

## La mujer en la salud y el desarrollo. II. Algunos problemas de población, de influencia y de higiene ambiental<sup>1</sup>

*Este artículo, el segundo de una serie de tres que se refiere a la salud de las mujeres pobres del Tercer Mundo, destaca la importancia de la participación de la mujer en las políticas de planificación familiar, en los programas de promoción de la salud, y en la modificación de pautas en el uso de los sistemas de agua potable y evacuación de desechos.*

### Raíces de la política demográfica en Barbados<sup>2</sup>

Para comprender la política de salud y población de Barbados, es útil conocer sus limitaciones físicas. Barbados es una pequeña isla de coral situada en el Caribe oriental no lejos del continente sudamericano. En la estrechez de sus 425 km<sup>2</sup>, a mediados de 1977 había 254 500 habitantes, o sea 599 por km<sup>2</sup>, una de las densidades demográficas más elevadas del mundo. Además, está mejorando la salud pública y disminuyendo las oportunidades de emigración, con las consiguientes presiones sobre el limitado espacio que ofrece Barbados para la expansión.

Por estas razones, el Gobierno ha prestado su constante apoyo a los esfuerzos por rebajar la tasa de crecimiento demográfico y mejorar así la situación económica y social. Aporta aproximadamente los tres cuartos de los fondos de origen local para

la Asociación de Planificación de la Familia de Barbados y ha introducido actividades de planificación familiar en dispensarios esparcidos por toda la isla. Este año, 1980, la Asociación celebró su XXV aniversario. Ha llevado a cabo una vigorosa campaña para hacer llegar servicios de información y educación a todos los sectores de la comunidad a través de los medios públicos de comunicación y mediante programas educativos para jóvenes, trabajadores industriales y grupos grandes de varones.

Gracias al firme apoyo que siempre ha recibido del Gobierno, la Asociación de Planificación de la Familia ha podido influir en forma considerable en las tendencias demográficas de la isla. Entre 1954 y 1979, la tasa de natalidad ha descendido de 33,7 en 1954 a 16,2 por 1 000 en 1978. Ahora, sin embargo, al haberse reducido la emigración, está aumentando el número de personas que entran en edad fecunda, aumento que probablemente se prolongará como mínimo durante el próximo decenio. Si se invirtiera la anterior tendencia hacia tasas más bajas de natalidad, los nuevos servicios que se requerirían constituirían una pesada carga sobre la débil economía de Barbados.

Es, pues, necesario mantener la expansión del programa de planificación familiar. El actual Ministro de Salud, al reconocer la posibilidad de que siga creciendo

<sup>1</sup> Bajo este título general se han agrupado tres trabajos que constituyen la segunda de una serie de tres partes que se publican en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. La primera, que se refiere a problemas de salud de la mujer en el Tercer Mundo, se incluyó en el Vol. 93, No. 4, 1982, y la tercera parte, que trata algunas dificultades que plantea la actuación de la mujer en la atención de salud, aparecerá en el Vol. 93, No. 6, 1982. Los trabajos que integran esta serie se publicaron en Blair, P. W. ed. *Health Needs of the World's Poor Women*, Washington, D.C., Equity Policy Center, 1981.

<sup>2</sup> Por Billie A. Miller, ex Minister of Health and National Insurance, Femmotts Lane, Bridgetown, Barbados.

la población, ha decidido procurar la integración de los servicios de la Asociación en la red de policlínicas gubernamentales. El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población ha accedido a financiar esta actividad en las tres primeras policlínicas en el plazo de los tres próximos años. Para las comunidades circundantes se agregará un nuevo programa de extensión educativa. Por último, funcionará en toda la isla un servicio completo para la comunidad.

También es urgentemente necesaria una nueva legislación sobre el aborto. Obstetras del principal hospital de afecciones agudas se han quejado en repetidas ocasiones del número de admisiones por aborto temprano, el cual ocupaba el tercer lugar entre las causas de hospitalización en 1975, 1977 y 1978, y el segundo en 1976. Una gran proporción de estas hospitalizaciones se debe a la interrupción ilegal del embarazo. Los médicos destacan el riesgo para la salud de la mujer y para sus perspectivas futuras de fecundidad y la posibilidad de enfermedad grave e incluso mortal.

