otros países, en especial de Sudamérica, se nutrían de la experiencia brasileña. Los miembros de distintos grupos y ONG hicieron pasantías en los colectivos feministas de São Paulo, adecuando posteriormente las propuestas a la realidad de sus lugares de origen.

Si bien en el resto de los países los grados de articulación y eficacia política del movimiento, así como la interacción con los espacios estatales, no alcanzaban la connotación y logros que en el Brasil, esto no significaba que no estaban en marcha procesos en similar dirección. En Nicaragua se podían constatar avances en salud de la mujer, producto de un concierto entre mujeres organizadas y el Gobierno, pero la variante respecto del fenómeno que se producía en el Brasil se asentaba en la diferente autonomía del movimiento de mujeres —a lo cual coadyuvó la guerra de baja intensidad que se vivió en ese país centroamericano—, y en el diferente grado de desarrollo de un pensamiento y de una práctica en salud construido desde el enfoque crítico del género.

La situación política nicaragüense favorecía el proceso de conformación del movimiento de salud de las mujeres, ya que a la organización social creciente de estas, se sumaba que el país era lugar de confluencia de sectores progresistas de diferentes ámbitos, entre los que se contaba el feminismo europeo y el de Norteamérica. Expresión de los cambios fue el reconocimiento de los derechos reproductivos en la legislación. En 1986 se abrió en la ciudad de Estelí la Casa Regional de Preparación para el Parto Natural y, posteriormente, activistas de la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE), inauguraron en la localidad de Ocotol la “Casa Materna” para la atención de mujeres rurales con embarazos de alto riesgo.

En el resto de los países centroamericanos, excepto Costa Rica, los conflictos armados focalizaban los esfuerzos organizativos y la participación de las mujeres. Su accionar en salud asumía características asistenciales más acordes con el papel genérico, aunque incluía la variable clandestinidad en la intervención educativa y asistencial, especialmente en Guatemala y El Salvador; el movimiento incorporaba a la acción a mujeres de diversas etnias, con perspectivas y demandas particulares, producto de sus condiciones de vida.

Por todo esto, a pesar de existir asistencia y educación popular en salud de las mujeres, el fenómeno que se daba en América Central tenía características muy diferentes a las descritas en otros países del continente. No podríamos hablar allí de un movimiento de salud de las mujeres con perspectiva de género, sino más bien, de un movimiento popular de salud que, aunque compuesto mayoritariamente por mujeres, abarcaba individuos de ambos sexos y de diferentes etnias. La confrontación cotidiana con los indicadores del impacto que provocan las desigualdades de género sobre la salud ha ido modificando, sin embargo, las percepciones y enfoques de algunos de estos grupos. A pesar de ello, en comparación con el resto del continente, la constitución del movimiento de salud de las mujeres es incipiente en esta subregión, y con escasa repercusión en las políticas públicas.

En el Caribe, la República Dominicana y Puerto Rico muestran avances en la década. En Cuba, si bien las mujeres participan en campañas de salud, lo hacen convocadas desde espacios institucionalizados, por lo que no podríamos hablar de un movimiento autónomo de salud de las mujeres, como en los otros países.

El advenimiento de los procesos de democratización en la Argentina y el Uruguay también facilitó el surgimiento de propuestas en salud de la mujer, desde una óptica de género. Así, en la Argentina, la interacción de un grupo de feministas y del Gobierno, dio inicio al Programa “Mujer, Salud y Desarrollo” de la Secretaría de Salud en 1984. Las mujeres que trabajaron en ese programa impulsaron Encuentros Nacionales de Salud, seminarios de difusión

de “Los derechos de la mujer en nuestra sociedad”, y ciclos de capacitación para promotoras de salud (1985-1986). Las demandas respecto de salud reproductiva cobraron fuerza. Una de las prioridades fue el levantamiento de la prohibición del uso de métodos anticonceptivos, lográndose el retiro de tal arbitrariedad en 1986, mediante una disposición gubernamental.

En el Uruguay, las trabajadoras de salud organizadas en la Federación Uruguaya de la Salud, adquieren protagonismo en el movimiento, poniendo énfasis en los aspectos de salud laboral con enfoque de género. Fenómeno este que, además de ampliar el horizonte del movimiento, permite interactuar con los servicios públicos y privados de salud a partir de sus propios integrantes.