En la actualidad se ha preparado un proyecto de ley para permitir el aborto durante las primeras 20 semanas de gestación. Dicho proyecto se basa en las recomendaciones de una Comisión Nacional sobre el Aborto, establecida en 1974 después de que algunas mujeres lanzaron una campaña para liberalizar la ley. Hubo una vasta polémica acerca de las disposiciones de la ley. Los médicos y los trabajadores sociales (pero no las enfermeras) se declararon en general favorables a la misma. La mayoría de las iglesias admitían un número limitado de motivos que justificaban el aborto, aunque muchas consideraban que el posible perjuicio psicológico o social para la madre no era, como se proponía, razón bastante para interrumpir un embarazo. A propuesta de la Comisión Nacional sobre la Condición Femenina, establecida en 1977, se incluyeron garantías como el asesoramiento en la estructura de los servicios propuestos. Los

servicios serán gratuitos en el hospital principal. Pese a la persistencia de cierta oposición, la Asociación de Planificación de la Familia también proyecta organizar un servicio donde se practicará el aborto gratis o con un costo mínimo.

Es evidente la necesidad de mejorar la información y la educación en materia de vida familiar, en especial para los escolares, ya que casi el 40% de todos los embarazos en Barbados son de muchachas menores de 20 años. Se estima que la educación en las escuelas sobre vida familiar es al menos una respuesta parcial a la gran frecuencia de embarazos entre las adolescentes. La Asociación de Planificación de la Familia ha organizado campañas exitosas entre los jóvenes y las mujeres que trabajan en la industria. Se han preparado planes de estudio para introducir en todas las escuelas un programa completo de educación sobre la vida familiar. Pero el Ministerio de Educación no ha logrado llevar el proyecto a la práctica y la opinión pública ha permanecido en general tibia, cuando no hostil. Cierta número de escuelas se declaran favorables al programa, pero de hecho limitan las clases a algunos temas "inocuos". Sólo a un puñado de maestros se ha dado una capacitación incluso mínima, y la decisión de incluir la educación sobre la vida familiar sigue en manos del director de la escuela. Recientemente el Gobierno ha probado un nuevo enfoque. Enfermeras-educadoras en planificación familiar, después de adiestrarse en Jamaica, han llevado el programa a las escuelas; han podido exponer temas que los maestros consideran inadecuados o no desean presentar ellos mismos.

También se ha reconocido que se debe prestar mayor atención a las madres trabajadoras. El 70% de los niños nacen ilegítimos, y la unión consensual es tan frecuente como el verdadero matrimonio. En estas circunstancias, el apoyo de la familia es precario y la mayoría de las madres jóvenes tienen que trabajar. En vez de ser con-

sideradas como mano de obra relativamente barata y dócil, se debería reconocer que las madres trabajadoras tienen un papel importante en la formación de las futuras generaciones.

La situación en las fábricas dista mucho de ser satisfactoria. El sector gubernamental de desarrollo industrial tiene aún que insistir en el establecimiento de guarderías para las madres trabajadoras, las cuales tampoco disponen de locales para amamantar a sus hijos. (Aunque los hubiera, probablemente no se utilizarían, ya que una publicidad activa y vigorosa ha persuadido a las mujeres durante años a preferir leches de inferior calidad dadas por biberón, al alimento que brinda la naturaleza.) Tal vez sea necesario disponer por ley una licencia prolongada de maternidad después del nacimiento para que el niño esté bien cuidado durante ese período vital de su vida.

Es asimismo importante introducir pronto la noción de la propia dignidad. Durante el Año Internacional de la Mujer (1975) se analizaron en profundidad las consecuencias legales y sanitarias de los derechos de la mujer. Las investigaciones revelaron que todavía era posible una intensa explotación sexual, debida sobre todo a factores sociales. En el Ministerio de Salud se planteó la gran necesidad de inculcar la conciencia de la población femenina joven.

La educación es la clave en todos los sectores, oficiales o no. Se ha indicado a las enfermeras de ambulatorios que hablen a las pacientes acerca de, por ejemplo, el derecho de la mujer a decidir por sí misma si utiliza o no medios anticonceptivos, o el derecho a tener un padre para su hijo. Pero es difícil encontrar enfermeras u otro tipo de personal capaces de tratar esas materias con confianza, incluso en grupos pequeños; la tendencia es volver a la lección tradicional sobre puericultura o planificación familiar. En el futuro, será necesario organizar seminarios de capacitación en el servicio o enviar a personas que exploren

sobre el terreno todo lo relativo a los derechos y el comportamiento de la mujer y sus consecuencias, en especial para la salud de la madre y del niño.

### Las mujeres y la salud<sup>3</sup>

La idea fundamental de este trabajo es que las necesidades de la mujer en materia de salud no se satisfarán si la programación sanitaria continúa circunscrita al sector salud. Problemas como la malnutrición, la fatiga, la fertilidad excesiva, por no hablar de diversas formas de la violencia contra las mujeres, están muy ligados a la situación por lo común baja de la mujer y a la falta de oportunidades de educación y de empleo. No será posible reducir el problema de salud pública que constituye el aborto hasta que las leyes y actitudes relativas tanto a la anticoncepción como al mismo aborto se hagan eco de los progresos de la tecnología médica. Es probable que la investigación sobre asuntos relacionados con la salud de la mujer siga recibiendo poca prioridad mientras que la comunidad científica continúe siendo predominantemente masculina. Los progresos en materia de nutrición y de salud dependen a veces de la elaboración de nuevas técnicas, lo que por su parte exige que se dé mayor importancia a los problemas de las mujeres. Los programas para mejorar la situación de la mujer, así como los problemas de alfabetización, distribución de ingresos, etc., merecen prioridad por derecho propio, pero cabe también esperar que su éxito mejore las perspectivas de la mujer en materia de salud, promueva la planificación familiar, etc.

Además de la intensificación de los esfuerzos por mejorar la situación de la mu-

<sup>3</sup> Por Patricia W. Blair, 1411 30th Street, N.W., Washington, D.C. 20007, EUA.

jer, parecen especialmente indicados para las actividades de promoción tres sectores, todos ellos en la línea de contacto entre los problemas de salud y la participación de las mujeres en el desarrollo.

### *Ampliar el número de mujeres en puestos con poder decisorio*

Como en otros campos, es dudoso que los programas de promoción de la salud reflejen nunca las necesidades y preocupaciones de la mujer si no hay mujeres en todos los niveles del sistema de salud. Las mujeres necesitan estar motivadas y poder expresar sus propios problemas de salud; para ello necesitan mayor notoriedad política y ocupar puestos influyentes en niveles más elevados, en especial cuando los sistemas de salud pública continúan bajo la dominación de médicos varones.

Es fundamental que las mujeres "usuarias" de los servicios de salud se incluyan en consultas comunitarias si se desea la aceptación de nuevas intervenciones sanitarias. Con demasiada frecuencia, la participación de las mujeres comienza, a lo sumo, después de que se ha planeado y establecido un servicio, y se reduce a hacer pequeños pagos por servicios recibidos, escuchar en las reuniones, mantener instalaciones y locales o incluso tan sólo aceptar "beneficios". En cualquier consulta de la comunidad, aunque se haga por mero formalismo, sólo se tiene en cuenta a los hombres.

Es probable que el nuevo hincapié en la atención primaria brinde mayores oportunidades a las mujeres para capacitarse como parteras, trabajadoras rurales de salud y otro personal en los escalones inferiores de los servicios de salud, donde predominan las mujeres en la mayoría de los países. Cada vez se reconoce más la función de las parteras tradicionales, a las que acude el 90% de las mujeres rurales en los países en desarrollo. Están en marcha numerosos

programas para capacitarlas mejor (y, en algunos casos, utilizarlas para promover la planificación familiar), aunque todavía se presta demasiada poca atención a sus otras actividades en materia de aborto, circuncisión femenina, asesoramiento matrimonial, trastornos menstruales y fecundidad.

Las mujeres activistas tienden a destacar la importancia de abrir nuevos campos de trabajo para la mujer. Pero dado que la enfermería y otras ocupaciones en el sector salud seguirán siendo una fuente importante de ingresos independientes, es necesario incrementar el número de mujeres en estas ocupaciones, especialmente en países como Sudán, donde el personal de salud es todavía en gran parte masculino. Además de la atención maternoinfantil, es necesario capacitarlas para diagnosticar y tratar.

Conviene recordar, no obstante, que estas mujeres, no menos que las obreras, padecen los problemas consiguientes a una jornada doble de trabajo. Es probable que el personal de salud femenino conserve toda una serie de obligaciones domésticas y de cuidado de sus hijos. Tal vez no puedan desempeñar bien sus funciones si no se les dan diversas facilidades, en especial si son, como es muy probable, cabezas de su propia familia. Algunas de las medidas que se propugnan con frecuencia son licencias de maternidad y para el cuidado de sus hijos, y un horario flexible de trabajo. En el caso de las mujeres solteras, la vivienda puede plantear un problema especial.

Donde peor representadas están las mujeres es en las categorías superiores. Para que suficientes mujeres puedan ocupar puestos de responsabilidad e influir en la programación de la salud, es necesario que se formen más administradoras, médicas e investigadoras. Sobre todo es importante incrementar el número de mujeres con competencias administrativas. El curso de gestión para mujeres organizado por el Centro para Actividades en Materia de Población, iniciativa privada con base en Washington para capaci-

tar mujeres de nivel intermedio del Tercer Mundo con dotes para la administración, es un ejemplo de lo que cabe hacer. Este curso es una combinación imaginativa para reforzar la autoconfianza, el espíritu de iniciativa y la formación práctica en materias como la preparación de proyectos, el registro de datos y la obtención de fondos. Las aproximadamente 350 mujeres que han terminado ese curso (la mitad de ellas procedentes de los sectores de salud y planificación familiar y la otra mitad de programas integrados de mujeres) forman ahora una red de personas que se prestan apoyo mutuo en puestos tanto gubernamentales como privados y que están comenzando a capacitar a compatriotas suyas. Es preciso fomentar este tipo de actividad.