Por otra parte, la experiencia que feministas, mujeres de sectores populares, activistas e investigadoras de ONG, docentes universitarias y mujeres ligadas a los espacios de la política desarrollan en salud a través de la década, las faculta para que en los inicios de los noventa, las miembros del movimiento participen en la puesta en marcha de programas y servicios de la Intendencia Municipal de Montevideo.

En Chile y el Perú, el movimiento de salud de las mujeres se desarrolla con un componente popular muy importante. Durante el régimen dictatorial chileno y al amparo de las ONG y de las iglesias (católica y luterana, preferentemente) surgen grupos de salud poblacional mayoritariamente compuestos por mujeres. Tales grupos desarrollan un accionar límite entre legalidad e ilegalidad, al priorizar educación y organización para la salud, y asistencia a las víctimas de la violencia represiva. Paulatinamente, muchos de los grupos van incorporando prácticas de autoconciencia y perspectivas de género sin desligarse de su anclaje de origen, articulándose entre sí e interactuando con las otras vertientes del movimiento de salud. Entre las experiencias poblacionales chilenas se destaca la “Casa Sofa”, que impulsa la educación feminista en salud mental.

Frente a regresiones legales llevadas a cabo por el régimen militar chileno a fines de la década —deterioro de los beneficios a embarazadas y madres, criminalización del aborto terapéutico—, las mujeres se movilizan y acuden a los medios de comunicación, en lo que constituye un antecedente de acciones más articuladas del movimiento por sus derechos reproductivos.

En el Perú, la formación de clubes de madres gestantes y lactantes en poblaciones marginales, la experiencia “Vaso de Leche” y la intervención en investigación, educación y asistencia desarrollada por el Movimiento “Manuela Ramos”, el Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, los Servicios Integrales de Salud de “Mujer y Sociedad”, Centro de Estudios Sociales (CESIP), van configurando un movimiento con impronta popular y feminista. Su capacidad de respuesta política quedó manifiesta en 1987,

al impugnar el proyecto de ley que modificaba el Código Penal desfavorablemente para las mujeres, en relación con el aborto. Y más tarde —al despuntar la nueva década—, cuando se pronuncian en apoyo de la posición del Presidente Fujimori en el debate acerca de la Ley de Población, en el sentido de rescatar el derecho de toda mujer a tener información y acceso a todos los métodos anticonceptivos.

Podemos decir, sin lugar a dudas, que el desarrollo del movimiento de salud de las mujeres en el continente, se hizo evidente en acciones y propuestas mayormente ligadas a la salud reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, también se fue abriendo el debate y sensibilizando el ámbito público en torno a problemáticas de salud integral como son la violencia contra la mujer, la administración irracional de fármacos —en especial psicofármacos— y la salud mental y su relación con la carencia genérica de autoestima, entre otras.

En el plano de la salud y los derechos reproductivos, las problemáticas sobre el aborto y el acceso a la anticoncepción llevaron a una toma de posición radical respecto de las llamadas políticas de población, entendiéndolas como expresión de intereses demográficos de los gobiernos, desligados de las necesidades de las mujeres en relación con su fecundidad. Y también, como manifestación de la violencia ejercida desde las instituciones médicas sobre la mujer. Luz Helena Sánchez, en su ponencia presentada al Seminario Taller sobre Salud de la Mujer (OPS, diciembre de 1984, Bogotá, Colombia) expresaba

... descontento con la investigación que se realizaba sobre la mujer, concentrada en la fecundidad y partiendo de la mujer como objeto parcial a ser mirado, y que en cuanto sujeto nada tenía que decir...

Se estableció una vigilancia crítica respecto de la introducción de nuevos anticonceptivos, exigiéndose que estos garantizaran no ser dañinos para la salud. Por esta razón, se cuestionaron tanto el anticonceptivo Depo Provera como los programas de investigación experimental en mujeres con el nuevo anticonceptivo Norplant. La intervención crítica contra este último alcanzó su máxima expresión en el Brasil, donde en 1986 un grupo de feministas integrantes de la Comisión de los Derechos de la Reproducción Humana —creada por el Ministerio de Salud— elaboró un documento crítico sobre la política de población del Gobierno, logrando al mismo tiempo la suspensión de la investigación del Norplant por considerarla “... antiética y totalmente irregular desde el punto de vista de las exigencias oficiales para experimentos en seres humanos...” (carta de Ana Regina Gomes do Reis a la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, en *Boletín de Salud* No. 7, julio-agosto de 1986, Santiago, Chile).