#### *Aprovechar mejor las organizaciones de mujeres*

En la programación del sector salud es también necesario sacar más partido de las organizaciones femeninas, de masas y voluntarias, y emplear a más mujeres que puedan abrir canales naturales de comunicación con mujeres dirigentes. Las agrupaciones de mujeres constituyen un recurso valioso para mejorar la salud de la mujer. El motivo que impulsó a instituir algunas de las más antiguas y mejor organizadas de ellas estaba relacionado con la salud: para los clubs de madres en Corea, la ayuda en el hogar; para grupos de mujeres de Bangladesh, vacunaciones y planificación de la familia; para grupos de autoayuda en Kenya, el abastecimiento de agua pura, etc. Muchos de esos grupos pasan rápidamente a interesarse por problemas ajenos a la salud, a medida que se manifiesta la conexión entre la salud de la familia y los ingresos de la mujer y se acrecienta el hábito de la cooperación. En Indonesia, por ejemplo, grupos de planificación que surgieron de manera espontánea en las aldeas

para ayudar a las mujeres a obtener anticonceptivos de puntos de suministro distantes se han ampliado ahora a tejer, a hacer tejas y otras actividades directamente económicas. Los centros populares de salud en Bangladesh apoyan programas de formación profesional y el crédito agrícola, así como también el saneamiento básico, la higiene, la nutrición y la planificación familiar.

Asimismo, grupos consagrados al bienestar de las mujeres acaban a menudo ocupándose de asuntos que se relacionan con la salud. Grupos de mujeres que intentan fomentar los matrimonios tardíos, modernizar las leyes sobre el aborto, establecer centros de ayuda a mujeres violadas, llamar la atención sobre las condiciones peligrosas de trabajo y mejorar en general la situación de la mujer pueden influir en forma considerable sobre la salud. Hay amplias oportunidades de promover de manera más consciente este nexo entre las mujeres y la salud, sobre la base de una mejor comprensión de las redes formales e informales existentes para la comunicación de las mujeres.

#### *Reconocer la necesidad de las mujeres de tiempo y dinero*

Una cosa que limita considerablemente la eficacia de los programas de salud es que las mujeres pobres no tienen a menudo el tiempo y el dinero necesarios para observar nuevas prácticas sanitarias, por más recomendables que sean. Por tanto, los programadores harían bien en buscar proyectos que a un mismo tiempo, por ejemplo, generen ingresos para las mujeres y mejoren la nutrición de la familia, o ahorren tiempo a las mujeres y a la vez aporten más agua para la higiene familiar. Asimismo, los proyectos de especial interés para las mujeres serían más viables si se fundamentaran en la constante preocupación de las mujeres por sus familias.

Los proyectos que se relacionan con la nutrición parecen particularmente idóneos para este doble enfoque, sobre todo cuando pueden aprovechar aptitudes presentes en las mujeres. Por ejemplo, grupos de mujeres en Camerún emplean molinos manuales que les ahorran tiempo y generan algunos ingresos; podrían servir de base para preparar en pequeña escala alimentos de destete. Del mismo modo, los proyectos de cultivo de hortalizas podrían incluir secadores solares u otra técnica adecuada que permitiese a las mujeres almacenar y vender lo sobrante. Si las fuentes de agua estuvieran más próximas a las aldeas, lo que ahorraría tiempo de acarreo, las mujeres podrían utilizar el agua para la higiene y en proyectos que aportasen dinero, como la cría de aves de corral.

Dos puntos importantes en relación con este tipo de proyectos son la necesidad de que las mujeres dispongan a su arbitrio del tiempo ahorrado de las tareas tradicionales y de que se les enseñe a mantener y reparar la maquinaria indispensable. En el pasado algunos proyectos encaminados a dejar a la mujer más tiempo libre para el cuidado de su familia no han logrado su propósito porque los maridos aprovechaban ese nuevo tiempo libre de sus esposas para trabajos que antes habían sido responsabilidad de los hombres. El conocimiento de cómo mantener y reparar bombas de agua, máquinas de moler, prensas de aceite, etc., ha seguido siendo casi un monopolio de los hombres, lo que ha perpetuado la dependencia de las mujeres y, en algunos casos, incluso hizo que tomasen para sí funciones que habían sido para las mujeres fuentes de ingresos independientes.