Tales intervenciones produjeron como efecto una profundización en el estudio e investigación por parte de las mujeres activistas y el inicio de interlocución con organismos internacionales, instituciones donantes y ministerios de salud. Esto, con el propósito de incidir en las instancias en que se toman las decisiones respecto de la investigación y de la formulación de políticas, de suerte que los intereses relacionados con la salud y los derechos de la mujer fueran considerados y resguardados prioritariamente.

Así, en forma paulatina, la intervención de las mujeres en salud se fue extendiendo hacia el espacio político institucional, lo que se expresó en propuestas y diálogo respecto de proyectos de ley o de programas y planes ministeriales (servicios de salud, calidad de atención, educación sexual, programa integral de salud de la mujer, salud reproductiva, etc.). El proceso fue más evidente en algunos países como México, Brasil, Uruguay, Argentina y Perú.

LAS REDES: ARTICULACION NACIONAL E INTERNACIONAL

Las redes fueron surgiendo como instancias facilitadoras y, a la vez, como expresión del desarrollo y articulación del movimiento de salud de las mujeres. Las diversas realidades conformaban tejidos de mutua influencia nacional, continental y mundial.

A lo largo de la década, varios países realizan encuentros y talleres nacionales sobre salud de la mujer, entre ellos además del Brasil —ya mencionado—, Venezuela (1986), Colombia (1987), Perú (1987), Puerto Rico (1989). Se potencian articulaciones, en forma de redes y foros, en algunos casos de carácter específico y en otros, insertas en tramas más globales del movimiento de mujeres o de su vertiente feminista. Entre otras, cabe destacar la formación, en marzo de 1987, de la Red de Salud de las Mujeres del Uruguay, integrada por feministas vinculadas al trabajo de salud en distintos ámbitos. Culminan los procesos de la década en el surgimiento en 1990 de la Red Nacional de Salud y Derechos Reproductivos en la Argentina y la Red de ONG de Salud de la Mujer en Santiago de Chile, que agrupó organismos cuyo trabajo incorporaba la perspectiva de género, tales como el Instituto de la Mujer, Área Salud de la Mujer GICAMS (Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social), Programa Salud de la Mujer de “Casa La Morada”, Programa de Salud de la Mujer CIASPO (Centro de Investigación y Acción en Salud Popular), Programa “SIDA, mujer y comunicación” de CENECA.

Paralelamente, y así como ocurriera a fines de los setenta, diversos acontecimientos internacionales influyen en los procesos en curso en el continente: los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe, desde el Segundo —realizado en el Perú en 1983— hasta el Cuarto

—efectuado en Taxco, México, en 1988— empiezan a incorporar talleres e intercambio de experiencias en salud de la mujer. La influencia de lo que allí ocurre se expresa en extensión y profundización de propuestas innovadoras en diversos ámbitos: académico, servicios, educación en salud, investigación, políticas públicas, participación territorial y, también, en esfuerzos por crear comunicaciones más permanentes.

En 1983, en Holanda y por iniciativa de Health Action International (HAI), se crea la Red Internacional Mujeres y Medicamentos, orientada a la información y denuncia en apoyo de las mujeres del Tercer Mundo.

En 1984 se realiza en Colombia el Primer Encuentro Regional sobre Salud de la Mujer con los auspicios del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Pathfinder. Allí, con la asistencia de 75 mujeres procedentes de 13 países del continente, se decide conformar una red de salud de las mujeres de alcance continental, asignándose a Isis Internacional la responsabilidad de su coordinación. Un año más tarde, Isis Internacional comenzó a editar en Chile el *Boletín de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. La necesidad de articular aproximadamente 300 grupos obligó a crear un sistema de información computado-rizado, y la publicación pasó a ser el instrumento de intercambio y alimentación. Posteriormente se generó la necesidad no solo de informar y difundir el trabajo de los grupos sino, también, de exponer nuevos enfoques y profundizar en temas centrales del trabajo del movimiento; entonces, al comienzo de los años noventa, con una red que representa a 2000 grupos de los más diversos tipos, el *Boletín* se fue transformando en una revista que daba cuenta de la nueva situación.

También en 1984, en Amsterdam, Holanda, ICASC organizan el Tribunal Internacional de la Mujer y la Reunión sobre Derechos Reproductivos, a los que asisten numerosas activistas del continente, y que potencian el surgimiento como tal de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, con sede central en Holanda.

En julio de 1985 tiene lugar en Nairobi la Conferencia Mundial para la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Se realiza un foro de las organizaciones no gubernamentales, en cuyo contexto se acuerdan los objetivos y las propuestas de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

En 1987, en Costa Rica tiene lugar el V Encuentro Internacional "Mujer y Salud". Al término de tal encuentro, la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos realizó una reunión de trabajo para evaluar su desempeño y diseñar su proyección futura. En ese contexto, se acoge la propuesta de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, en el sentido de instituir el 28 de mayo como Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. Y se acuerda, además, que a partir de

1988 se realice una Campaña Mundial contra la Mortalidad Materna.

Durante 1988 tienen lugar en el Brasil tres importantes acontecimientos: a) Simposio Internacional Christopher Tietze, convocado por la International Women's Health Coalition de los Estados Unidos, para discutir "La Salud de la Mujer en el Tercer Mundo: Efectos del Embarazo Indeseado", y al cual asisten profesionales de la salud, investigadores y feministas; b) reunión convocada por "S.O.S. Corpo" de Recife, para discutir los efectos que sobre las mujeres tienen las nuevas políticas de población, a la que asiste un amplio grupo de activistas de América Latina, Asia, África y Estados Unidos, y c) la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos efectúa una evaluación de la Campaña Mundial contra la Mortalidad Materna, acordándose profundizar los diversos aspectos de la problemática en 1989.

A fines del decenio de 1980, el proceso de articulación evidencia una tendencia ascendente, condicionada por dos necesidades imperativas: 1) sistematizar experiencias y reflexiones para socializarlas en espacios más amplios, y 2) acercar y facilitar la interacción entre mujeres de los hemisferios norte y sur respecto de una problemática en salud de alcance mundial, condicionada socialmente por la construcción desigual de los géneros.

Además de las redes mencionadas en párrafos anteriores, cabe señalar, como expresión de las interrelaciones norte-sur, el surgimiento de DES Action International y la Red Feminista Internacional de Resistencia a la Ingeniería Reproductiva y Genética (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering, FINRAGE).

Por último, es preciso destacar la importancia de redes como IOCU (Organización Internacional de Consumidores, orientada al control de alimentos, medicamentos, ambiente, etc.) e IBFAN (Red de Acción Internacional de Alimentación Infantil), las cuales, si bien no se vinculan específicamente con la salud de la mujer, en su acción concreta interactúan con los grupos de salud comunitarios.

DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD DE LA MUJER Y CAMPAÑA CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA: ESTRATEGIA MUNDIAL DEL MOVIMIENTO

Desde que en 1987 se instituyera en Costa Rica el 28 de mayo como el Día Internacional de Acción, todos los años se reúnen las mujeres del movimiento de salud de diversos países del mundo para hacer visibles los aspectos más cruciales respecto de la morbilidad y mortalidad maternas, así como la ausencia de la dimensión de categoría

género en los enfoques y contenidos de las políticas y las prácticas de los sistemas de salud.

Esta movilización, que anualmente culmina el 28 de mayo, constituye una estrategia del movimiento que, incorporando un enfoque global de la salud, lo vincula con diversos espacios del Estado y de la sociedad civil. Sus objetivos apuntan a evidenciar la incoherencia entre derechos y realidad de salud de las mujeres, especialmente en lo referido a la salud reproductiva y, dentro de esta, a la maternidad; también a promover el protagonismo de las propias mujeres en el diagnóstico, y en el estudio y formulación de iniciativas de toda índole tendientes a modificar las condiciones adversas. Y su forma varía desde actos con ocasión del Día Internacional, campañas a nivel de los grupos territoriales y lugares de trabajo, hasta suscripción de acuerdos con instancias ministeriales y parlamentarias.