Los tres enfoques propuestos tienen de común que se beneficiarían mucho del intercambio entre los programas de salud, planificación familiar y nutrición, y los programas destinados a mejorar la situación y la participación de las mujeres en el desarrollo. Mientras no se intensifique ese intercambio, corren el riesgo de

fracasar ciertos tipos de programas, muy probablemente los que se ocupen de aspectos desatendidos de la salud de la mujer.

### Las mujeres, el agua y los desechos<sup>4</sup>

La tragedia mundial de los niños muertos por diarrea y deshidratación está en relación estrecha con la falta de saneamiento adecuado y de agua potable; sin embargo, ni los campesinos ni los científicos parecen capaces de demostrar que las intervenciones en materia de abastecimiento de agua y saneamiento hacen que mejore la salud. Al querer explicar esta paradoja, se han de considerar, más allá de la tecnología, las funciones y actitudes de la gente que usará los nuevos servicios de agua y saneamiento, en especial de las mujeres, que son las principales usuarias del agua y las que socializan a sus hijos en lo relativo a higiene personal. Las pocas repercusiones de los anteriores programas de agua y saneamiento se deben sobre todo a la no utilización y uso inapropiado de las nuevas instalaciones y servicios, y no a los aspectos técnicos. Mientras las mujeres no participan ni comprendan la importancia de un buen saneamiento, sólo cabe esperar una aceptación limitada.

Como muestra la experiencia, las madres modificarán su comportamiento cuando empiecen a comprender los peligros incluso de las heces infantiles, no necesariamente en términos de la "teoría de los microbios", sino de la relación causal entre el agua y la diarrea. Por ejemplo, cuando en la aldea maya de Chan Kom, México, se descompuso el sistema de abastecimiento de agua por tubería después de dos años de funcionamiento, las mujeres fueron a quejarse al alcalde de que sus hijos se enfermaban; vieron claramente la

<sup>4</sup> Por Mary L. Elmendorf, Camp, Dresser, and McKee, Inc. WASH Project. 1611 N. Kent Street, Rosslyn, Virginia 22209, EUA.

relación entre la falta de agua potable y la mayor incidencia de la diarrea.

Comprender la necesidad de mejores hábitos de saneamiento no es, sin embargo, un proceso sencillo, sobre todo en lo referente a la defecación humana, tema tabú en muchas culturas, inficionado de magia, hechicería o simplemente pudibundez. Los temas tabú se perciben como sumamente privados y personales, y la información acerca de ellos no circula con facilidad o rapidez por la comunidad. Cuando los hombres, que suelen ser los que adoptan las decisiones, introducen para ellos nuevos programas de agua y saneamiento, las mujeres quedan probablemente al margen de la red de información. Escasea la información sobre el papel de las mujeres en este sector. Son necesarias más investigaciones para obtener datos socioculturales sobre sus limitaciones y problemas, y es preciso esforzarse más por lograr su participación en el proceso de adopción de decisiones.

Por fin se reconoce la importancia de la participación de la comunidad, si bien raras veces se la practica. Menos se reconoce la necesidad de datos escatológicos con el fin de comprender las actitudes y costumbres ante los excrementos humanos. Cabe esperar variaciones socioculturales entre aldeas y sexos en el mismo país, así como entre continentes y climas diferentes. No obstante, en los estudios transculturales aparecen semejanzas sorprendentes en cuanto a temores y pautas de comportamiento.

Inhibiciones culturales pueden provocar y provocar la utilización inapropiada o insuficiente de los sistemas de agua potable y de evacuación de desechos. Por ejemplo, la idea corriente de que las heces de los niños son "inocuas" puede constituir un eslabón constante en la cadena de reinfección cuando se lavan pañales de bebés juntamente con los platos en agua de un depósito recién instalado. En India, un estudio de 525 letrinas reveló que utilizaban las letrinas muchas más mujeres

que hombres, mientras que las heces de los niños se tiraban sobre montones de basura. En Yucatán, las madres sostienen a sus bebés sobre el suelo sucio de la choza o a la puerta de ésta para que orinen o defecuen. En Honduras, las mujeres no utilizan la misma letrina que los hombres por temor de quedar embarazadas; esto reduce el uso de inclusive las letrinas domésticas a las mujeres de la familia. En Tanzania, la gente cree que no deben mezclarse las excretas de padres e hijas. En muchos lugares, los niños defecan fuera de las letrinas por temor de caerse por la abertura; las encuestas mostraron que este temor es muy general en América Latina, incluso en barrios urbanos de Managua con letrinas de desagüe.

Puede además haber razones prácticas para que no se utilicen las nuevas instalaciones sanitarias. La defecación puede hacerse de manera que sirva para fines productivos en los campos. En América Latina, por ejemplo, se considera que defecar en maizales o cafetales tiene una función fertilizante. Asimismo, se plantan a propósito árboles frutales sobre antiguos pozos de letrinas, ya llenos. En algunas zonas, se depositan las excretas humanas cerca de la casa para que las consuman los puercos.