La temática —de acuerdo con las condiciones específicas de cada lugar— fue diversificándose y abordando, entre otras áreas, calidad de la atención en salud, o aspectos de salud y trabajo de la mujer, aunque sin perder el eje central referido a salud y derechos reproductivos. En este ámbito se fue avanzando tanto en el conocimiento de la realidad —tasas, indicadores, subregistros, gasto, capacidad de resolución de los servicios, violencia institucional, contenidos curriculares de las profesiones de la salud, legislaciones vigentes— como en precisiones conceptuales. Ejemplos de esto último han sido, como ya se había mencionado, privilegiar el concepto de salud reproductiva por sobre los restrictivos conceptos de la salud maternoinfantil o maternoperinatal; hablar de regulación de la fecundidad y de anticoncepción, en lugar de restringirse al concepto de “planificación familiar”, e incorporar el concepto de maternidad voluntaria, como expresión de humanización de la mujer en el ejercicio de sus derechos.

El aborto clandestino como principal causa de mortalidad materna ha sido analizado profundamente en las campañas, difundiéndose cifras, testimonios, realidad legislativa y reformas propuestas. La práctica y reflexión más colectivas fueron situando el discurso en el contexto más amplio de los derechos reproductivos.

En sus inicios, la campaña tuvo un carácter predominante de denuncia, participando alrededor de 100 grupos. Posteriormente se privilegiaron las acciones que incorporaban propuestas. Se fueron sumando sectores profesionales, académicos y trabajadoras de las instituciones de salud —enfermeras, auxiliares, matronas, médicas—, situación que constituyó un aspecto decisivo para que esta campaña alcanzara mayor coherencia y notoriedad. La incorporación de trabajadoras de la salud, organizadas como tales, ha significado un avance en el proceso, por cuanto ha permitido llevar a la campaña una perspectiva de mujer que habitualmente carece de enfoque de género. A través

de ese acercamiento han podido establecerse vínculos de solidaridad entre las mujeres que proporcionan servicios institucionales y las mujeres que demandan tales servicios. La mayor incorporación de estas trabajadoras se ha conseguido en el Uruguay, a través de la Federación Uruguaya de la Salud, y en Chile, a través del creciente protagonismo de mujeres afiliadas a la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud.

De uno a otro año, se han adherido a la campaña tanto gobiernos como organismos internacionales. El papel desempeñado por las redes —Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos— como articuladoras y canales especializados de información, ha sido insustituible. Se ha demostrado, además, la enorme potencialidad que es posible cristalizar cuando existe voluntad política.

EN EL UMBRAL DE LOS AÑOS NOVENTA

El VI Encuentro Internacional “Mujer y Salud” que se llevó a cabo en Manila, en noviembre de 1990, constituyó una extraordinaria oportunidad para efectuar un balance de las experiencias y conocimientos construidos por el movimiento hasta el término de la década, y para precisar colectivamente los desafíos por enfrentar en los noventa, en cada continente y a nivel mundial.

En ese contexto, latinoamericanas y caribeñas que durante la década de los ochenta realizaron esfuerzos para transformar la situación de salud de las mujeres, pudieron dimensionar sus avances y fracasos y, a la vez, prefigurar tareas hacia la nueva década.

En síntesis, podemos decir que el movimiento de salud de las mujeres en el continente —sea con identidad de tal, o actuando desde el amplio espacio del movimiento feminista o de mujeres en su conjunto— ha logrado incidir crecientemente en la sociedad, a través de propuestas alternativas. Tales propuestas reflejan la influencia del quehacer teórico y práctico desarrollado en más de dos décadas por el feminismo mundial. Pero también son expresión de la forma y del contenido con que fueron descifrando y elaborando su particular realidad, signada por el autoritarismo patriarcal —mucho más acentuado que en el mundo europeo o norteamericano—, por el subdesarrollo, por la marcada influencia religioso-cultural mariana, y por el mantenimiento de altas tasas de mortalidad y morbilidad por causas prevenibles.

Es preciso destacar la creatividad con que se han abierto espacios de protagonismo y participación, desde la sociedad civil, desarrollándose capacidades para interactuar con organizaciones, gobiernos y organismos internacionales.

La incorporación de las trabajadoras de las instituciones de salud al movimiento abre nuevas dimensiones y pers-

pectivas a su desarrollo en la década de los noventa. Desde ya se hace evidente la carencia de propuestas en salud laboral por parte del movimiento.

Otro aspecto positivo es la existencia de instrumentos de comunicación alternativa de amplia distribución, como son la Revista de la Red de Salud de las Mujeres de Isis Internacional, el Boletín de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos y las innumerables publicaciones que producen y difunden los grupos. No obstante, está presente el desafío de permear los medios de comunicación masivos con un enfoque sobre la problemática de salud de la mujer que incorpore la dimensión de género.

La participación local, regional y nacional en los niveles de decisión de los sistemas de salud, es otra tarea pendiente. Como lo es también la construcción de la autoestima y autonomía de las mujeres, necesarias para enfrentar adecuadamente la pandemia del SIDA.

Respecto de la anticoncepción, hoy se formulan nuevas aproximaciones y perspectivas, más allá de meros discursos radicales. A ello ha contribuido la participación en asesorías y consultorías en organismos internacionales de salud y para el desarrollo, por parte de mujeres profesionales del movimiento. Este fenómeno ha significado también un cambio de actitud por parte de tales organismos, en el sentido de vincularse al movimiento de salud de las mujeres.

Por otra parte, la puesta en marcha de servicios de salud para mujeres atendidos por mujeres ha permitido ensanchar los límites de atención, crear nuevos con respecto a la calidad de atención y servicios, e inventar nuevas relaciones humanas que excluyan la competitividad y la violencia, y que estén fuertemente enraizadas en la solidaridad y el respeto a la dignidad humana de la mujer.

La superación de carencias y arbitrariedades legislativas es uno de los mayores desafíos que deberá asumir el movimiento en esta década. Cuenta para ello con mayor experiencia y con capacidades para establecer alianzas, que no estaban presentes a comienzos de los ochenta, cuando las posiciones eran notablemente más rígidas y carentes de los enfoques mundiales hoy presentes en el movimiento.

La pluralidad de integrantes del movimiento de salud de las mujeres en el continente es un elemento explicativo para comprender su extensa proyección, que ha tendido puentes y permeado —más allá del ámbito feminista— a diversas instancias del mundo público.

No fue tarea fácil traducir en este trabajo toda la diversidad y riqueza de las experiencias y múltiples voces que en el presente otorgan dinamismo al movimiento y, al mismo tiempo, contribuyen a una visión más adecuada por parte de los organismos de desarrollo y sistemas públicos de salud, acerca de la realidad de las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo, M. J., Pereira, N. F., Barroso, C. y Simonetti, C. *Métodos Anticoncepcionais. O Direito a Informação*. ("Métodos Anticonceptivos. El Derecho a la Información"). Fundación Carlos Chagas. (Apoyo del Conselho Nacional dos Direitos da Mulher). São Paulo, Brasil, 1986.
- Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA). *Nuestra sexualidad. Mi sexualidad. La educación de la sexualidad. De nosotros para ustedes: Lo estamos haciendo*. Cartillas de Educación Sexual. Caracas, Venezuela, 1988.
- Barroso, C. Mortalidad materna: una cuestión política. En: *Elegimos vivir*. Red de Salud de las Mujeres de América Latina y del Caribe (Isis Internacional) y Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos. Santiago, 1990.
- Bianco, M. y Gonzales, C. La participación de la mujer en los programas de salud. La experiencia argentina. Seminario "La participación de la mujer en programas de salud de la comunidad", Santiago de Cuba, 1 al 5 de febrero de 1988. Documento de trabajo.
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM). *Manual de capacitación en nutrición con mujeres. Experiencia del CEPAM*. Quito, Ecuador, 1987.
- Centro de Estudios de la Mujer (CEM). *Mujer y Salud. Jornadas Multidisciplinarias*. Buenos Aires, Argentina, 1984.
- Centro de Estudios de la Mujer. *Mujeres de campo y hierbas medicinales: la tradición en la curación de enfermedades*. Serie Mujer y Salud. Santiago, Chile, 1984.
- Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP). Escudero-Who, Ida. Organizaciones de mujeres y la salud. Una experiencia de capacitación y atención ginecológica alternativa. Lima, Perú, mayo de 1987.
- Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA). *Nutrición, base de la salud*. San José, Costa Rica, 1983.
- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. *Amando nuestro cuerpo*. Lima, Perú. s/f.
- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos - Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP). *Mujer y Salud. 1er Encuentro Nacional*. Lima, Perú, 1988.
- CEPAM-UNFPA. Las mujeres y el derecho a la salud. En: *Salud, derecho de la mujer: Memoria del Taller y Foro*. Ecuador, 1989.
- Colectivo Editorial de Cotidiano Mujer. *Yo aborto, tú abortas, todos callamos*. Montevideo, Uruguay, 1989.
- Colectivo Feminista Sexualidade e Saúde, Conselho Estadual da Condição Feminina. Colectivo de Mulheres. Coord: Bergúo, Elza. *Relatorio do Seminario Nacional dos Direitos Reproductivos*, São Paulo, Brasil, 1987.
- Comisión de la Mujer: *De nosotras para nosotras. Información sobre salud reproductiva*. México, 1988.
- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL). *Cuerpo de Mujer*. Cuernavaca, México, agosto 1983.
- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL). *Guía de Salud para Promotoras*. Cuernavaca, México. s/f.
- Corporación Regional para el Desarrollo Integral de la Mujer y la Familia. Es preciso volar. Encuentro Regional sobre Salud de la Mujer. Tenza, Colombia, noviembre de 1984.
- Cuba, Ministerio de Salud. Federación de Mujeres Cubanas. Participación de la mujer en programas de salud de la comunidad. Santiago de Cuba, 1988. Documento de trabajo.
- Hernández, A. Historia de una manipulación. *Doble Jornada* (México) 3, 10 de mayo de 1987.