Otra serie de problemas guarda relación con la idoneidad de la tecnología. El diseño de la instalación para la evacuación de excretas puede no concordar con las costumbres locales, que desechan letrinas no adaptadas a una posición en cuclillas. También puede suceder lo contrario. En Guatemala, por ejemplo, se prefieren los retretes con asiento, como lugar donde descansar y para evitar caerse en el orificio. Convendría poner más cuidado al diseñar instalaciones separadas en el campo para los hombres, teniendo en cuenta sus necesidades durante el día así como las actitudes socioculturales. Tal vez resulten especialmente apropiadas letrinas portátiles con capacidad

para la reutilización de los excrementos como fertilizantes.

Las madres no sabrán en las aldeas cómo romper el eslabón fecal-oral de la infección (sin lo cual no cabe esperar que mejore mucho la salud) hasta que, junto con la mejora de las instalaciones de abastecimiento de agua, saneamiento y evacuación de excretas, tengan algunos elementos accesorios pero importantes. Las mujeres necesitan jabón, una palangana y recipientes para el acarreo y almacenamiento de agua, al igual que letrinas bien ubicadas, higiénicas y que no huelan. ¿Es necesario que las letrinas continúen estando tan lejos de las casas cuando no hay fuentes que contaminar? ¿Es inevitable que los retretes despidan olores tan desagradables que no puedan estar más cerca o anejos a la casa? ¿Qué hacer para que haya en la letrina o muy cerca de ella agua para lavarse las manos? ¿Puede haber más diálogo con las mujeres acerca de dónde lavan la ropa y los platos y dónde se lavan las manos, a sus hijos y a sí mismas? ¿Si se consigue agua para lavar ropa y bañarse, es posible reutilizarla para un retrete? ¿Sólo se piensa en instalar cuartos de baño cuando se trata de zonas urbanas?

Se conoce de sobra la vía fecal-oral de reinfección, pero se ha trabajado muy poco en diseñar instalaciones que ayuden a romper este círculo vicioso. Si sólo hay un balde y no hay dinero para comprar otro, evidentemente será utilizado para todo. Si no hay tapadera para el balde, un pobre sucedáneo será cubrirlo con hojas. Jabón y material barato, e incluso subsidiado, para cocina, lavandería y cuarto de baño permitirán a los aldeanos sacar partido de las mejoras introducidas en el abastecimiento de agua y saneamiento. En varios países han tenido gran aceptación jarras y tinas de plástico livianas y de colores brillantes. En Guatemala, para fomentar la higiene personal, se donó a cada familia, después de inspeccionar su nuevo retrete, un lote sencillo de material con-

sistente en una palangana, una jabonera, baldes y un anaquel para la letrina. Habría que añadir un espejo y jabón. Y un cazo. Usar un cazo o una taza es mucho más fácil que intentar levantar un balde o una jarra pesados.

Además de lo anterior, es necesario adiestrar a las mujeres sobre el modo de utilizar y administrar el nuevo material. Los mensajes audiovisuales y la educación sanitaria deben referirse en forma concreta al uso adecuado del nuevo equipo, tanto en la comunidad como en la familia, para que se pueda utilizar con eficacia y satisfacción. Esos mensajes deben dirigirse sobre todo a las mujeres, ya que ellas son la clave para alcanzar los objetivos de lograr agua y salud para todos.

Durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua, celebrada en Mar del Plata, Argentina, en 1977, 30 organizaciones no gubernamentales publicaron una declaración sobre la situación especial de las mujeres en relación con el agua; en ella se recomendaba a los países en desarrollo:

- Incluir estrategias para expandir los recursos humanos de la comunidad con el fin de satisfacer las necesidades locales.
- Asegurar la igualdad de la mujer en cuanto al acceso a la capacitación para el mantenimiento, gestión y tecnología de las fuentes y suministros hídricos.
- Asegurar la participación de la mujer en los consejos locales y juntas de planificación encargadas de adoptar decisiones sobre el abastecimiento público de agua.
- Reconocer el papel cada vez más efectivo que las mujeres, las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones femeninas pueden desempeñar en la educación de la opinión pública en favor de los cambios que sean necesarios.

## Resumen

Una forma de mantener y expandir el programa de planificación familiar con

objeto de disminuir la tasa de crecimiento demográfico en Barbados, es implantar una nueva legislación sobre el aborto, mejorar la información y la educación en materia de vida familiar y conceder especial atención a las madres que trabajan. Asimismo, es imprescindible capacitar personal de salud o de otro tipo para que investigue acerca de los derechos y el comportamiento de la mujer y sus repercusiones para la salud materno-infantil. Otros aspectos que deben tenerse en cuenta para lograr la mejora de la salud de la mujer se refieren a la ampliación del número de mujeres en puestos con poder decisorio, al aprovechamiento de las organizaciones de mujeres y al reconocimiento de la necesidad de tiempo y dinero por parte de las mujeres. Estos tres aspectos tienen en común que pueden impulsarse con éxito sólo con el intercambio entre los

programas de salud, planificación familiar y nutrición, y los destinados a mejorar la situación y la participación de las mujeres en el desarrollo. Por su parte, si se trata de establecer nuevos programas de abastecimiento de agua y saneamiento, más allá de la tecnología adecuada se debe considerar la actitud de la población que utilizará los nuevos servicios, sobre todo de las mujeres: mientras éstas no participan ni acepten la importancia de contar con saneamiento adecuado, todos los proyectos tendrán una difusión limitada. Por último, junto con la mejora de las instalaciones de abastecimiento de agua, saneamiento y evacuación de excretas, se debe proporcionar a las mujeres, principales usuarias, elementos accesorios que faciliten su empleo, si es que se quiere lograr los objetivos de agua y salud para todos. ■

## BIBLIOGRAFIA

- Adkins, R. G. A review and appraisal of progress made and obstacles encountered at the national level in Asia and the Pacific in attaining the minimum objectives set forth in paragraph 46 of the World Plan of Action and Objectives of the Asian Plan of Action. Bangkok, ESCAP, 1979.
- African Medical and Research Foundation Training Department. Report of the Kirinyaga District Survey (Kenya), the status of rural health services. Nairobi, AMREF, 1979.
- Badran, M. Citizen participation for successful village water supply. *Civ Eng ASCE* 48(8):6870, 1978.
- Badran, M. Eight case studies of rural and urban fringe areas in Latin America. World Bank, Transportation, Water, and Telecommunications Department. Public Utility Report RES 23, 1979.
- Barbados. Ministry of the Attorney General, Department of Women's Affairs. *Report of the National Commission on the Status of Women*, 1978.
- Corke, B. *The Oberlin (Jamaica) Report and the Miracle of Life. An Introduction*. New York, Decade Media, Inc., 1979.
- Curlin, P. y Khan, M. Family planning for women by women, 1978. (Manuscrito inédito.)
- Feachem, R. *Sanitation and Disease: Health Aspects of Excreta and Wastewater Management*. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1980.
- Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población. *Population Profiles-9, Barbados*. New York, FNUAMP, 1979.
- International Fertility Research Program. Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS). North Carolina, Research Triangle Park, 1980.
- Lee, S. B. Village-based family planning in Korea: The case of the mother's club, 1976. (Mimeografiado.)
- Maru, R., Satia, J. K. y Murthy, N. Multipurpose worker scheme—A study on pilot implementation in Chhani Primary Health Care Centre. Nueva Delhi, Indian Institute of Management, 1975.
- Mwoloi, K. Dissertation on antenatal services in

- Makindu Division of Machakos District. Nairobi, Medical Training Center, 1978.
- Panandiker, V. A. P., Bishnoi, R. N. y Sharma, O. P. Policy implications of incentives and disincentives in family planning. Nueva Delhi, Center for Policy Research, 1977.
- Population Information Program, Johns Hopkins University. Community-based and commercial contraceptive distribution: An inventory and appraisal. *Popul Rep Series J* 19, 1978.
- Population Information Program, Johns Hopkins University. Traditional midwives and family planning. *Popul Rep Series J* 8(3), 1980.
- Rosenfield, A. Medical supervision for contraception: Too little or too much? *Int J Gynaecol Obstet* 105-110, 1977.
- Russell, A. Report on the situation of women in the target village of the UNICEF Domestic Water Supply Project in Bahr el Ghazal Province, Sudan, 1979. (Mimeografiado.)
- Sandback, J. R. Preventing schistosomiasis: A critical assessment of present policy. *Soc Sci Med* 1975.
- Self, G. D. Social analysis of rural potable water programs. Agencia para el Desarrollo Internacional, Bureau for Near East under Contract AID/NE-C-147-79-5, 1979.
- Silva, T. L. Overview of selected program on the development of rural women. Presentado en: Sub-regional Workshop on Social Welfare Strategies to Enhance Rural Women's Role in Socio-Economic Activities and Community Leadership. Naciones Unidas, Social Welfare and Development Center for Asia and the Pacific, 1979.
- Silva, T. L. Project Document on a Regional Five Year Action Program on the Integration of Women in Development. Bangkok, ESCAP, 1975.
- White, G. F., Bradley, D. J. y White, A. U. *Drawers of Water, Domestic Water Use in East Africa*. Chicago, University of Chicago Press, 1972.
- Whiting, M. y Krystall, A. The impact of rural water supply projects on women. Nairobi, CARE, sin fecha. (Mimeografiado.)
- World Fertility Survey. The Indonesia fertility survey, 1976: A summary of findings. London, World Fertility Survey, 1978.

---

### **Women in health and development. II. Some problems related to population, influence and environmental hygiene (Summary)**

The family planning program to reduce the demographic growth rate in Barbados may be maintained and expanded by implementing new abortion legislation, by improving information and education regarding family life and by giving special attention to working mothers. Staff, and particularly health staff, must be trained to investigate women's rights and behavior and their repercussions on maternal and infant health. Other factors that should be borne in mind for the improvement of women's health include increasing the number of women in decision-making positions, taking advantage of women's organizations and recognizing women's needs in terms of time and money. All three factors can only be promoted successfully through

exchanges among health, family planning and nutrition programs, in addition to programs designed to improve women's position and participation in development. If attempts to establish water supply and sanitation programs do not take into account the attitude of the population that will use the new services, and especially the attitude of women, and women do not participate or accept the importance of having adequate sanitation, all such projects will be limited in their effects. In addition to water supply, sanitation and excreta disposal installations, women, the main users, should be provided with auxiliary elements to facilitate the use of such installations if the goals of water and health for all are to be achieved.

## **A mulher na saúde e no desenvolvimento. II. Alguns problemas de população, de influência e de higiene ambiental (Resumo)**

Uma maneira de manter e difundir o programa de planificação familiar para abater a taxa de crescimento demográfico em Barbados, é implantar uma nova legislação sobre o aborto, melhorar a informação e a educação sobre a vida familiar e dar atenção especial às mães que trabalham. Além disso, é imprescindível preparar pessoal de saúde ou de outro tipo para que estude os direitos e a conduta da mulher e as suas repercussões sobre a saúde materno-infantil. Outros aspectos que se devem ter em conta para conseguir o melhoramento da saúde da mulher relacionam-se com o aumento do número de mulheres em postos onde têm poder de decisão, com o aproveitamento das organizações femininas e com o reconhecimento da necessidade de tempo e dinheiro da parte das mulheres. Estes três aspectos têm em comum que só se podem

impulsar com êxito por meio do intercâmbio entre os programas de saúde, planificação familiar e nutrição, e os destinados a melhorar a situação das mulheres e a sua participação no desenvolvimento. Por sua vez, se se trata de elaborar novos programas para abastecimento de água e saneamento, além da tecnologia adequada é preciso considerar a atitude do sector da população que utilizará os novos serviços, sobretudo das mulheres: enquanto não participarem nem aceitarem a importância de contar com condições de saúde adequadas, todos os projetos terão uma difusão limitada. Por último, juntamente com as melhoras nas instalações de abastecimento de água, saneamento e eliminação de excreta, devem-se proporcionar às mulheres, principais usuárias, elementos acessórios que facilitem o seu uso, se se querem realmente conseguir as metas de água e saúde para todos.

## **La femme dans le secteur santé et le développement. II. Quelques problèmes de population, d'influence et d'hygiène du milieu (Résumé)**

A la Barbade, un moyen de maintenir et d'amplifier le programme de planification familiale, afin de diminuer le taux de croissance démographique, consiste à adopter une nouvelle législation sur l'avortement, à améliorer l'information et l'éducation en matière de vie familiale et à porter une attention toute spéciale aux mères qui travaillent. Il est indispensable, de même, de former du personnel de santé ou d'un autre type pour qu'il puisse faire des recherches au sujet des droits et du comportement de la femme et des répercussions de ceux-ci sur la santé de la mère et de l'enfant. D'autres aspects dont on doit tenir compte pour obtenir une amélioration de la santé de la femme sont: l'augmentation du nombre des femmes à des postes où elles ont pouvoir de décision, l'utilisation des organisations féminines et le fait, de la part des femmes, de reconnaître qu'elles ont des besoins de temps et d'argent. Ces trois aspects ont en commun qu'ils peuvent seulement être stimulés avec

succès par un échange entre les programmes de santé, de planification familiale et de nutrition, les programmes destinés à améliorer la situation et la participation des femmes dans le développement. D'un autre côté, s'il est question de créer de nouveaux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, il faut considérer, en plus de la technologie adéquate, l'attitude de la population qui utilisera les nouveaux services, et surtout celle des femmes: tant que celles-ci ne participent pas, et n'apprécient pas l'importance de jouir d'un système d'assainissement adéquat, tous les projets auront une diffusion limitée. Enfin, en même temps que l'amélioration des installations d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'évacuation d'excréta, on doit fournir aux femmes, principales usagers, des éléments accessoires qui facilitent l'emploi de ces installations, si l'on désire que l'eau et la santé soient accessibles à tous.