Isis Internacional. Campaña de denuncia a los medicamentos combinados con alta dosis de estrógeno-progesterona. *Boletín de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* 10, enero-febrero 1987.

Isis Internacional. *Salud de las Mujeres. La experiencia de Brasil. Reflexiones y acciones internacionales*. Santiago, Chile, 1985. Ediciones de las Mujeres.

Karl, M. Formación de redes en el Movimiento Global de las Mujeres. En: *Movimiento Feminista. América Latina y el Caribe. Balance y perspectivas*. Santiago, Chile, Isis Internacional, 1986. Ediciones de las Mujeres N° 5.

La República de las Mujeres. Papel de las organizaciones de mujeres en los programas de la comuna. Montevideo, Uruguay, 14 de octubre de 1990.

Lehmann, C., Morán, P. y Hingston, M. *Rehaciendo nuestras conexiones: un programa de salud mental para mujeres*. Santiago, Chile, Casa Sofía, 1988.

Marshall, T. De prácticas y caminos y salud popular en América Latina. Consejo de Educación de Adultos de América Latina (CEAAL). (Informe Taller Montevideo). Santiago, Chile, 1989.

Merola Machado, G. *En defensa del aborto en Venezuela*. Caracas, Venezuela, Editorial Ateno, 1979.

Movimiento Manuela Ramos. *Diez guías para trabajar educación sexual con adolescentes*. Lima, Perú, 1985.

Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos -Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Elegimos vivir. Mortalidad y morbilidad materna. Un llamado a las mujeres para la acción. 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. Santiago, Chile, 1990.

Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos -Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. *Mortalidad materna: un llamado a las mujeres para la acción*. Santiago, Chile, Isis Internacional, 1988.

Simonetti, C. Aprendiendo acerca de nuestros cuerpos. Experiencia de Brasil e India. *Boletín Internacional de las Mujeres* (Isis Internacional, Roma, Italia) 13, enero-marzo de 1983.

S.O.S. Corpo. Relatorio de Seminario Saúde da Mulher. Avaliação e perspectivas. (Informe del Seminario Salud de la Mujer, Evaluación y perspectivas). Recife, Brasil, 1989.

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Primer Congreso Puertorriqueño Mujer y Salud. San Juan, Puerto Rico, 1989.

Hasta hace unos 10 años, los términos sexo y género se utilizaban de manera prácticamente intercambiable. Sin embargo, en la actualidad el término *sexo* se reserva preferentemente para hacer referencia a las características biológicas determinadas, relativamente invariables, del hombre y la mujer, mientras que el de *género* se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en diferentes culturas.

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer se centra en las relaciones entre la biología y el medio social, relaciones que se plasman en una situación de desventaja de las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica. Tal desventaja a su vez se refleja en el menor acceso que las mujeres tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud.

En esta publicación se llama la atención sobre esa realidad frecuentemente ignorada y se da visibilidad a las inequidades de género en el ámbito de la salud, para estimular así el avance del conocimiento sobre las influencias recíprocas entre las condiciones de salud de una población, los factores ligados a las construcciones sociales de género y los distintos estilos de desarrollo.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD