

LA SALUD Y LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
VIEJOS PROBLEMAS Y NUEVOS ENFOQUES

Elsa Gómez Gómez

Versión revisada de la Contribución del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la sexta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, Argentina, 25 al 29 de septiembre de 1994).

INDICE

	<i>Página</i>
Resumen	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. EL MARCO CONCEPTUAL	9
III. LA SALUD DE LAS MUJERES A COMIENZOS DE LA DÉCADA DE 1990	13
A. INFANCIA Y NIÑEZ	15
B. ADOLESCENCIA	17
C. EDAD ADULTA.....	18
1. Acceso a tecnologías anticonceptivas	22
2. Programas de regulación de la fecundidad y planificación familiar	24
3. Salud durante el embarazo, el parto y el puerperio	25
D. EDAD MEDIANA Y VEJEZ.....	35
E. CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN TODAS LAS EDADES.....	38
1. Anemia y malnutrición	38
2. Salud mental	39
3. Salud ocupacional	40
4. Violencia en contra de la mujer	41
IV. EL PROTAGONISMO DE LAS MUJERES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD	43
V. ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA PROPUESTA DE POLÍTICAS DE SALUD.....	47
Notas	48
BIBLIOGRAFÍA	49
Anexo: Cuadros	55

RESUMEN

Existen importantes diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a necesidades, problemas y acceso a recursos en materia de salud, así como con respecto a la mortalidad y la morbilidad que los aquejan. Estas disparidades radican no sólo en los rasgos biológicos distintivos de cada sexo, sino también en las pautas sociales que regulan las relaciones de género, es decir, la forma en que cada sociedad distingue, articula y posiciona los ámbitos propios del ser y del quehacer masculino y femenino.

La información disponible en América Latina y el Caribe ha comenzado a poner en evidencia que las mujeres se encuentran en una posición de desventaja con respecto al control de los recursos necesarios para la protección de la salud. De igual modo, se constata que su contribución protagónica al desarrollo de la salud de sus familias y comunidades no goza aún de justo reconocimiento y apoyo social. Las mujeres continúan siendo una exigua minoría en los niveles altos de decisión, autonomía, prestigio e ingresos del sector de la salud, pese a que la composición de éste es mayoritaria y crecientemente femenina.

El presente estudio tiene por objeto delinear un perfil de la situación de las mujeres en el ámbito de la salud en la región a comienzos de la década de 1990. Se presta especial atención a las inequidades de género presentes en distintos ámbitos y que las afectan de manera exclusiva o desigual en relación con los varones.

El texto está dividido en cuatro secciones: en la primera se reseñan los principales elementos del marco conceptual que orientó la selección y análisis de los temas que se presentan; en la segunda se describen las características más relevantes de la situación de salud de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida; la tercera se refiere sucintamente al papel desempeñado por las mujeres en el proceso de construcción de la salud; y para finalizar, se plantean algunas propuestas de políticas públicas de salud.

I. INTRODUCCIÓN

Más allá de las diferencias en materia de salud que existen entre clases sociales, etnias y regiones geográficas, es un hecho evidente, aunque con frecuencia ignorado, que dentro de tales agrupaciones también difieren significativamente las necesidades y los problemas de salud de las mujeres y los hombres, así como el grado de acceso a recursos para protegerla. En la base de estas diferencias se encuentran no sólo los rasgos biológicos distintivos de cada **sexo**, sino también las pautas sociales que gobiernan la relaciones de **género**, esto es, la manera como cada colectividad distingue, articula y posiciona los ámbitos propios del ser y del quehacer masculino y femenino.

La información disponible en América Latina y el Caribe ha comenzado a poner de relieve la presencia de profundas disparidades entre los sexos en cuanto a mortalidad, morbilidad y acceso a recursos apropiados para la atención de la salud (Gómez Gómez, 1990). Esta información ha vuelto evidente que las mujeres se encuentran en una posición generalizada de desventaja con respecto al control de los recursos necesarios para la protección de la salud, aun reconociendo que, en algunas importantes instancias, las construcciones de género también constituyen factores de riesgo para los varones. Según dicha información, además, la contribución protagónica de la mujeres al mejoramiento de la salud de sus familias y comunidades no goza aún de justo reconocimiento y apoyo sociales; asimismo, en el sector de la salud las mujeres siguen constituyendo una exígua minoría en los niveles altos de decisión, autonomía, ingreso, prestigio y remuneración, pese a que en la composición de éste la presencia femenina es mayoritaria y creciente (Pizurki y otros, 1988).

La situación de desventaja social de las mujeres, como grupo, ha sido ampliamente documentada a nivel mundial por distintos organismos internacionales. Así, el PNUD, en su *Informe sobre el Desarrollo Humano, 1993*, llama la atención sobre el hecho de que, en términos de indicadores de desarrollo humano, **"ningún país trata a sus mujeres igual que a sus hombres"**, y califica tal circunstancia como **"desalentadora" al cabo de tantos años de debate sobre igualdad entre los sexos, tanta lucha de la mujer y tantos cambios de las legislaciones nacionales"**; en los países industrializados, añade el PNUD, la discriminación basada en el sexo (medida según el índice de desarrollo humano), se manifiesta fundamentalmente en el área laboral-salarial, mientras que **"en los países en desarrollo, además de la gran disparidad en el mercado de trabajo, también existen disparidades apreciables en cuanto a servicios de salud, apoyo nutricional y educación"**. Asimismo, en ese informe se destaca que la magnitud de tales brechas entre los sexos no guarda relación directa con el nivel de desarrollo humano de los países respectivos, ya que se observan amplias disparidades intergeneracionales en los países con más alto grado de desarrollo (PNUD, 1993, pp. 16 y 17). Esto sugiere que la subordinación de la mujer no es simplemente un efecto de la pobreza, y que el desarrollo no resuelve automáticamente tal tipo de falta de equidad.

A partir de la información fragmentaria disponible, en el presente trabajo se intenta delinear un perfil de la situación de las mujeres en el ámbito de la salud en América Latina y el Caribe a comienzos de la década de 1990. Atendiendo prioritariamente a las especificidades de género, el análisis se centrará en situaciones que afecten de manera

exclusiva o diferente a las mujeres, con especial énfasis en las que representen inequidades en función del género.

Es imprescindible llamar la atención sobre el hecho de que el contenido amplio y positivo de la noción de salud como "**estado de completo bienestar físico y social, y no simplemente como ausencia de enfermedad**" no se refleja cabalmente en este documento, dado que el grueso de la información de base proviene del repertorio disponible de indicadores —esencialmente negativos— de enfermedad y muerte. La operacionalización de salud como componente intrínseco del desarrollo humano, amplificador de opciones dentro de un contexto participativo y democrático, constituye un reto metodológico al cual apenas se está empezando a responder, y el escaso avance en tal sentido se traduce en vacíos de conocimiento que se evidencian en el contenido de este trabajo.

Con respecto a la organización del presente trabajo, cabe señalar que se ha dividido en cuatro secciones: en la primera se exponen los elementos principales del marco conceptual que orientó la selección y análisis de temas; en la segunda, que constituye el cuerpo central del documento, se describen las principales características de la situación de salud de las mujeres de la región a lo largo de su ciclo de vida; en la tercera se reseña muy sucintamente el papel desempeñado por las mujeres en el proceso de construcción de la salud en las Américas; finalmente, a manera de conclusión, se presentan algunos elementos esenciales para la elaboración de políticas de salud.

II.- EL MARCO CONCEPTUAL

Tradicionalmente, el tratamiento de las mujeres como subgrupo poblacional importante en el campo de la salud se ha centrado en la consideración de su rol reproductivo-materno, en menoscabo del examen y ponderación del amplio rango de necesidades, riesgos y contribuciones ligados a los múltiples papeles que la mujer cumple en las distintas etapas de su vida. Además, la visión parcializada de las mujeres como fuente de problemas que requieren atención ha oscurecido la realidad del papel fundamental que han desempeñado y desempeñan en la solución de esos problemas. Mínima ha sido, por tanto, la atención dirigida a aspectos de la salud de las mujeres no directamente vinculados a su función reproductiva, como mínima ha sido, también, la consideración dada a las circunstancias del ambiente social y económico que inhiben su capacidad para proteger y promover su propia salud y la de sus familias (ICRW, 1989).

Históricamente, en el contexto de la salud pública, el tema de la atención a la mujer ha sido abordado con una visión instrumentalista dentro de un enfoque en el que se combinan elementos de corte asistencial y eficientista: asistencial en el sentido de que las mujeres son vistas fundamentalmente como "grupos vulnerables" (junto con los niños, los ancianos y los discapacitados), objeto pasivo de atención; y eficientista, en la medida en que los programas y proyectos de salud familiar y comunitaria se apoyan en los roles femeninos tradicionales materno-doméstico y de servicio voluntario a la comunidad, como componentes esenciales para la consecución de las metas de tales intervenciones.

El énfasis instrumentalista se ha puesto de manifiesto en el enfoque de la atención de salud de la mujer como vehículo para lograr la salud de otros, orientación que ha sido fundamentalmente influida por la perspectiva médica respecto del impacto de la salud materna en la salud perinatal e infantil. Hasta hace relativamente poco tiempo, los programas de medicina preventiva dirigidos a las mujeres se concentraban en la atención prenatal —con miras a producir infantes y niños saludables— y se dejaban de lado otros aspectos importantes de la salud femenina. Recién en la década de 1950, ante la amenaza de una "explosión demográfica", los servicios de planificación familiar comenzaron a destacarse como actividad sanitaria preventiva en los países en desarrollo, y la atención se dirigió entonces a las mujeres, con el fin de lograr la reducción de la natalidad. Posteriormente, en los años setenta, al reconocerse la importancia de la leche materna para el desarrollo sano del niño, el interés del sector se volcó de nuevo hacia las mujeres, como blanco lógico de los programas de promoción de la lactancia materna. Al mismo tiempo, las iniciativas amplias sobre supervivencia infantil llevadas adelante en la década de 1980 centraron el enfoque en las madres, al hacer recaer en ellas la responsabilidad de ejecutar las estrategias básicas para la protección de la salud de los niños, sin concebir paralelamente mecanismos que apoyaran y facilitaran tal tarea. Más recientemente, las campañas para la prevención del SIDA, que durante años habían ignorado a la población femenina, comenzaron a dirigirse a las mujeres; esta reorientación, sin embargo, se ha manifestado más en una preocupación por su papel como transmisora potencial de la enfermedad a los hijos por nacer y a sus compañeros sexuales, que en una atención de la salud de la mujer por ella misma (Faúndez y otros, 1989).

Una excepción a este tratamiento instrumentalista dado a la mujer por el sector de la salud ha sido la iniciativa denominada "Maternidad sin riesgo", que surgió a fines de los años ochenta con el objeto de reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo. Dicho movimiento ha propiciado decisivamente el diseño de programas de atención dirigidos a la mujer por derecho propio y ha contribuido, además, a crear conciencia pública en torno del hecho que los persistentes y altos niveles de mortalidad materna reflejan la posición de desventaja que ocupa la mujer en la sociedad. Sin embargo, es importante enfatizar que tal iniciativa, aunque pionera en el campo de la atención

de la salud femenina, sólo se ocupa de las mujeres madres, factor que no contribuye a desmitificar la ideología predominante sobre la centralidad del rol biológico-reproductor de la mujer; en efecto, la concentración del interés científico en la mortalidad materna tiende a reforzar la creencia de que los procesos biológicos vinculados a la procreación representan el riesgo más significativo para la salud de las mujeres de los países en desarrollo, lo que distrae la atención de otras amenazas importantes (Richters, 1992), tales como las deficiencias nutricionales; la doble o triple carga de trabajo (doméstico, productivo y comunitario); el cáncer ginecológico y otras enfermedades crónicas; las enfermedades de transmisión sexual; la violencia en el hogar, y las inferiores condiciones en cuanto a trabajo y prestaciones sociales en las que tiene que desenvolverse una proporción mayoritaria de mujeres.

El enfoque de la "integración de la mujer en el desarrollo" que dominó el escenario internacional durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, penetrando en el ámbito de la salud desde los años ochenta, partió de la premisa errónea de que la mujer estaba fuera del proceso de desarrollo. Las respuestas a esta supuesta exclusión se canalizaron, entonces, por la vía de políticas y proyectos que buscaban optimizar la contribución de la mujer a la sociedad mediante un desempeño más eficiente de sus papeles tradicionales de responsable de la salud familiar y gestora voluntaria de la salud comunitaria. A partir de las políticas de ajuste estructural de esa década, los roles femeninos tradicionales se convirtieron, de manera explícita, en soportes básicos para el cumplimiento de objetivos de eficiencia en el proceso de desarrollo. Así, ante la disminución de los recursos de los servicios de salud, los programas de atención, para reducir sus costos operacionales, recurrieron a un uso más intensivo del trabajo no remunerado de las mujeres en el desempeño de sus roles tradicionales: el materno-doméstico —protección de la salud del grupo familiar— y el comunitario —provisión de recursos básicos para la supervivencia de la colectividad. Tal intensificación se planteó a partir de un concepto elástico del tiempo disponible de las mujeres (Moser, 1993, p. 70), y éstas se convirtieron en foco de la atención por su capacidad para compensar, en forma gratuita, los recortes impuestos a los servicios de salud.

La reciente introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud ha tornado visibles las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de hombres y mujeres. El objetivo central de este nuevo enfoque ha sido el de develar aquellos mecanismos que, a partir de la división social del trabajo según sexo, crean o refuerzan desigualdades intergeneracionales. Tales desigualdades se manifiestan en términos no sólo de la exposición a riesgos, sino fundamentalmente de las relaciones de poder con respecto a los recursos para encarar dichos riesgos, proteger la salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario. De manera generalizada, esta relación de poder ha favorecido a los varones, en tanto que a las mujeres las ha situado en una posición de desventaja y subordinación con respecto a ellos.

La aproximación a la temática del género en el campo de la salud no excluye, pero sí desborda, el ámbito de lo fisiológico, para centrarse en la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social que se plasman en desigualdades según sexo en los perfiles epidemiológicos y en el trabajo de la salud (Gómez Gómez, 1993b). Se entiende, desde luego, que no todas las diferencias en materia de salud entre los sexos implican falta de equidad; tal significado se restringe a aquellas diferencias sistemáticas en cuanto a la probabilidad de gozar de salud, o de enfermar y morir, que son innecesarias o evitables, además de injustas (Whitehead, 1990, p. 7). Cabe aclarar también que la

inequidad de género referida al trabajo en salud no alude a la simple diferenciación de roles en el cuidado de la salud familiar y colectiva. El carácter de inequitativo radica en que esta diferenciación de actividades, lejos de ser neutra, es asimétrica en términos de niveles de responsabilidad, poder y reconocimiento relacionados con el desempeño de dichas actividades.

Dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia en la salud de las personas y el papel que éstas desempeñan en el mejoramiento de la salud: la **socialización** y el **control institucional** (Epstein, 1988). Por una parte, la internalización de las expectativas que rigen los paradigmas de masculinidad y femineidad permite que la sociedad encauce de manera diferenciada la motivación de hombres y mujeres para elegir entre alternativas de conducta que tienen implicaciones variables en cuanto a exposición a riesgos y acceso a los recursos necesarios para la protección de la propia salud y la de los demás. Por otra parte, y controlando estructuralmente esta selección, las instituciones: i) sancionan positiva o negativamente el acatamiento o la desviación de los estereotipos de masculinidad y femineidad; ii) discriminan según sexo para dar acceso a determinadas actividades o posiciones que conllevan dominio de diferentes magnitudes de recursos (discriminación que incluye la retribución diferenciada según sexo a personas que realizan una misma actividad); y iii) establecen prioridades distintas en la asignación de recursos destinados a responder a las necesidades específicas de mujeres y hombres.

Esta óptica de género permite trascender los enfoques tradicionales sobre la salud de las mujeres y el rol de éstas en la provisión de salud, y trasladar el centro de interés desde la categoría de mujer *per se* y su integración en el proceso de desarrollo, hacia temáticas ligadas a las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, el impacto de estas relaciones en el desarrollo, y las fuerzas que las perpetúan o modifican (Canadian Council for International Cooperation/MATCH International Centre/Association québécoise des organismes de coopération internationale, 1991). Tal orientación ha contribuido a expandir el horizonte predominantemente biomédico de la atención sanitaria, al estimular una visión no sólo más abarcadora del proceso salud-enfermedad, sino también más crítica respecto de las bases de justicia en las que se sustentan la sociedad y el sistema de salud.

El concepto de equidad, con particular referencia al acceso y control diferencial que tienen ambos sexos con respecto a los recursos de salud, constituye el eje vertebrador del enfoque del presente análisis. Este concepto de equidad se funda en la noción de "necesidad", que apunta a una distribución de recursos y servicios de salud basada en criterios no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferenciada, que responda a los requerimientos particulares de esos individuos o grupos. Una manifestación importante de la falta de equidad en materia de salud se refiere, por tanto, a los casos evitables de enfermedad, discapacidad y muerte (CEPAL, 1994, p.7).

Cada grupo tiene un perfil de necesidades y de problemas derivados de las condiciones mencionadas [biológicas, ecológicas, culturales y económicas] que requieren acciones de salud y de bienestar específicas. Por lo tanto, para el logro de la equidad se requiere que la sociedad reconozca la diversidad de problemas y propicie respuestas sociales adecuadas en términos de acciones de salud y bienestar que permitan el desarrollo de condiciones de vida saludables, así como la prevención y curación de problemas específicos de salud (CEPAL, 1994, p.30).

Lo anterior implica que para lograr la equidad de género, el sector de la salud debe

identificar y responder a las necesidades y riesgos particulares que derivan tanto de los factores biológicos propios del sexo femenino, como de la situación de desventaja social en que, como grupo, se encuentran las mujeres con respecto a niveles de acceso a los recursos necesarios para la protección de la salud (propia y de otros), y de control sobre ellos.

Las consideraciones de equidad en la distribución de recursos relacionados con la salud se refieren tanto a los recursos privados a nivel intrafamiliar, como a los públicos existentes en las áreas de atención, seguridad social e investigación. En este contexto se subraya la importancia de ponderar el diferencial de poder entre mujeres y hombres **"en la medida en que la asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales"** (CEPAL, 1994, p.22).

Un ejemplo ilustrativo de la asignación diferencial de recursos es el de la investigación biomédica, que tradicionalmente se ha concentrado en problemas que afectan preferentemente a los hombres, en tanto que las mujeres han sido sistemáticamente excluidas de las pruebas clínicas por considerarse que el ciclo menstrual introduce elementos que potencialmente podrían confundir el análisis de la información; una consecuencia de esta exclusión ha sido que los hallazgos sobre efectividad e inocuidad de ciertas intervenciones no pueden extenderse con certeza a las mujeres. En países industrializados, como Canadá y Estados Unidos, la presión organizada de las mujeres ha creado conciencia pública sobre este fenómeno y ha logrado que se aumenten los recursos estatales asignados a la investigación de enfermedades que afectan particularmente a las mujeres, tales como: cáncer de mama, osteoporosis, endometriosis y otras alteraciones vinculadas a la menopausia. En Estados Unidos, esta campaña de las mujeres ha resultado incluso en un mandato legal que dispone que en las investigaciones financiadas por el Estado, particularmente los ensayos clínicos, se incluya una participación femenina apropiada con el fin de asegurar la aplicabilidad de los resultados de dichas pruebas a la otra mitad de la población (Kirschstein, 1991, pp. 291-293).

Es esencial destacar aquí que la inequidad intergenerica puede verse agravada por otros problemas de falta de equidad social, mas no por ello puede ser asimilada a éstos. La esencia de la inequidad intergenerica, la subordinación —social, económica y política— de la mujer, es un patrón que cruza regiones geográficas, culturas, sistemas políticos, clases sociales, razas, etnias, edades y estadios de desarrollo. Como se documenta en el informe ya citado sobre desarrollo humano (PNUD, 1993) y lo confirman numerosos estudios contemporáneos, la inequidad intergenerica no es exclusiva de los países o de los sectores pobres, ni tampoco se resuelve con el desarrollo económico. En este plano, cabe llamar la atención sobre el hecho ampliamente reconocido de que ciertas iniciativas de desarrollo económico, lejos de haber reducido la desventaja relativa de la mujer con respecto al varón, han contribuido a ahondar la brecha económica y de poder entre los sexos.

Al mismo tiempo, es indispensable reconocer el riesgo que implica pasar por alto la heterogeneidad interna de la categoría género, y el consiguiente imperativo de incorporar en el análisis el efecto que variables tales como raza, etnia, edad y clase social ejercen en las necesidades no satisfechas de las mujeres y en el carácter y la dimensión de las desigualdades inter e intragenéricas.

III. LA SALUD DE LAS MUJERES A COMIENZOS DE LA DÉCADA DE 1990

Universalmente, las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres. Así, en condiciones normales, las tasas de mortalidad femenina muestran propensión a ser más bajas que las masculinas en todas las edades, particularmente durante el período perinatal y la primera infancia. La presencia de un componente biológico en tal ventaja ha sido ampliamente documentada en la literatura y encuentra confirmación adicional en el hecho de que este fenómeno no es exclusivo de la especie humana, sino que se constata en casi todas las formas de vida animal (López, 1984). Por lo tanto, la presencia de desviaciones del patrón normal de sobremortalidad masculina entraña elementos determinantes cuyo origen merece ser indagado. Se ha visto, por ejemplo, que allí donde existen factores de orden social que actúan en detrimento de la mujer, la ventaja de la supervivencia femenina se estrecha, e incluso llega incluso a invertirse en algunos grupos de edad. Este fenómeno ha sido observado fundamentalmente en las edades reproductivas, vinculado a la mortalidad por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; se ha detectado, también, en el grupo de uno a cuatro años de edad, hecho que se ha sometido a intensivo examen en China y en algunos países del sudeste asiático, el oriente medio y África del norte, y ha sido objeto de recientes investigaciones en algunos países de las Américas (Gómez Gómez, 1993c).

En el contexto de las diferencias según sexo en materia de salud, es esencial resaltar que la ventaja de supervivencia que exhibe el sexo femenino no equivale a una mejor salud. La mortalidad es solamente un indicador del deterioro extremo de la salud y no puede dar cuenta de las variaciones en la calidad de vida de los supervivientes. La evidencia empírica indica que las mujeres, lejos de disfrutar de una mejor salud, tienden a presentar una mayor morbilidad que el varón, que se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos a lo largo de la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más elevados de discapacidad en el corto y el largo plazo (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992). Esta diferencia biológica, que en el caso de la morbilidad no favorece a la mujer, se ve agravada por el menor acceso relativo que ésta tiene a recursos básicos para la protección de la salud (nutrición, servicios de salud, seguridad social), en grados que varían según el sector social, el grupo étnico, el lugar de residencia y la edad.

Como se mencionó al comienzo de este trabajo, el análisis de la situación de salud de las mujeres se centrará en aquellas condiciones o situaciones que son **exclusivas**, **más predominantes**, o **más serias**, entre las mujeres, o ciertos subgrupos de mujeres; que envuelven **factores de riesgo diferentes** o implican **intervenciones distintas** en el caso de las mujeres, o de ciertos subgrupos de ellas; o que las afectan diferentemente en términos de **acceso** y **calidad** con respecto a la prestación de recursos.

El examen de este tema se ha organizado en torno de cuatro períodos amplios del ciclo vital: i) niñez; ii) adolescencia; iii) edad adulta; y iv) edad mediana y vejez, así como de algunos problemas que afectan desproporcional o diferencialmente a las mujeres y que se presentan en diversas etapas de sus vidas.

El grueso de la información disponible se relaciona con las áreas tradicionales de mortalidad y fecundidad; las fuentes principales al respecto son los informes oficiales de mortalidad enviados anualmente por los países a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 1979 y 1990 (período que coincide con el de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9), la base de datos del Programa Materno Infantil de la OPS, y las Encuestas de Demografía y Salud efectuadas entre 1986 y 1990 en 11 países de la región (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tabago). El examen de la morbilidad —particularmente de la no ligada a la función reproductiva— y de ciertos aspectos relacionados con la calidad de vida, se apoya fundamentalmente en

estudios de tipo local.

Además, con el fin de ofrecer un marco de referencia panorámico sobre la contribución diferenciada según sexo de las distintas enfermedades y traumatismos a la carga de morbilidad regional, se utilizaron las estimaciones sobre años de vida saludable perdidos a causa de muerte prematura y discapacidad (AVAD o años de vida ajustados en función de la discapacidad), realizadas conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (Banco Mundial, 1993). Pese al carácter controversial de la metodología utilizada para calcular estos indicadores —particularmente en lo que se refiere al tinte "economicista" de la valoración de la pérdida— se resalta aquí su utilidad como instrumento estandarizado para establecer comparaciones entre los sexos, particularmente durante las edades productivo-reproductivas.

En cuanto a calidad de la información regional sobre mortalidad, es necesario llamar la atención sobre los serios problemas de confiabilidad de que adolecen los registros de defunciones en la mayoría de los países de la región, particularmente en aquellos con altos niveles de mortalidad. Estas limitaciones no son sólo atribuibles al subregistro de defunciones, sino también a la elevada proporción de causas mal definidas y al alto número de registros sin información sobre la causa de muerte. Tales insuficiencias de la información dificultan la comparación de los niveles de mortalidad entre países, pero interfiere menos significativamente al comparar la mortalidad entre los sexos dentro de cada país; un aspecto de la mortalidad **diferencial** sobre el que por lo general se dispone de estadísticas de salud razonablemente confiables es el relativo a la disparidad entre los sexos (López, 1984), hecho que obedece a la naturaleza normalmente inequívoca de la clasificación de los individuos según sexo.

El análisis de la mortalidad por causas se restringió, para ciertas de ellas, a los 10 países con las más bajas proporciones de subregistro de muertes y de decesos atribuidos a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos". En orden descendente según cobertura diagnóstica estimada, estos países fueron: Canadá, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica, Argentina, Uruguay, México, Chile, Guatemala y Venezuela. No fueron incluidos países del Caribe en los que, pese a reunirse requisitos de cobertura diagnóstica, el reducido volumen de población y, por ende, de defunciones, torna difícil el análisis estadístico.

Es importante enfatizar que, además de las limitaciones generales en cuanto a disponibilidad y calidad de información con que se aborda cualquier tipo de análisis en materia de salud, al examinar las especificidades ligadas al género se tropieza con la restricción adicional de que es poco frecuente que las estadísticas de salud se publiquen desagregadas por sexo y, además, con la reconocida inferior calidad de los registros sobre algunas condiciones que afectan exclusivamente a las mujeres, como sería el caso, por ejemplo, de la mortalidad materna.

A. INFANCIA Y NIÑEZ

La Organización Mundial de la Salud ha destacado el hecho de que en los países donde las niñas reciben la misma atención que los niños, la oportunidad de sobrevivir a los primeros cinco años de vida es de 1,01 en favor de las primeras (OMS, 1980). Ante esta tendencia universal que, como ya se señaló, responde a factores de origen genético, la detección de sobremortalidad femenina durante la niñez puede considerarse como una

importante señal de alarma que apunta a la probable presencia de un severo problema social: la discriminación en contra de las niñas (Waldron, 1987).

En América Latina y el Caribe, el patrón esperado de sobremortalidad masculina se ha mantenido durante la última década, de manera más o menos generalizada, para los menores de un año (mortalidad infantil). Esta misma tendencia ha sido menos consistente en el grupo de uno a cuatro años de edad (mortalidad en la niñez o posinfantil) durante el mismo período. Con la cautela que exige la extracción de conclusiones a partir de información deficiente, hay que llamar la atención sobre el hecho de que las cifras oficiales remitidas a la OPS entre 1979 y 1990 sugieren que en 11 de 19 países americanos la mortalidad femenina habría sido más alta que la masculina para el grupo de edad de uno a cuatro años, en uno o más años del período en cuestión.

La hipótesis sobre la ocurrencia de este tipo de fenómeno en un número importante de países de la región es apoyada por la información proveniente de las encuestas de demografía y salud (EDS). Estas coinciden en sugerir que existe una sobremortalidad femenina entre el grupo de uno a cuatro años de edad, en 9 de los 11 países investigados, y para uno o más períodos de tiempo (véase el cuadro 1); en los dos países restantes, las tasas de mortalidad femenina fueron iguales a las masculinas, fenómeno que —dada la norma de una mayor mortalidad masculina— podría también categorizarse como sobremortalidad femenina.

La información anterior en su conjunto sustenta dos posibles conclusiones: la primera es que en la región los casos de mayor mortalidad femenina en la niñez no constituyen fenómenos anecdóticos de rara ocurrencia, o son necesariamente producto del azar estadístico; por el contrario, parecieran ser lo suficientemente frecuentes como para emerger en los promedios nacionales de un número no desdeñable de países de la región. La segunda es que el patrón de variación en el tiempo de este fenómeno no sugiere que tal desviación del patrón natural de mortalidad sea patrimonio del pasado o se encuentre necesariamente en vías de desaparición gracias al avance del desarrollo económico.

En cuanto al origen de la posible sobremortalidad de las niñas, la información oficial sobre causas de defunción remitida por los países a la OPS proporciona algunas pistas. Sobre la base de indicios previos sobre muertes prevenibles (Gómez Gómez, 1993a) se seleccionaron cinco grupos de causas que pudieran reflejar el efecto de patrones diferenciales de cuidado preventivo y restaurador de la salud infantil a partir de las familias. Así, en los 10 países de la región que cuentan con registros más confiables, se sometieron a escrutinio las tasas específicas de mortalidad por sexo según los siguientes grupos de causas: i) deficiencias nutricionales; ii) enfermedades de la niñez prevenibles por inmunización (EPI): sarampión, tos ferina, difteria, poliomelitis, tétanos; iii) enfermedades respiratorias agudas (IRA); iv) enteritis y otras enfermedades diarreicas; y v) accidentes y violencia. En el cuadro 2 se presentan las relaciones entre las tasas de mortalidad masculina y femenina por tales causas alrededor de 1980, 1985 y 1990.¹ Estas cifras destacan cinco situaciones importantes:

i) en 4 de los 10 países de este grupo se registra sobremortalidad femenina para el total de muertes por todas las causas, en algún punto durante el período;

En éste y los demás cuadros sobre mortalidad los países aparecen en orden descendente según la expectativa de vida de las mujeres al nacer, atributo que se relaciona positivamente con el nivel de desarrollo económico.

ii) las mayores diferencias de mortalidad entre mujeres y hombres, desfavorables para los últimos, se presentan en el caso de las causas externas (accidentes y violencias), hecho que señala el inicio temprano de la mayor exposición de los varones al riesgo de morir por causas no naturales;

iii) pese a la ventaja genética del sexo femenino en cuanto a resistencia a las infecciones y la muerte, en 7 de los 10 países que figuran en el cuadro —y para uno o más años durante el período— una proporción mayor de niñas que de niños murió por causas evitables, derivadas de deficiencias nutricionales, falta de inmunización o insuficiente búsqueda de atención oportuna;

iv) el número de casos de sobremortalidad femenina se incrementa drásticamente si se excluyen las muertes por causas externas (accidentes y violencias) del total por todas las causas;

v) aunque la sobremortalidad femenina durante la infancia aparece más frecuentemente en los países de menor desarrollo económico, tampoco está ausente en los industrializados.

Estudios realizados en Asia, Africa y América sugieren que en la distribución intrafamiliar de alimentos se tiende a proporcionar a las niñas una cuota menor en cantidad y calidad que la que reciben los varones (Ravindran, 1986; Gómez Gómez, 1993c). Dada la relativa escasez de investigaciones sobre nutrición a nivel poblacional y la falta de desagregación por sexo en la mayoría de los informes publicados al respecto, las diferencias por sexo en materia nutricional tienden a estar aún menos documentadas. Como lo sugiere el cuadro 2, probablemente las deficiencias nutricionales constituyen la causa que con mayor frecuencia se vincula a una sobremortalidad femenina en la niñez, no sólo debido al número de defunciones atribuidas directamente a tales deficiencias, sino también por el hecho de que la desnutrición es la causa indirecta de más de 50% de las muertes infantiles registradas en América Latina y el Caribe (Puffer y Serrano, 1973). En términos de nivel de incidencia, en algunos estudios, tales como las EDS, se ha mostrado que, pese a la mayor resistencia biológica de las niñas a la desnutrición, en tres de los cinco países en que se obtuvo información antropométrica (Trinidad y Tabago, 1987; Colombia, 1986; y Guatemala, 1987) (Gómez Gómez, 1990), se registraban casos en que la desnutrición era más frecuente entre las niñas que entre los varones. La más alta incidencia de la desnutrición de las niñas en esos tres países puede observarse también en las cifras presentadas por el UNICEF para el mismo período (Carlson y Wardlaw, 1990, p. 56).

Cabe destacar que la mayor incidencia de deficiencias nutricionales detectada entre las niñas se ha relacionado más con la categoría de desnutrición aguda (déficit de peso con respecto a talla), que con la de desnutrición crónica (déficit de talla con respecto a edad) o global (déficit de peso con respecto a edad).

En el cuadro 3, basado en información proveniente de las EDS en ocho países de la región, se ilustra otro aspecto importante del tratamiento diferenciado según el sexo de los hijos: la búsqueda de atención médica en presencia de enfermedad, en este caso particular, de síntomas asociados con enfermedades respiratorias agudas, fiebre y diarreas. Las cifras revelan que, ante tales síntomas de enfermedad, las niñas tienden a ser llevadas al servicio médico con frecuencia mucho menor que los niños varones, sin que parezca que este patrón de comportamiento esté ligado a niveles relativos de desarrollo económico.

Es importante enfatizar que el tratamiento diferenciado por sexo en materia de alimentación y atención de la salud durante la niñez, el período más vulnerable de la vida,

aunque sólo en casos extremos conduzca a una sobremortalidad femenina, reviste consecuencias perjudiciales para la salud, que contribuyen a reforzar la inequidad de género en cuanto a oportunidades de supervivencia y de calidad de vida. Valga recordar que la desnutrición aumenta la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, retarda el crecimiento, es causa de fatiga crónica, y obstaculiza el desarrollo físico e intelectual normal; en las mujeres, además, puede impedir el normal crecimiento de los huesos pélvicos, atrofia que conduce posteriormente a partos obstruidos, causa frecuente de mortalidad materna y perinatal.

La probable existencia de prácticas discriminatorias con respecto a la nutrición y el cuidado de la salud en la niñez es, en consecuencia, un problema que demanda urgentemente investigación e intervención, dada la gravedad de sus repercusiones —a corto y largo plazo— en la salud y el desarrollo.

B. ADOLESCENCIA

Superados los problemas comunes de la infancia, la meta de lograr equidad entre los sexos en materia de salud deja de enfocarse en el mejoramiento del acceso de la mujer a los mismos recursos que sostienen la salud y la calidad de vida de los varones, y se desplaza hacia la meta de lograr que, a partir del reconocimiento de la especificidad de las necesidades, los riesgos y los roles de hombres y mujeres, se diseñen intervenciones también específicas, y se tomen decisiones de inversión acordes.

Cabe destacar aquí el impacto diferenciado según sexo que algunos factores causales ejercen sobre la supervivencia y la calidad de la vida de los adolescentes. Estos factores son: i) inicio de la actividad sexual, que se vincula a embarazos prematuros, complicaciones del embarazo y el parto, aborto y enfermedades de transmisión sexual; ii) problemas nutricionales derivados principalmente a los mayores requerimientos de hierro que la menstruación impone a las jóvenes; iii) conductas de riesgo asociadas con accidentes y violencia, así como con abuso de sustancias nocivas, conductas éstas que guardan estrecha relación con la salud mental e inciden en la autoestima y el proceso de autoidentificación de los jóvenes con estereotipos de género.

La actividad sexual determina la mayor diferencia cualitativa con respecto a los riesgos de salud que enfrentan uno u otro sexo; tal diferencia se vincula fundamentalmente a los riesgos inherentes al embarazo y el parto que, obviamente, no afectan al varón. Este tema se discutirá en la siguiente sección sobre salud reproductiva, con referencias específicas a la adolescencia.

En términos cuantitativos, la brecha más amplia entre las tasas de mortalidad de ambos sexos se relaciona con las llamadas causas "externas" de defunción y discapacidad, que incluyen accidentes, homicidios, suicidios, intervenciones legales y acciones bélicas. Para este conjunto de causas (y para cada una de ellas) entre los adolescentes varones se registran tasas de mortalidad que llegan a quintuplicar las correspondientes a las jóvenes, como lo demuestra la información oficial sobre mortalidad (no presentada aquí) enviada por los países a la OPS. La diferencia entre los sexos en cuanto a muertes por causa de accidentes y violencia se amplía aún más en las edades adultas, como podrá apreciarse en las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial sobre años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad en la población total de la región

(véase el cuadro 11). Este fenómeno, como se señaló anteriormente, comienza a vislumbrarse desde la infancia y va aumentando a la par con la edad, hasta alcanzar a su máximo en edades adultas jóvenes, como resultado de los comportamientos agresivos, temerarios y violentos que los hombres exhiben con mucho mayor frecuencia que las mujeres. Debe mencionarse que, en relación con los suicidios, aunque la tendencia también apunta a la sobremortalidad masculina, en algunos casos se observa una mayor mortalidad femenina que masculina —como por ejemplo entre los adolescentes de Colombia y Brasil; además, en general, la frecuencia de intentos de suicidio es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Aunque las causas de la mayor proclividad del sexo masculino hacia conductas temerarias, agresivas y violentas pueden tener un componente biológico (tema sobre el cual no existe acuerdo), es un hecho innegable que tales diferencias de comportamiento entre los sexos son reforzadas y perpetuadas por definiciones culturales opuestas de masculinidad y de feminidad que actúan como factores destructivos para los hombres y protectores para las mujeres. También es un hecho indisputable que las profundas diferencias entre países en cuanto a la incidencia de conductas temerarias y violentas acusa el decisivo efecto que ejerce la sociedad en las manifestaciones de este posible factor biológico.

Otro comportamiento de riesgo de especial relevancia durante la adolescencia se refiere a las conductas de experimentación que implican riesgos para la salud. En estas edades, la iniciación en el consumo de alcohol, tabaco y drogas está ocurriendo cada vez con mayor frecuencia y más tempranamente, y aunque el abuso de tales sustancias es todavía más predominante entre los varones, su ritmo de aumento, específicamente en lo que se refiere al tabaco, es más acelerado entre las mujeres. Esta tendencia ha determinado que en edades jóvenes la brecha entre los sexos en cuanto al consumo de cigarrillos sea cada vez más estrecha y en algunos países incluso se haya cerrado.

Finalmente, debe resaltarse la importancia del factor nutricional como diferenciador de la salud de hombres y mujeres. Con el advenimiento de la menstruación, los requerimientos de hierro de las mujeres aumentan más que los de los hombres, necesidad que, además, se intensifica durante el embarazo y la lactancia. Con mucha frecuencia, para algunos grupos de mujeres, la satisfacción de estos requerimientos se ve obstaculizada por patrones culturales que crean o agravan el déficit existente. Así, en los sectores pobres, el déficit nutricional que ocasiona la escasez de recursos es agravado por patrones que privilegian al varón en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal del hierro requerido en mayor cantidad por el organismo femenino. Otra forma de privación nutricional que afecta predominantemente a la población femenina y adolescente se da en países industrializados y en estratos altos de los países en desarrollo; se trata de los desórdenes alimentarios autoimpuestos, frecuentemente letales (anorexia nerviosa y bulimia), cuyo origen es el deseo de las mujeres adolescentes de conformarse a patrones culturales que enfatizan la belleza física de la mujer como valor central y, en ese contexto, la delgadez.

C. EDAD ADULTA

El goce de salud dentro del tramo etario comprendido entre la juventud y la edad

mediana tiene para las mujeres una relación particular y estrecha con el ejercicio de sus derechos reproductivos, esto es, el de decidir sobre su sexualidad y su maternidad, así como con el derecho a preservar su salud y su vida en el proceso de reproducir la especie. Por su ligazón con la salud reproductiva se incluye en esta sección el tema del cáncer ginecológico. Otros factores y aspectos condicionantes de la salud de las mujeres, vinculados a los múltiples roles que desempeñan durante esta etapa de su vida, serán examinados en la sección en que se tratan los problemas que se extienden a los distintos estadios de su ciclo vital.

a) *Salud y derechos reproductivos*

El concepto amplio de salud reproductiva de las mujeres comprende la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temores de infección o embarazo no deseado, de poder regular su fecundidad sin arriesgarse a sufrir efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y un parto seguros, y de dar a luz y criar niños saludables (Germain y Antrobus, 1989).

A continuación se examina la situación de salud de las mujeres de la región con respecto a tres de los componentes de esta definición: el derecho a la maternidad voluntaria; el derecho a vivir saludablemente su embarazo, parto y puerperio; y el riesgo de contraer infecciones del tracto reproductivo, incluidas las enfermedades de transmisión sexual.

b) *Salud y regulación de la fecundidad*

El derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos ha sido consagrado como un derecho básico de la pareja, particularmente de la mujer, sobre quien recaen no sólo las consecuencias biológicas del embarazo, el parto y el amamantamiento, sino también la responsabilidad culturalmente asignada del cuidado de los hijos. Como se afirma en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer (1985), el hecho de que la mujer tenga la posibilidad de controlar su propia fecundidad constituye la base fundamental para el ejercicio de otros derechos.

En términos del impacto de la regulación de la fecundidad en la salud de la mujer, se ha demostrado que los embarazos muy numerosos, muy seguidos o en las edades extremas del ciclo reproductivo, constituyen un riesgo para la salud y la supervivencia tanto de la madre como del hijo; este riesgo, además, se ve multiplicado por las carencias nutricionales y de servicios que caracterizan a los sectores en situación de pobreza.

En este contexto de maternidad voluntaria es importante recordar que la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad son también componentes de la regulación de la fecundidad y que, pese a que no se examinarán en este estudio, tanto la infertilidad como las nuevas técnicas de reproducción asistida (Serrano Lavertu y Linares Parada, 1993), ejercen un mayor impacto fisiológico y social en la mujer que en el varón.

c) *Factores de riesgo vinculados al insuficiente ejercicio del derecho a regular la propia fecundidad*

i) *Alta frecuencia de embarazos.* El riesgo de morbilidad materna es mayor entre las mujeres que completan cinco o más embarazos. La frecuencia de este riesgo a nivel de la población en su conjunto se ha reducido grandemente, en virtud del notable descenso de la fecundidad registrado en la región a partir de los años sesenta. Las cifras de la última década para América Latina y el Caribe muestran que, con la excepción de Cuba, dicha tendencia decreciente se mantuvo, con distintas intensidades, en todos los países de la región, destacándose ésta como la que presentó el mayor descenso de su tasa global de fecundidad² en el mundo: de 4.1 a 3.1 hijos por mujer durante ese período. Cabe destacar que todavía nueve países de la región (Bolivia, Paraguay, Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Haití y Granada) exhiben tasas superiores a cuatro hijos, y que éstas, por su carácter de promedios, ocultan profundas variaciones dentro de los países. Esto sin mencionar que en las tasas se considera a los nacidos vivos y no los embarazos, sobre los cuales no se cuenta con información a nivel regional.

La heterogeneidad interna de los niveles de fecundidad puede ponderarse a través de las EDS realizadas en 11 países de la región durante la última década.³ Tales encuestas indican, por ejemplo, que en países con tasas globales de fecundidad inferiores a 4.0 hijos, entre 20% y 29% del total de mujeres en edad reproductiva ha tenido ya cuatro o más hijos. Dichas tasas de fecundidad, además, difieren significativamente de acuerdo con variables socioeconómicas tales como residencia urbano-rural y, en particular, nivel de escolaridad de las mujeres (véase el cuadro 4): en los países estudiados, las mujeres de áreas rurales registran, en promedio, de 0.1 a 3.4 hijos más que las que viven en ciudades; a su vez, las mujeres analfabetas tienen entre 1.3 y 5.2 hijos más que las que cuentan con educación secundaria o superior. De las diferencias de fecundidad derivadas de estas dos variables, las más estrechas se encontraron en Trinidad y Tabago y las más amplias en Perú. En dos de los tres países donde se realizaron encuestas consecutivas — Colombia y República Dominicana— estas brechas se redujeron entre 1986 y 1992; en Perú, por el contrario, se expandieron durante el mismo período.

ii) *Embarazos en edades extremas.* En numerosos estudios se ha coincidido en señalar que existe una relación entre complicaciones obstétricas y embarazos en edades inferiores a los 18 años, o superiores a 34. El riesgo más alto recae en las adolescentes menores de 15 años, entre quienes se registra una probabilidad de morir durante el embarazo y el parto que supera de cinco a siete veces la correspondiente a las mujeres de 20 a 24 años, que son las que enfrentan un menor riesgo.

Aunque la relación entre edad y riesgo materno responde a causas médicas inmediatas, también inciden en ella las condiciones socioeconómicas adversas que, por una parte, dan lugar a la ocurrencia de embarazos en edades extremas y, por la otra, restringen el acceso a servicios obstétricos adecuados. Con respecto a la disponibilidad de estos servicios, cabe citar el caso de Cuba, que exhibe las tasas de mortalidad materna más bajas en el grupo etario de 15 a 19 años. Interesa reiterar aquí que la ocurrencia de embarazos prematuros o tardíos constituye, también, un producto social, en la medida en que refleja restricciones en el acceso a información, recursos y opciones alternativas a la maternidad, que hacen difícil que la mujer pueda ejercer control sobre su fecundidad.

La tasa global de fecundidad (TGF) es un promedio teórico de hijos por mujer, no afectado por la distribución etaria de la población. Se estima a partir de la suma de las tasas específicas por edad de las mujeres entre 15 y 49 años de edad.

Estos países son: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tabago.

El descenso de la fecundidad que se produjo en la región durante los últimos 30 años —y que se aceleró durante la década de 1980— ocurrió en todos los grupos etarios, pero no de manera uniforme, ya que varió positivamente con la edad; en otras palabras, la disminución fue menor en los grupos más jóvenes, moderada en las edades intermedias y más pronunciada en los grupos de mayor edad.

Durante la última década, a nivel regional, los grupos de edad superiores a 35 años mostraron tasas de reducción de la fecundidad que oscilaron entre 43% y 68%, muy superiores no sólo al descenso promedio, sino también a los logrados en las dos décadas anteriores, que habían fluctuado en un rango de 17% a 43%. En el otro extremo del tramo etario, de 15 a 19 años, se produjeron las menores reducciones de las tasas de fecundidad, que en algunos países incluso ascendieron ligeramente. Tales aumentos, sin embargo, fueron más bien la excepción que la norma y, en conjunto, la fecundidad adolescente se redujo.⁴ El hecho de que tal disminución haya sido menor que la exhibida por el resto de los grupos de edad, ha determinado un aumento de la contribución de este grupo al total de nacimientos (de 9% en 1950-1955, a 11% en 1985-1990) y, por ende, a la categoría considerada como de alto riesgo.

Es esencial reiterar aquí que la importancia de la problemática del embarazo durante la adolescencia está ligada a aspectos que trascienden los ámbitos médico y demográfico, ya que atañen a la calidad de vida de madres e hijos, a los obstáculos para el desarrollo educativo y social de las madres-niñas y, particularmente, al rango de opciones abiertas a la adolescente que "escoge" convertirse en madre.

Un indicador clave dentro de este contexto de oportunidades de desarrollo para la mujer es, por lo tanto, la **edad al nacer el primer hijo**. A este respecto, las EDS proporcionan información para 10 países. Las cifras del cuadro 5 muestran que la edad mediana de las mujeres al nacer el primer hijo fluctúa, a nivel nacional, entre 19.9 años en Guatemala y 22.1 en Colombia, los países en que se registran las tasas de fecundidad más alta y más baja, respectivamente. Esta información demuestra, además, que la educación ejerce un efecto decisivo en la determinación de esta edad: en siete de los países estudiados, la diferencia de edad al nacer el primer hijo entre las mujeres en los niveles extremos de instrucción sobrepasa los cuatro años, y alcanza a casi seis en Trinidad y Tabago y en Ecuador. El punto determinante de corte se presenta al final de la escuela primaria y el comienzo de los estudios secundarios.

iii) *Embarazos demasiado seguidos en el tiempo*. Los embarazos numerosos y a intervalos demasiado cortos han sido señalados como la causa del **síndrome de agotamiento materno**, atribuible al hecho de que el organismo necesita de dos a tres años para recuperarse completamente de un embarazo, prepararse para el siguiente y amamantar al recién nacido, sin el desgaste adicional de un nuevo embarazo (Omran y Solís, 1992).

Los descensos de la fecundidad no conllevan automáticamente una ampliación de los intervalos entre embarazos. En el caso de la región, como lo indica la evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad, un factor central en este descenso ha sido la terminación temprana del ciclo reproductivo. A eso se agrega el hecho de que el referente de los indicadores de fecundidad sean los nacidos vivos, y no los embarazos, lo que oculta la incidencia de la mortinatalidad y el aborto (espontáneo o inducido), fenómeno este último que alcanza vastas dimensiones en la región. Por otra parte, la alta tasa de uso de anticonceptivos —que se analizará más adelante— hace presumir que una proporción importante de mujeres están espaciando sus embarazos, aun descontando el

En las secciones referidas al grupo adolescente de los capítulos sobre población y salud aparece información más detallada en cuanto a cifras y países individuales.

hecho de que la esterilización femenina sea el método más frecuentemente utilizado en las Américas.

La relación inversa entre la longitud de los intervalos intergenésicos y la mortalidad infantil ha sido ampliamente documentada en la región. No ha ocurrido lo mismo, sin embargo, con respecto al impacto de dichos intervalos en la salud de la mujer, tema que ha sido mínimamente investigado. Un indicador de espaciamiento entre embarazos aparece en las últimas EDS: la duración mediana del intervalo desde el nacimiento previo al último nacimiento anterior a la encuesta. Los países para los cuales se cuenta con este tipo de información son: Colombia (1990), Paraguay (1990), República Dominicana (1991), Brasil (zona nordeste) (1991), y Perú (1992), todos los cuales exhiben diversos niveles de fecundidad.

De acuerdo con las cifras de duración mediana del último intervalo intergenésico en estos cinco países, un 50% de las mujeres, aproximadamente, habría espaciado los nacimientos (en forma planificada o espontánea) más de dos años; tal lapso varió entre 27.6 meses en el nordeste de Brasil y 33.0 meses en Colombia. Este tipo de espaciamiento se advierte incluso entre las mujeres con menores niveles de instrucción, caso en que las cifras correspondientes fluctúan entre 25 meses (Paraguay) y 29 meses (Perú). Sin embargo, de nuevo el factor educativo aparece relacionado con diferencias significativas, que van desde 5 meses (nordeste de Brasil) hasta 20 meses (Colombia), entre las mujeres sin educación y las que cuentan con estudios universitarios.

Las anteriores estadísticas son alentadoras en la medida en que reflejan una importante incidencia de la práctica del espaciamiento intergenésico que favorece la salud de las mujeres. No obstante, debe recordarse que tales cifras corresponden a **medianas** estadísticas, lo que implica que para la otra mitad de las mujeres, aproximadamente, la duración del intervalo se encuentra por debajo del límite que en general se considera como mínimo para permitir la recuperación física de la madre y, más aún, del estimado como deseable en términos de salud infantil.

1. Acceso a tecnologías anticonceptivas

El acceso a tecnologías anticonceptivas constituye un pilar básico del derecho a la maternidad voluntaria. Según estadísticas recientes, en las Américas más de 50% de las mujeres en unión —legal o consensual— está utilizando algún método anticonceptivo (véase el cuadro 6), y que la mayor parte estos métodos corresponde a los llamados "modernos",⁵ vale decir, aquellos que requieren suministros o intervenciones clínicas (anovulatorios, dispositivos intrauterinos, condón, esterilización y diafragmas, entre otros). En las subregiones de las Américas, los más altos porcentajes de práctica anticonceptiva se registran, en orden descendente, en América del Norte (74%), América del Sur (63%),⁶ Caribe (53%) y América Central (49%). En cada una de las tres últimas subregiones se observan, además, profundas variaciones entre los países que las integran en América del Sur, por ejemplo, los porcentajes registrados en Colombia y Brasil duplican el correspondiente a Bolivia; en Centro América, el de Costa Rica casi

La denominación de "tradicionales" cubre las distintas modalidades basadas en abstinencia periódica, coito interrumpido, duchas y métodos de la cultura popular.

Para América Latina no se cuenta con información reciente sobre uso de métodos anticonceptivos en los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay). Dada las bajas tasas de fecundidad que exhiben dichos países se presumen valores superiores a 60%; no obstante, es importante destacar que en dichos países también se registra una alta incidencia del aborto.

triplica el de Guatemala; y en el Caribe, el de Cuba septuplica el de Haití.

En los últimos 15 años la frecuencia del uso de anticonceptivos ha aumentado notablemente en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños para los cuales se cuenta con información, con la excepción de aquellos en que tal nivel ya era alto a mediados de los años setenta. En países como Colombia, México, Paraguay, El Salvador, Haití y Guatemala, el porcentaje de utilización aumentó en más de 100%; en Guatemala, específicamente, se pasó de 4.0% en 1974, a 23.2 % en 1987. En el otro extremo se situó Perú con un incremento más modesto de 17% (Jamison, 1991, pp. A45-A48).

Dentro de los países, las oportunidades para acceder y utilizar la tecnología anticonceptiva —y algunos métodos en particular— también varían en respuesta a factores del entorno social de las mujeres. En el cuadro 7 se puede apreciar la magnitud de tales diferencias entre las mujeres que habitan en zonas rurales o urbanas y entre las que han alcanzado distintos niveles de escolaridad. Como muestran las cifras, tanto el lugar de residencia como el nivel educativo determinan profundos contrastes en cuanto a la utilización de tecnologías anticonceptivas; así, puede advertirse que las mayores desigualdades se producen entre los límites inferior y superior de la escala educativa. En este plano, un caso extremo es el de Guatemala, donde el porcentaje de mujeres que utilizan anticonceptivos resulta seis veces mayor entre las más educadas que entre las situadas en el nivel de escolaridad más bajo. Otra variable que introduce amplias desviaciones con respecto al promedio de uso se refiere a la edad, específicamente a las más jóvenes; en el tramo de 15 a 19 años de edad, en su conjunto, los porcentajes de utilización son los más bajos, incluso comparados con los de la categoría "sin educación". Este menor uso de anticonceptivos entre las adolescentes se agudiza en el caso de las solteras, quienes por no estar "en unión", no entran en la categoría de "expuestas al riesgo de embarazo", foco prioritario de intervención de los programas de planificación familiar. Cabe destacar que en la práctica dicha categoría tiende a excluir no sólo a las solteras, particularmente las más jóvenes, sino también a todos los hombres.

Un indicador no sólo de preferencia (demanda), sino también, indirectamente, de disponibilidad (oferta), es el tipo de método utilizado. La información disponible muestra que los métodos más frecuentemente usados son la esterilización femenina en América Latina, y la píldora anticonceptiva en el Caribe; esta información también permite percibir que en países como Colombia, El Salvador y Brasil durante los últimos 15 años la utilización de anticonceptivos ha aumentado a menor ritmo que la esterilización femenina (Jamison, 1991).

En el cuadro 8 se presenta información reciente sobre frecuencia de utilización de distintos métodos anticonceptivos en 14 países de la región. Los métodos más frecuentemente usados son, en orden descendente, los siguientes: esterilización femenina, anovulatorios orales, abstinencia periódica, dispositivo intrauterino, retiro, anticonceptivos inyectables y métodos vaginales (incluidos espermicidas y métodos de barrera), condón y esterilización masculina.

Las frecuencias de utilización de los distintos métodos ponen de manifiesto que la desigualdad más profunda y ubicua en cuanto al uso de anticonceptivos se da entre mujeres y hombres. En efecto, es esencialmente la mujer quien debe asumir las responsabilidades y riesgos que conlleva el uso de la todavía muy imperfecta tecnología anticonceptiva. Los métodos estrictamente masculinos son los menos utilizados, con una frecuencia inferior a 1% en el caso de la esterilización masculina, y a 2% en la utilización del condón, a excepción del Caribe anglófono y Costa Rica, donde este último método

alcanza frecuencias de hasta 12%, aproximándose así al patrón observado en América del Norte. Cabe destacar el hecho de que estas bajas tasas de uso se registran pese a que la esterilización masculina es un procedimiento más sencillo y comparativamente mucho menos riesgoso que la esterilización femenina, y a que el condón ofrece protección adicional contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Los factores condicionantes de estas diferencias no se pueden atribuir, por lo tanto, a consideraciones económicas o de beneficio para la salud, sino más bien a comportamientos y valores ligados a las definiciones culturales de género que privilegian las preferencias del varón y la integridad física del aparato reproductivo masculino.

Como puede observarse en el mismo cuadro 8, las proporciones más altas —superiores a 30%— de mujeres en unión esterilizadas se registran en República Dominicana, Brasil y El Salvador; con porcentajes intermedios —entre 15% y 21%— figuran Colombia, México y Ecuador; y con proporciones iguales o inferiores a 10% aparecen Bolivia, Perú, Paraguay, Trinidad y Tabago, y Guatemala. Dada la importancia que, dentro del conjunto de métodos anticonceptivos, adquiere la esterilización femenina, no sólo en términos de frecuencia, sino también de repercusiones para la salud física y mental de las mujeres, conviene destacar algunos rasgos del patrón de uso de tal método.

Según la información proveniente de las EDS (véase el cuadro 9), la mediana de la edad al momento de practicarse la esterilización femenina fluctúa entre 28 y 33 años, lo que indica que aproximadamente 50% de las operaciones ocurrió antes de esas edades; en efecto, en los países donde este método es utilizado más frecuentemente (República Dominicana, Brasil y El Salvador), en un 52% a 60% de los casos la esterilización fue practicada antes de los 29 años; esta proporción fue cercana a 42% en Ecuador y Colombia, y fluctuó entre 25% y 35% en el grupo mencionado de países con baja frecuencia de esterilización femenina (excluyendo Bolivia, por falta de información). Interesa destacar, además, que en República Dominicana y El Salvador, una de cada cuatro esterilizaciones fue practicada en mujeres menores de 25 años.

El cuadro 9 ilustra también la importancia relativa de la esterilización femenina dentro del conjunto de opciones anticonceptivas. Las cifras indican que, en el total de usuarias de anticonceptivos, la proporción de mujeres esterilizadas es superior a 30% en 7 de los 11 países estudiados, y a 60% en tres de ellos. Al introducir el factor educación se observa que en todos los países, excepto Bolivia y Perú, el mayor porcentaje de esterilización femenina —dentro de la gama disponible de métodos anticonceptivos— se registra claramente entre las mujeres con menor nivel educativo. En el caso de Bolivia, la inversión de dicho patrón probablemente obedece a factores como accesibilidad geográfica y ausencia de subsidio a la intervención quirúrgica, elementos que se conjugan con la cobertura notablemente menor que han tenido los programas de esterilización en ese país (Ross y otros, 1992).

La significativa magnitud de las cifras sobre esterilización femenina, sumada al carácter de irreversible de tal intervención, a los riesgos que implica,⁷ y a la proporción no desdeñable de mujeres esterilizadas que expresan arrepentimiento y haber carecido de autonomía en el proceso de toma de tal decisión —refiriéndose a otras personas pertenecientes a la familia—⁸ son elementos que exigirían una seria reflexión con respecto al abanico de opciones que se ofrece localmente a las mujeres, en particular a las más jóvenes, así como al contenido práctico del concepto de **decisión libre e informada** y las

Tales como complicaciones quirúrgicas, subsiguiente embarazo ectópico y cambios en la función menstrual.

Estas expresiones figuran en encuestas a mujeres esterilizadas, como la EDS en México.

circunstancias que lo rodean.

2. Programas de regulación de la fecundidad y planificación familiar

Las políticas de población referidas específicamente al área de la fecundidad han estado siempre impregnadas de una carga valorativa de carácter político, ideológico y religioso, derivada de la intersección de dos niveles en su planteamiento: el de los derechos de las personas, particularmente de las mujeres, y el de los deberes del Estado. "La reproducción humana es tal vez el tema en que de manera más compleja se entrecruzan aspectos de la máxima intimidad y privacidad del ser humano con las perspectivas globales de la sociedad" (CEPAL, 1993).

En la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas (Bucarest, 1974), la Conferencia Internacional de Población (México, 1984), el Foro Internacional sobre la Población en el Siglo XXI (Amsterdam, 1989), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Rio de Janeiro, 1992), la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe (Santa Lucía, 1992), la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, 1993), así como en diversos foros realizados en la región, se coincidió en rechazar la regulación de la fecundidad como medio para alcanzar objetivos demográficos; fue respaldada, en cambio, sobre la base de criterios humanísticos referidos a los derechos humanos, los beneficios para la salud, y la ampliación de opciones para la mujer en la familia y la sociedad.

Durante la última década, la influencia del movimiento de las mujeres ha sido decisiva en el moldeamiento de las políticas de población y los programas de regulación de la fecundidad, y está llamada a constituir uno de los factores de poder más importantes en las próximas conferencias internacionales sobre población.

En todos los países de la región se desarrollan actividades de planificación familiar de algún tipo, que en la mayoría de los casos se insertan en programas de salud materno infantil. En algunos países se restringe formalmente el uso de ciertos métodos, pero en la práctica se permite el acceso a ellos, aunque sólo a los sectores de población que pueden pagarlos. Esto se aplica también al caso del aborto inducido, ilegal en casi todos los países, pero ampliamente practicado en cada uno de ellos, con los riesgos para la salud y la vida de las mujeres que conlleva su instrumentación por personal no calificado. Se volverá sobre este tema en el contexto de la mortalidad materna.

La accesibilidad de los programas de planificación familiar fue evaluada en 20 países de la región en un estudio (The Population Crisis Committee, 1992) en el que se ponderaron varios de los aspectos que determinan dicha facilidad de acceso: opciones ofrecidas, competencia técnica de los proveedores de atención, y disponibilidad de información y servicios. Los resultados de esta encuesta, publicados en 1992, califican tal accesibilidad como aceptable en los programas de sólo seis países: Estados Unidos, Cuba, Colombia, México, Trinidad y Tabago, y El Salvador; como regular, en Canadá, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Jamaica, Panamá, Honduras, Perú y Venezuela; y como deficiente en Brasil, Bolivia, Paraguay, Guatemala y Haití.

La cobertura de los servicios anticonceptivos ha mejorado sustantivamente en los últimos años como resultado del aumento y el fortalecimiento de actividades complementarias apoyadas por organismos públicos y privados, entre los que se destaca el

aporte de las organizaciones no gubernamentales y de grupos que trabajan en programas alternativos de salud para las mujeres. Se estima que 50% de las usuarias de anticonceptivos están siendo atendidas por el sector privado.

Sólo en unos pocos países se han fijado objetivos definidos de cobertura en materia de anticoncepción a nivel nacional, o se han formulado planes para lograr tales objetivos mediante la participación de instituciones locales. En muchos países se continúa dependiendo de recursos externos para la adquisición de anticonceptivos — rubro que no se incluye en las listas nacionales de medicamentos básicos— lo que da lugar a cuestionar la sustentabilidad futura de este tipo de programas.

El análisis de las cifras sobre uso de anticonceptivos en la región configura una imagen de creciente acceso a distintas tecnologías anticonceptivas. Es importante destacar, sin embargo, que las "preferencias estadísticas" por ciertos métodos no reflejan necesariamente decisiones libres y racionales, acordes con las preferencias reales y las condiciones de salud de las personas. Dicha selección depende, generalmente, de la disponibilidad de métodos en los servicios pertinentes y, también, de la destreza, información y actitud que exhiban los proveedores de tales servicios. Desde el ángulo del impacto de la anticoncepción sobre la salud, la selección de métodos es de capital importancia, considerando que no existe todavía una técnica perfecta que combine total efectividad en la prevención del embarazo con inocuidad para la salud (Hatcher y otros, 1989); por lo tanto, la selección debería responder a una ponderación médica y personal de la relación riesgo/beneficio de las distintas opciones tomando en cuenta la edad, los antecedentes médicos y las preferencias de la usuaria. Una evaluación del grado de eficiencia de los servicios de salud materno infantil efectuada por la OPS y 22 países en más de 3 000 unidades de servicio reveló, por ejemplo, que los servicios de planificación se limitaban, en muchos casos, a distribuir anticonceptivos, sin incluir ningún componente educativo.

3. Salud durante el embarazo, el parto y el puerperio

El hecho de que en la región la mortalidad por factores relacionadas con el embarazo y el parto continúe figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva constituye una evidencia indiscutible de inequidad, si se considera que dichas muertes son esencialmente prevenibles y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para impedirlos.

Sólo recientemente, a partir del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), el problema de la mortalidad materna ha comenzado a atraer la atención de gobiernos y organismos internacionales para el desarrollo. La dificultad para lograr una determinación del número real de mujeres que mueren en el proceso de convertirse en madres es un reflejo de la baja prioridad relativa que continúa otorgándose a este tema; es un hecho, por ejemplo, que en la mayoría de los países miembros de las Naciones Unidas se mantiene un permanente seguimiento de la mortalidad infantil, pero comparativamente en muchos menos se hace lo propio con respecto a la mortalidad materna (Jacobsen, 1992).

Entre los indicadores de desarrollo humano actualmente utilizados, el de mortalidad materna —no obstante su mayor subregistro en los países menos desarrollados— es el que exhibe las diferencias más tajantes, y considerablemente mayores que en el caso de la mortalidad infantil, entre países industrializados y países en desarrollo. En América Latina, por ejemplo, una de cada 79 mujeres estaría expuesta al riesgo de morir durante

su vida reproductiva a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio; en Europa del norte, en cambio, la cifra respectiva es de una por cada 10 000 (Mora y Yunes, 1993). Dentro de la región de las Américas los contrastes no son menos evidentes: en 1990 la proporción de mujeres entre 15 y 44 años de edad que moría por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto era 67 veces mayor en Ecuador que en Canadá (OPS, 1993a).

a) *Tasas de morbimortalidad materna*

Con fines de clasificación, la muerte materna ha sido definida como "la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". La frecuencia verdadera de estas muertes es difícilmente precisable dado que, a las deficiencias generales de los registros de mortalidad, se añade el hecho de que en la certificación de la causa de defunción, en muchísimos casos, se omite la mención del embarazo. Dichas deficiencias son tan generalizadas que aparecen aun en medios hospitalarios e, incluso, en países industrializados. En América Latina y el Caribe se han detectado subregistros del orden de 39% a 72%. La magnitud de este subregistro, que es mayor en los países con más alta mortalidad, constituye una consideración que debe tenerse siempre presente al examinar las cifras que se presentan a continuación.

En términos de contribución al total de muertes, las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio aún constituyen una de las cinco primeras causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en 12 de los países de América Latina y el Caribe, y una de las 10 principales en los restantes. Las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial (véase el cuadro 11) indican que, en 1990, las mujeres de las Américas perdieron 1 800 000 años de vida saludable por muerte prematura y discapacidad derivadas de la maternidad. Es importante resaltar que esta pérdida, superior a la ocasionada por enfermedades de alta incidencia, ocurre en el cumplimiento de un proceso natural no patológico.

El indicador de mortalidad materna más comúnmente utilizado es el que relaciona defunciones maternas con nacidos vivos. Las cifras oficiales correspondientes a las Américas (véase el cuadro 10) revelan que entre los países existen profundas diferencias vinculadas no sólo a sus respectivos niveles de desarrollo económico, sino también a sus prioridades en cuanto a la asignación de recursos para la prevención y tratamiento de la morbimortalidad materna, y al grado en que las mujeres pueden acceder a niveles de atención con adecuada capacidad resolutive. Así, la tasa de mortalidad materna en Haití, Bolivia y Perú equivale a 75 veces la registrada en Canadá, y a 12 veces la de Costa Rica. Este último país, por su parte, exhibe la tasa más baja de mortalidad materna, pese a que su producto nacional bruto per cápita no es uno de los mayores en la región.

Con la cautela que requiere la interpretación de tendencias a partir de una base de información tan deficiente, se puede señalar que el examen de la evolución de la mortalidad materna durante el período 1970-1988 mostró descensos en la mayoría de los países y territorios de las Américas, y sugirió una tendencia ascendente en cinco de ellos (El Salvador, Guyana, Jamaica, Nicaragua y Perú). A partir de 1988, el ritmo de reducción de las muertes maternas propendió a estabilizarse en algunos países y a retroceder en otros. En términos generales, puede afirmarse que, pese al descenso de la

fecundidad registrado por la mayoría de los países, el número absoluto de muertes maternas ha aumentado en algunos de estos, tendencia relacionada con la exacerbación de la crisis social y económica de mediados de los años ochenta, que acentuó las desigualdades entre países y grupos de población, una de las cuales fue la diferencia en cuanto al acceso a servicios de salud (OPS, 1993b).

A nivel global se ha estimado que por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, 10 a 15 sobreviven con daños severos y perdurables para su salud (Measham y Rochat, 1987). La incontinenencia, el prolapso uterino, la esterilidad, las fistulas y otros problemas derivados de tales complicaciones conllevan consecuencias, a menudo devastadoras, para la calidad de vida de las sobrevivientes. En América Latina y el Caribe, la información sobre morbilidad a nivel de la población total es en extremo limitada; los datos disponibles se basan en registros de consultas y egresos hospitalarios, con las consabidas limitaciones de comparabilidad inherentes a éstos.

b) *Causas de la morbimortalidad materna*

Las raíces de este problema se encuentran no sólo en las condiciones de pobreza relacionadas con bajos niveles de desarrollo económico, sino también en la posición social de subordinación que ocupa la mujer en las distintas sociedades; esta posición genera o exagera factores de riesgo biológico vinculados a la maternidad, e incide en las prioridades nacionales, locales y familiares que guían la inversión de recursos para responder a esos riesgos.

Es esencial reiterar que las muertes maternas que ocurren en la región son fundamentalmente evitables. En su mayoría obedecen a causas "obstétricas directas", es decir, las que resultan de complicaciones en los procesos de embarazo, parto o puerperio, o de intervenciones relacionadas con tales procesos, como serían el aborto provocado y la cesárea. Las causas "obstétricas indirectas", mucho menos frecuentes, se refieren a condiciones médicas no originadas por el estado de embarazo, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos de éste.

En la región, entre las causas de mortalidad materna definidas en los registros oficiales, la primera es el aborto. Le siguen, en orden de importancia, las otras causas directas: toxemia, hemorragias y complicaciones del puerperio.

Con respecto al **aborto**, cabe resaltar que su determinación como causal de defunción adolece de un subregistro aún mayor que en el caso de otras causas de mortalidad materna, debido al carácter de ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas. A excepción de Canadá, Estados Unidos y Cuba, el aborto inducido continúa estando legalmente prohibido en todos ellos. Además, muchas de las muertes por complicaciones del aborto, tales como la sepsis y la hemorragia, no suelen ocurrir en servicios de ginecobstetricia, ya sea porque la paciente es derivada a otros servicios o porque ingresa directamente a unidades de cuidado intensivo, cirugía, clínica médica u otros, donde los diagnósticos no están vinculados al proceso reproductivo (OPS/Programa de Salud Materno Infantil, 1987). A pesar de tal subregistro, el aborto, según cifras oficiales, figura como primera causa de mortalidad materna en 9 de 25 países analizados, y como segunda en otros 9; su contribución al total de defunciones maternas supera el 30% en cinco países (Argentina, Costa Rica, Chile, Puerto Rico y Suriname), fluctúa entre el 20% y el 30% en otros ocho (Colombia, Cuba, Jamaica, Guyana, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tabago, y Venezuela), y con porcentajes

inferiores a 20% figura como la primera causa definida de muerte materna en Guatemala, Honduras y Uruguay (en este último país comparte el primer lugar con complicaciones del puerperio) (OPS, 1993b). Igualmente, se ha estimado que el aborto ilegal ocasiona una de cada cuatro muertes maternas en América Latina (Sundstrom, 1993).

En términos de incidencia del aborto, la tasa estimada para América Latina es de 65 abortos por cada 1 000 mujeres en edad reproductiva, cifra que alcanza niveles todavía más altos en las áreas urbanas; tal incidencia implica una razón de un aborto por cada dos o tres partos, como mínimo (Sundstrom, 1993), proporción que, además, no muestra una tendencia a disminuir.

Aparte de constituir una causal importante de mortalidad materna, el aborto inducido se relaciona también con dolencias crónicas severas, esterilidad e incremento del riesgo de muerte en embarazos subsiguientes.

El recurso al aborto y la gravedad de sus consecuencias varían de acuerdo con la clase social de la mujer. La mujer con menos educación es la que más frecuentemente desconoce las técnicas anticonceptivas, no sabe utilizarlas adecuadamente, no está amparada por servicios de salud y planificación familiar, y encara impedimentos geográficos y económicos para acceder a los anticonceptivos. Como consecuencia, también es la que más frecuentemente se ve sometida a embarazos no deseados y la que tiene mayores probabilidades de morir como resultado de abortos practicados en condiciones antihigiénicas y por personal sin entrenamiento. En contraste, cuando la mujer de estratos socioeconómicos altos resulta víctima de fallas en la tecnología anticonceptiva o, por otras razones, enfrenta un embarazo no deseado, puede pagar servicios profesionales que, aunque ilegales, le permiten ser atendida en mejores condiciones técnicas y de higiene, con menores probabilidades de complicaciones.

La innegable relevancia del aborto como problema de salud pública exige que, al margen de consideraciones éticas a favor o en contra de su legalización, sino con fines preventivos, se inicie un examen desapasionado y objetivo de los factores que están conduciendo a que un número creciente de mujeres recurra a tal alternativa —aún a costa de su salud y de su vida. El aborto, más que una opción, representa una falta de opción. La inmediatez del problema demanda, además, que a corto plazo se diseñen y pongan en funcionamiento mecanismos de atención cuya finalidad sea evitar las consecuencias letales e incapacitantes a que está dando lugar dicha práctica.

El aporte de las **toxemias** al total de las muertes maternas supera el 25% en Trinidad y Tabago (55%), Brasil, Canadá, Jamaica, Colombia, República Dominicana y México. Las **hemorragias** constituyen la primera causa de muerte materna, con cuotas cercanas o superiores a 25% de las defunciones, en Perú, Paraguay, Panamá, Puerto Rico, Ecuador, Guyana y Suriname. Las **complicaciones del puerperio** figuran como principal causa de defunción materna en Estados Unidos, y alcanzan porcentajes superiores a 20% en Chile, Jamaica, Suriname y Canadá. Es importante hacer hincapié en que las muertes ocasionadas por estos tres tipos de causas son también evitables, ya que, con algunas variaciones, guardan una estrecha relación con la cobertura y calidad de la atención prenatal, del parto y el posparto inmediato; así, mientras la prevención de la toxemia sólo requiere, en la mayoría de los casos, simples pruebas de medición de presión arterial, las muertes por hemorragias reflejan problemas de accesibilidad, disponibilidad y oportunidad respecto de la utilización de transfusiones de sangre en los establecimientos de primer envío. Con respecto a las complicaciones del puerperio, cabe señalar que uno de los factores que contribuyen a su aparición es el exceso de intervención médica durante el parto y, en particular, la práctica indiscriminada de la

cesárea (Mora y Yunes, 1993).

El abuso de la operación **cesárea** constituye un riesgo adicional para la salud materna. Según un estudio conjunto realizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en 178 hospitales de 18 países latinoamericanos, la cesárea se relaciona con aumentos equivalentes a 12 veces la mortalidad materna, 7 a 20 veces la morbilidad materna, y 2 veces la estadía hospitalaria (CLAP/OPS, 1989). La información disponible para 1991 sobre frecuencia de cesáreas en 20 países de la región muestra un rango que oscila entre 5% en Jamaica y 34% en Brasil (véase el cuadro 10), y una tendencia ascendente de tales operaciones durante el período 1989-1991 en 11 de los 18 países que enviaron información para esos años.

c) *Cobertura de la atención materna*

La mortalidad materna ha mostrado históricamente una relación más estrecha con la cobertura y la calidad de los servicios de atención que la que existe entre tales factores y la mortalidad infantil. Este hecho constituye un elemento importante para entender el notable contraste observado durante las últimas tres décadas entre el drástico descenso de la mortalidad infantil —que ha persistido aun en fases de severa crisis económica— y la reducción comparativamente modesta —e incluso estabilización— que ha exhibido la mortalidad materna durante el mismo período.

Pese a que las deficiencias de la información dificultan la comparación entre países, las cifras del cuadro 10 ilustran claramente la existencia de una relación inversa entre la magnitud de las tasas de mortalidad materna y la cobertura de atención prenatal y del parto, en particular esta última. Cabe destacar que en ocho países con altas tasas de mortalidad materna para los cuales se cuenta con información reciente, todavía la cobertura de atención del parto es inferior a 50%: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú; en estos países, a excepción de El Salvador, la cobertura de atención prenatal tiende a ser mayor que la del parto. Por su parte, en los países donde se registra una baja mortalidad materna, la cobertura de atención del parto supera el 95%, siendo generalmente más amplia que la prenatal. Con respecto a tendencias recientes, la información disponible para el período 1989-1991 indica que las coberturas de atención materna se mantuvieron estables o mostraron modestos incrementos en la mayoría de los países, en tanto que en el ámbito prenatal se observaron descensos en Guatemala, Nicaragua y Uruguay, y en el de atención del parto, en Perú.

Las cifras sobre frecuencia de aplicación de la vacuna antitetánica, como indicador de la calidad de la atención prenatal, ensombrecen aún más en ciertos países el panorama de bajos niveles de cobertura, ya que sugieren que una proporción importante (en ocasiones hasta dos terceras partes) de las embarazadas que reciben alguna atención prenatal, no son vacunadas. Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela, dado que en algunos países se aplica la vacuna sólo en áreas de alto riesgo, por lo cual la cobertura respectiva puede parecer baja.

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que las cifras de cobertura que figuran en el cuadro 10 son promedios nacionales y que, como tales, ocultan hondas diferencias entre regiones y estratos sociales. Las encuestas de demografía y salud revelan, por ejemplo, que los niveles de cobertura rurales, generalmente inferiores a los urbanos, en algunos casos llegan a representar menos de 50% de estos últimos, tal

como se advierte en Bolivia y Guatemala.

La situación descrita muestra de manera inequívoca la urgencia de asignar recursos adicionales al sistema de salud con el fin de universalizar y revitalizar los servicios de atención materna, mejorando la cobertura y la calidad de los existentes y explorando modelos alternos ya puestos en práctica en algunos países de la región,⁹ tales como los "hogares maternos" y las "casas de parto", cuyo impacto está en proceso de evaluación.

i) *Infecciones del tracto reproductivo y VIH/SIDA*. Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son enfermedades que muestran alta incidencia a nivel mundial y revisten profundas consecuencias sociales y sanitarias para mujeres, hombres y niños, con secuelas aún más severas para el sexo femenino. De acuerdo con las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial, las enfermedades de transmisión sexual constituyen la causa común a ambos sexos en que se anota la mayor diferencia entre mujeres y hombres —9 a 1— en cuanto al número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad como resultado de enfermedad; así, mientras en la región ese número de años es de 2 400 000 para los varones, para las mujeres asciende a 21 600 000 (véase el cuadro 11). Pese a la magnitud de tales cifras, estas infecciones tienden a recibir un mínimo de atención por parte de las autoridades sanitarias, bajo los falsos supuestos de que no son fatales y que afectan a un reducido número de mujeres de conducta sexual promiscua, específicamente las prostitutas.

De hecho, las ITR pueden tener consecuencias fatales para las mujeres, tales como peritonitis, embarazo ectópico, cáncer cérvico uterino (que se analiza a continuación), transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, infertilidad, aborto espontáneo, mortalidad perinatal e infección congénita; los niños infectados que sobreviven pueden quedar permanentemente discapacitados o morir jóvenes (International Women's Health Coalition, 1991). Más allá de las consecuencias letales, debe considerarse el impacto limitante de las ITR en la calidad de vida, como resultado del dolor físico crónico, la debilidad y la interferencia con una vida sexual normal.

Desde el punto de vista de los grupos de riesgo, hay que destacar que las mujeres se infectan no sólo por contacto sexual, sino también por la inserción de ciertos elementos en la vagina con el objeto de prevenir el embarazo —incluida la inserción incorrecta del DIU— o de inducir el aborto; por atención inadecuada durante el parto o el aborto; o por el uso de implementos no higiénicos durante la menstruación. En lo que atañe a conducta sexual, es muy importante subrayar que la vulnerabilidad de las mujeres a estas infecciones no estriba tanto en su propio comportamiento, sino en el de sus compañeros, para quienes, en muchas sociedades, la promiscuidad es la norma; es así como, con demasiada frecuencia, las niñas y las mujeres no tienen el poder de determinar cuándo, con quién o cómo tiene lugar un acto sexual.

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son ITR, aunque algunas de ellas, como el SIDA, son también sistémicas. Biológicamente, las mujeres son más vulnerables a las ETS que los hombres, primero, porque la efectividad de la transmisión de algunas de estas enfermedades es mayor de hombre a mujer que viceversa; segundo, porque las consecuencias para las mujeres son más severas que para los varones; y tercero, porque las mujeres infectadas frecuentemente no exhiben síntomas y, por tanto, no buscan tratamiento. Además, como el estigma social asociado a la infección sexual es mayor en el caso de las mujeres, para ellas resultan más infranqueables los

Entre esos países se encuentran Chile, Estados Unidos, México, Brasil, Colombia, Perú, Honduras, Dominica, Granada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

obstáculos que dificultan la obtención de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

A nivel regional, no se dispone de información sobre ITR y ETS desagregada por sexo, excepto con respecto al VIH/SIDA. A continuación se presentan cifras indicativas de las diferencias según sexo en los casos de SIDA notificados entre los años 1987 y 1993. La evolución de las razones hombre/mujer durante el período muestra que, aunque en toda la región el SIDA afecta más frecuentemente a los hombres que a las mujeres, en algunos países se observa una drástica reducción de tales valores que alerta sobre la celeridad con que esta enfermedad se está transmitiendo entre las mujeres, al punto de igualar, e incluso superar, el ritmo de transmisión entre los hombres. En Argentina, por ejemplo, la razón pasó de 23.1 en 1988 a 3.7 en 1993; en Ecuador, estas cifras fueron de 31.0 y 4.7, respectivamente. Las proporciones más altas de mujeres afectadas por el SIDA se han venido registrando en los países del Caribe anglófono, el Caribe latino, el Istmo Centroamericano y, dentro de éste último, particularmente en Honduras. Así, en estas agrupaciones geográficas, la razón hombre/mujer calculada a partir de los casos notificados en 1993, fue de 2.2, 2.9, 2.8 y 1.9, respectivamente (OPS/Programa Regional de SIDA/ETS, 1994).

Las razones de este más rápido incremento de la transmisión del SIDA entre las mujeres radican, desde un punto de vista biológico, en la mayor probabilidad de infección por exposición que presenta el organismo femenino comparado con el masculino, así como al creciente grado de exposición de las mujeres en edades jóvenes, etapas en que la susceptibilidad biológica es mayor. Además, las mujeres tienen que recurrir más frecuentemente que los hombres a transfusiones durante complicaciones del embarazo y el parto. En México, por ejemplo, 62.6% de los casos de SIDA en mujeres, pero sólo 6.7% de los casos en hombres ha sido atribuido a transfusión sanguínea; otro estudio realizado recientemente en Río de Janeiro confirmó que el tamizaje de la sangre tiene un marcado efecto en los casos de SIDA en mujeres (Kimbal, González y Zacarías, 1993). Desde el punto de vista social, como ya se ha mencionado, el desbalance de poder determinado por el género y moldeado por la clase social, la edad y la cultura, impide a muchas mujeres protegerse de la transmisión sexual del SIDA, ya sea evitando la relación con un hombre infectado, o insistiendo en la fidelidad mutua o en el uso del condón por parte del compañero.

Considerando la frecuencia y el carácter asintomático de las ITR, así como la reticencia de la mujer a buscar atención específica para tales afecciones, no debería desperdiciarse la oportunidad de realizar las pruebas de detección correspondientes cuando las mujeres acuden para recibir otros servicios de atención primaria, tales como planificación familiar, control del embarazo y citología vaginal.

ii) *Tumores malignos*. Estrechamente ligados a la salud reproductiva de las mujeres, los tumores malignos del aparato reproductivo frecuentemente se relacionan con una morbimortalidad femenina mayor que la masculina, que sobrepasa el tramo de edad reproductiva. En los 24 países de la región para los cuales se cuenta con información que cubre el período más reciente, el cáncer se vincula a una mortalidad femenina mayor que la masculina entre la población de 15 a 44 años de edad. Dicho desequilibrio también se detecta, a nivel de la población total, en países como Chile, Venezuela, México y Guatemala (véase el cuadro 11). La explicación de las variaciones entre países de la magnitud de la razón hombre/mujer en los casos de muerte por cáncer debe buscarse no solamente en la incidencia diferenciada por sexo y por región geográfica de ciertos tipos de cáncer con distintos grados de letalidad, sino también en las diferencias en cuanto a disponibilidad accesibilidad de tecnologías médicas para la

detección y tratamiento tempranos de cánceres específicamente femeninos.

iii) *Tumores de los órganos reproductivos*. A continuación se examinan dos tipos de cáncer que, por su incidencia y letalidad, tienen el mayor impacto en la salud de las mujeres de la región: el de cuello uterino y el de mama. El primero es más común en los países en desarrollo y en los niveles socioeconómicos bajos, mientras que el segundo predomina en los países industrializados y en las regiones y estratos con niveles de vida más altos.

Los tumores malignos de los órganos reproductivos determinan cuotas más altas de morbilidad y mortalidad entre las mujeres que entre los hombres. Dentro del conjunto de tumores malignos, la incidencia anual de cánceres ginecológicos (útero, ovarios y mama) supera la de cualquiera de las demás localizaciones de cánceres en la mujer. De acuerdo con la información proporcionada al Organismo Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (1990) sobre la base de los registros de incidencia del cáncer en localidades seleccionadas de Brasil y Estados Unidos (Whelan, Parkin y Masuyer, 1990), la suma de los cánceres de este tipo fluctúa entre 43% y 57% del total de todos los cánceres que afectan a la mujer, cifra que supera con creces la de cualquier otro tipo de localización. En el caso del hombre, por otra parte, los tumores malignos de los órganos genitales presentan incidencias más bajas que las de los cánceres del pulmón o del estómago, por ejemplo. Paralelamente, en el total de muertes por cáncer de mujeres y hombres, la proporción de las ocasionadas por cánceres ginecológicos tiende a doblar, e incluso a triplicar, la proporción correspondiente a los cánceres de los órganos genitales masculinos. En términos de años de vida saludable perdidos por tales causas, la relación es de 7 a 1 para mujeres y hombres, respectivamente (véase el cuadro 11).

A nivel mundial, la jerarquización de la frecuencia de tumores malignos en los órganos reproductivos de la mujer según localización, en orden descendente, es la siguiente (Restrepo, 1993): mama, cuello uterino, cuerpo del útero, ovario y "otros ginecológicos". El cáncer del endometrio es el más común de los que afectan el cuerpo del útero, y se presenta con mayor frecuencia entre mujeres posmenopáusicas; los factores de riesgo conocidos para este tipo de tumor se relacionan con la ingestión de hormonas durante la menopausia, la obesidad y el alto consumo de calorías (Pagel y Bock, 1984). El cáncer de ovario muestra una incidencia relativamente baja, pero ocasiona una alta mortalidad, y no se ha avanzado mucho en el conocimiento de su epidemiología y factores causales. En el grupo residual figuran los cánceres de vagina, placenta y trompas de falopio, cuya incidencia, en general, es baja.

- *Cáncer de mama*. Como se acaba de señalar, el cáncer de mama es el más frecuente en el mundo, y una de las principales causas de muerte de mujeres en los países industrializados. Es en éstos donde se registran las más altas incidencias del cáncer de mama, que alcanza dimensiones prácticamente epidémicas en América del Norte y Europa occidental. En Estados Unidos, por ejemplo, las cifras de 1991 indicaban que era probable que una de cada nueve mujeres desarrollara este tipo de cáncer durante su vida, en tanto que en 1960 la proporción era de una de cada 20; en forma correlativa, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en ese país registró un abrumador aumento de 24% entre 1979 y 1986 (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992).

Las estadísticas de los países en desarrollo muestran, en conjunto, incidencias más bajas que las observadas en los industrializados, pero también revelan una marcada tendencia al aumento del riesgo de desarrollar este cáncer, tal como lo ponen en evidencia los registros sobre cáncer de Colombia (Cali), Costa Rica, Cuba y Puerto Rico (Restrepo, 1993). De acuerdo con las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial, en 1990 el

número de años de vida saludable perdidos por muerte prematura o morbilidad a causa del cáncer de mama ascendía en América Latina y el Caribe a 4 700 000 (véase el cuadro 11).

La relación positiva que se ha observado a nivel mundial entre grado de desarrollo y frecuencia del cáncer de mama, también se advierte en los países de la región. En el cuadro 12 se presentan las tasas de mortalidad por cáncer de mama registradas para el grupo de edad de 35 a 64 años en un grupo de países seleccionados de las Américas. Las cifras, efectivamente, indican valores más altos en Uruguay —incluso superiores a los de Estados Unidos y Canadá— seguidos, en orden descendente, por Trinidad y Tabago y Argentina y, a alguna distancia, por Cuba y Costa Rica. Con la excepción de este último país, las tasas más bajas de cáncer de mama se registran en Centroamérica.

Este tipo de relación positiva se mantiene no sólo entre países, sino también dentro de éstos, entre grupos poblacionales con distinta composición socioeconómica. Según un estudio realizado en Argentina, por ejemplo, existe una gradiente en las tasas de mortalidad por cáncer de mama que se relaciona directamente con el nivel de desarrollo socioeconómico de las diferentes provincias del país (Matos y otros, 1990). En este contexto, es oportuno resaltar que aunque la mortalidad y la incidencia relativas del cáncer de mama guardan cierto paralelismo, estos dos indicadores no varían de manera concomitante con algunas variables de naturaleza socioeconómica. En Estados Unidos, por ejemplo, la incidencia de cáncer de mama es **menor** entre las mujeres negras que en el caso de las blancas, pero las tasas de mortalidad por esta causa son **mayores** entre las primeras (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992).

Los factores causales del aumento del cáncer de mama en el mundo continúan siendo objeto de debate y especulación, sin que hasta el momento se haya avanzado significativamente en el esclarecimiento del problema. Los factores de riesgo más mencionados en la literatura reciente son fundamentalmente los siguientes (Restrepo, 1993): la herencia, especialmente durante la premenopausia; la edad, ya que aunque también se desarrolla entre mujeres jóvenes, su aparición es más frecuente después de los 35 años y continúa con altas tasas de incidencia y mortalidad hasta edades avanzadas; patrones de conducta reproductiva ligados a la ocurrencia del primer embarazo después de los 30 años y al menor número de hijos; edad temprana de comienzo de la menarquía y mayor duración de la actividad ovárica; factores nutricionales relacionados con el consumo de grasas y alcohol; exposición frecuente a rayos X; y consumo de anovulatorios durante largos períodos de tiempo (factor que es objeto de controversia).

El desfase entre la magnitud del problema y el monto de los recursos públicos asignados para la investigación y prevención del cáncer de mama se ha vuelto visible para el público gracias a la presión ejercida en las últimas décadas por grupos organizados de mujeres en Estados Unidos. Esa atención ha contribuido a que se logren avances en la tecnología para su diagnóstico y tratamiento, y recientemente (1993) ha redundado en un incremento de la cuota de recursos destinados a su investigación.

La introducción de técnicas para la detección del cáncer de mama en los países en desarrollo exige analizar cuidadosamente su adecuación a criterios de riesgo y su coherencia con la red de servicios de tratamiento; debe ir acompañada, además, de un importante esfuerzo de educación y comunicación social (Restrepo, 1993).

- *Cáncer de cuello uterino*. En América Latina y el Caribe, el cáncer del cuello uterino representa un problema de salud pública todavía más extendido que el del cáncer de mama. Esta realidad persiste, pese a que —a diferencia de lo que ocurre con el de

mama— existe, desde hace más de 30 años, una tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases que ofrecen una probabilidad de curación de 100%: la prueba de la citología vaginal ideada por Papanicolau; a esto se agrega que para el tratamiento en esas fases tempranas preinvasivas se cuenta también con tecnologías relativamente sencillas, generalmente disponibles en todos los países (Restrepo, 1993).

La trascendencia de este problema, en términos de salud pública, estriba no sólo en la alta frecuencia de este cáncer, sino también en el hecho de que la población más afectada es la de los estratos socioeconómicos bajos, justamente la más desprotegida en cuanto a servicios de salud y atención ginecológica.

Las tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino corresponden a América Latina, Asia y Europa oriental. Sin embargo, la verdadera dimensión del problema en la región es superior a la que indican las cifras oficiales, ya que éstas adolecen de considerable subestimación si se comparan con la realidad observada en los servicios de tratamiento y con la información que se recolecta en los escasos registros de incidencia y de tipo hospitalario existentes. Hecha esta advertencia, se llama la atención sobre las tasas oficiales de mortalidad por cáncer de cuello uterino para el grupo de edad de 35 a 64 años en un grupo de países de la región, que aparecen en el cuadro 12. Las tasas más bajas dentro de este grupo —en contraste con las referidas al cáncer de mama— corresponden a Canadá, Estados Unidos y Argentina, y las más altas, a Jamaica, México, Chile y Nicaragua.

De acuerdo con la información más confiable proveniente de la OPS, se ha calculado que en la región de las Américas se producen anualmente 20 000 a 30 000 defunciones, prevenibles en su mayoría, de mujeres en edades productivas por cáncer del cuello uterino (Restrepo, 1993). La tendencia de la mortalidad por esta causa se mantiene estacionaria en la mayoría de los países, incluso en aquellos en los que la mortalidad general ha mostrado un descenso importante, como sería el caso de Cuba, posiblemente Uruguay, y algunas provincias de Argentina; en otros, como Chile, Colombia y Venezuela, se ha observado una ligera propensión ascendente (OPS, 1989-1990). Esta preocupante orientación obedecería al aumento de la población en riesgo, que no ha sido acompañado de un incremento correspondiente de los recursos para atenderla, así como también al deterioro de los servicios ocasionado por la crisis económica de los años ochenta.

En el interior de los países también se reproduce la relación inversa entre frecuencia de cáncer de cuello uterino y nivel socioeconómico. Así, en Argentina, las tasas de mortalidad por esta causa son más altas en las provincias de menor desarrollo económico que en la Provincia de Buenos Aires (Matos y otros, 1990); en Estados Unidos, las tasas de incidencia de cáncer invasivo son más altas entre las mujeres negras que entre las blancas (American Cancer Society, 1989) y la frecuencia general del cáncer cérvico uterino es dos veces mayor entre las mujeres de origen hispano que entre las mujeres blancas no hispanas (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992).

Los factores de riesgo más comúnmente vinculados al cáncer cérvico uterino se relacionan con aspectos de la conducta sexual y reproductiva: promiscuidad sexual femenina y masculina, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, número elevado de partos, y consumo de anticonceptivos orales, factor este último que, como en el caso anterior, es objeto de reñida controversia. Existen, además, evidencias de relación causal con algunos virus, entre los que se destaca el del papiloma, pero hasta el momento no se ha podido precisar definitivamente su papel y, por consiguiente, proponer medidas preventivas específicas (OPS, 1990). El elemento de protección más efectivo continua

siendo la prevención secundaria por medio de la citología vaginal, dirigida a la población adulta femenina que tenga o haya tenido actividad sexual, con atención prioritaria a los grupos de edad de mayor riesgo, esto es, superiores a 25 años.

En general, en América Latina y el Caribe los programas para el control de este cáncer se caracterizan por una baja cobertura en cuanto a citologías, lo que es agravado en muchos países por la ineficiencia para procesar las pruebas dentro de un plazo que permita el diagnóstico y tratamiento oportunos (Restrepo, 1993). En estudios locales se ha señalado, además, que existen grandes limitaciones en los servicios encargados de transmitir a las mujeres los conocimientos necesarios sobre los exámenes citológicos y la importancia de su participación en el seguimiento de las pruebas positivas (Ramos y Pantelides, 1990). Desde una perspectiva no sólo de prevención de daños, sino también de costo-beneficio, la urgencia de subsanar estas dificultades debe ponderarse con respecto al hecho ya señalado de que el tratamiento del cáncer cérvico uterino en las etapas pre-invasivas es muy exitoso y de bajo costo, mientras que el requerido en las etapas avanzadas implica cirugía o radiación y resulta bastante más costoso.

- *Otros tipos de cáncer.* Dentro del grupo de tumores malignos que presentan diferencias importantes según sexo, el primer lugar lo ocupa el **cáncer de pulmón**, tráquea y bronquios que, en todo el mundo, tiende a registrar incidencias y mortalidad más altas entre los hombres. Como lo indican las cifras oficiales de mortalidad recabadas por la OPS, la mortalidad masculina por este tipo de cáncer tiende a doblar la mortalidad femenina correspondiente, con tasas que llegan a representar hasta 10 veces las registradas entre las mujeres en países como Uruguay. Paralelamente, y de acuerdo con los cálculos de la OMS y el Banco Mundial (véase el cuadro 11), la carga de morbilidad, expresada en número de años de vida saludable perdidos por esta causa, es tres veces más alta para los varones que para las mujeres.

La relación documentada entre este tipo de cáncer y el consumo de tabaco subraya la presencia de factores culturales ligados al género que apoyan el tabaquismo entre los varones, a la vez que lo desestimulan entre las mujeres. Desgraciadamente, estos factores protectores de la salud de la mujer están perdiendo su poder ante los cambios en los roles y expectativas ligados al concepto de femineidad. En los últimos 30 años el consumo de cigarrillo de los hombres se ha estabilizado en los países industrializados, e incluso ha disminuido, mientras que en el mundo en desarrollo ha ido en aumento para ambos sexos, particularmente, como ya se mencionó, entre las mujeres jóvenes (Robles, 1993). Los efectos nocivos de este consumo se están volviendo drásticamente evidentes en Estados Unidos, donde la tasa de mortalidad femenina por cáncer del pulmón creció aproximadamente 400% desde 1960, con el resultado de que, a partir de 1987, este cáncer ha sobrepasado el de mama como principal causa de muerte entre las mujeres (Estados Unidos, Center for Disease Control and Prevention, 1993).

Otros tipos de cáncer que muestran notorias diferencias de ocurrencia según sexo son el de tiroides y el de vesícula biliar, cuya mayor incidencia entre las mujeres ha sido documentada en la mayoría de los registros del mundo. Esto también coincide con la mayor frecuencia de la litiasis biliar entre el sexo femenino. El cáncer de estómago tiende, en general, a darse más entre los hombres, mientras que el de colon con frecuencia exhibe una mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres: en siete de los nueve países de América Latina que cuentan con información sobre mortalidad razonablemente confiable se registraron razones de mortalidad hombre/mujer por cáncer de colon que oscilaron entre 0.54 en Uruguay y 0.87 en Chile. Las excepciones fueron

México y Venezuela, donde estos valores fueron de 1.0 y 1.11, respectivamente.

D. EDAD MEDIANA Y VEJEZ

A raíz del aumento de la esperanza de vida en los países en desarrollo, una proporción cada vez mayor de la población está alcanzando edades medianas y avanzadas. La mayor longevidad de la mujer y, por ende, su representación mayoritaria en las edades mayores, ha justificado el término de "feminización de la vejez". Más allá del predominio numérico de las mujeres en estas edades, la feminización de la vejez apunta al hecho de que los problemas de salud y de acceso a atención adecuada que se presentan en estas edades también son proporcionalmente más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. A continuación se mencionan algunos de los problemas o circunstancias que afectan mayormente la salud de las mujeres después de las edades reproductivas, con especial referencia a los países de América Latina y el Caribe.

La **menopausia**, o cambios en la función ovárica que marcan el fin del período reproductivo, conlleva importantes impactos en la salud femenina durante la edad mediana y la vejez; entre éstos se destacan las alteraciones óseas, cardiovasculares y genito-urinarias. Pese al hecho de que **todas** las mujeres que sobreviven al período reproductivo enfrentan ineludiblemente los riesgos, necesidades y problemas vinculados a los cambios hormonales de la menopausia, esta transición y sus consecuencias han sido objeto de escasa atención en las investigaciones y la práctica de la salud. Una cuestión de fundamental importancia, cuyo estudio recién se ha comenzado a promover en países industrializados, se refiere al uso (o no uso) de tratamientos de sustitución hormonal. Por una parte, estos tratamientos eliminan los síntomas molestos de la menopausia y **probablemente** ejercen un efecto protector con respecto a la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares que amenazan la salud durante estas edades; sin embargo, por la otra, acusan relación con el aumento de ciertas formas de cáncer, particularmente de mama y endometrio (Coe y Hanft, 1993). Cualquier decisión que la mujer tome ante la disyuntiva de optar o no por este tratamiento entraña riesgos serios para su salud, respecto de los cuales todavía no existen respuestas tranquilizantes.

Las **enfermedades cardiovasculares**, generalmente consideradas como "masculinas", constituyen una de las principales causas de morbimortalidad entre las mujeres, particularmente durante la etapa posreproductiva. En las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial para América Latina y el Caribe (véase el cuadro 11) se destacan las enfermedades cardiovasculares como una de las categorías con mayor peso en la carga de morbimortalidad total. De acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos, en el caso de las mujeres aproximadamente 90% de las enfermedades del corazón ocurren después de la menopausia (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992). En el grupo de países de la región que cuentan con registros de mortalidad más confiable, se observa que la diferencia entre la mortalidad masculina y la femenina por enfermedades del corazón, alcanza su máximo en contra del varón entre las edades de 35 y 44 años; a partir de entonces, la diferencia hombre/mujer comienza a estrecharse, hasta llegar ocasionalmente a invertirse después de los 64 años (por ejemplo, en México en 1990). Pese a que, en conjunto, las diferencias según sexo en la morbimortalidad por esta causa no son sustantivas (45.9 AVAD comparados con 48.9, según las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial para América Latina y el Caribe), la

atención continúa centrándose en el hombre, en tanto que se subestima el riesgo para las mujeres; esto se refleja tanto a nivel de investigación como de prevención, diagnóstico y tratamiento de tales enfermedades. En Estados Unidos se ha visto, por ejemplo, que los estudios sobre el valor preventivo de ciertos medicamentos han sido realizados casi exclusivamente con referencia a los hombres y que la cirugía cardiovascular se aplica proporcionalmente más a los hombres que a las mujeres.

Con respecto a las **enfermedades cerebrovasculares**, en 8 de los 10 países de América Latina que disponen de información más confiable, éstas se relacionan, en el total de la población, con tasas de mortalidad femenina más altas que las masculinas (véase el cuadro 13). Asimismo, para América Latina y el Caribe en su conjunto, la pérdida de años de vida saludable por tal causa es más alta para las mujeres que para los hombres (véase el cuadro 11). Aunque la incidencia de los trastornos cerebrovasculares se eleva considerablemente después de los 45 años de edad, entre las mujeres estas enfermedades comienzan a figurar desde los 25 años entre las cinco principales causas de defunción, y de ahí en adelante las tasas de mortalidad femenina tienden a ser más altas que las masculinas; en 4 de los 10 países examinados, dicha sobremortalidad femenina ocurre en las edades reproductivas: Chile, Venezuela, México y Guatemala.

Entre los factores de riesgo vinculados en particular al sexo femenino figuran, por una parte, la hipertensión y la obesidad, factores que son agravados por cambios hormonales posmenopáusicos y el consumo de anticonceptivos orales durante la edad reproductiva (OMS, 1989). Cabe destacar que la obesidad —factor de riesgo vinculado a hipertensión, cardiopatías, problemas cerebrovasculares y diabetes— además de ser más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, también registra una mayor incidencia entre los grupos de menores ingresos. En Estados Unidos, por ejemplo, 44% de las mujeres negras, 42% de las de origen mexicano, 40% de las portorriqueñas, 31% de las cubanas y 24% de las blancas no extranjeras han presentado sobrepeso (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1992).

La **diabetes mellitus** figura entre las primeras 10 causas de muerte en todos los países de la región y afecta predominantemente a las mujeres, tendencia que se constata en todos los países examinados dentro del grupo de los que cuentan con registros de defunción más confiables (véanse los cuadros 11 y 13). La diabetes es también una causa importante de morbilidad, y constituye un factor de riesgo en el caso de enfermedades cardiovasculares, además de ocasionar ceguera, daño en los riñones y pérdida de las extremidades inferiores. Como en el caso de las enfermedades cerebrovasculares y la obesidad, la incidencia de la diabetes es mayor no sólo entre las mujeres, sino también en los grupos de menores ingresos.

La **osteoporosis**, una degeneración del tejido óseo, dolorosa, desfigurante y altamente discapacitante, es ocho veces más común entre las mujeres que entre los hombres y afecta desde un tercio a la mitad de las mujeres posmenopáusicas. Las tasas de incidencia de la osteoporosis aumentan drásticamente con la edad. En Estados Unidos, por ejemplo, dicha tasa es de 18% entre las mujeres de 45 a 49 años, de 58% entre las de 55 y 59, y de 89% entre las mayores de 75 (Estados Unidos, National Institutes of Health, 1993). Las fracturas de cadera —que constituyen una lesión específica derivada de caídas accidentales— son dos veces más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres de edad debido a que las mujeres enfrentan el riesgo particular de su menor densidad ósea. Asimismo, según las cifras disponibles para Estados Unidos, aproximadamente 20% a 40% de las personas que se fracturan

la cadera muere dentro de los seis meses posteriores a la caída, en tanto que los sobrevivientes quedan parcial o totalmente limitados en su capacidad funcional (Estados Unidos, Center for Disease Control and Prevention, 1993). Corroboran esta tendencia las estadísticas de mortalidad en Costa Rica, Uruguay, Chile, y Argentina, en las que se comienza a percibir tasas más altas de mortalidad femenina por caídas accidentales a partir de los 65 años y, particularmente, después de los 75. Valga destacar que, más allá de los cambios hormonales relacionados con la menopausia, un importante factor condicionante de esta enfermedad es la deficiencia nutricional cálcica sufrida en la juventud.

La **incontinencia urinaria** afecta entre dos y cinco veces más a las mujeres que a los hombres; pese a las restricciones que impone a la vida social de las personas, su carácter de no mortal hace que, con frecuencia, permanezca sin tratar y, lo que es peor, que tampoco se realicen esfuerzos por prevenirla. La **artritis reumatoidea** es una enfermedad inmunológica cuya incidencia es tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres —diferencia que aumenta con la edad; tiene efectos discapacitantes y reduce la expectativa de vida. Otras enfermedades inmunológicas menos frecuentes que afectan de manera desproporcional a las mujeres son las **tiroideas**, el **lupus eritematoso sistémico** y la **esclerosis múltiple**.

Las mujeres de edad avanzada pueden considerarse, fundadamente, como uno de los sectores más vulnerables de la sociedad en términos tanto físicos como económicos: primero, por su mayor morbilidad, atribuible a diferencias fisiológicas agravadas por el efecto acumulado de desnutrición, embarazos continuos, desgaste físico y psicológico de una doble jornada (doméstica y laboral), y subordinación social y económica. Esta vulnerabilidad de las mujeres mayores se ve multiplicada por la soledad que conlleva el hecho de ser más longevas que sus compañeros, así como por la mayor desprotección prestacional que resulta de su desventajosa inserción laboral durante las edades jóvenes.

El desequilibrio entre necesidades y satisfactores que incide de manera tan desproporcionada en las mujeres durante las edades posreproductivas ilustra la forma en que la interacción de los factores biológicos y socioeconómicos relacionados con edad, sexo y género, en el caso de las mujeres mayores termina por restringirles triplemente las oportunidades de protección de la salud abiertas a la población en general. Al emprender cualquier intervención orientada a corregir tales desequilibrios se debería partir por reconocer el efecto acumulativo de las inequidades a lo largo de la vida, y la consiguiente necesidad de que las medidas correctivas no se limiten a un grupo etario, sino que, por el contrario, se enmarquen en una estrategia amplia cuya finalidad sea eliminar las desventajas sociales, económicas, laborales y prestacionales que, como grupo, sobrellevan las mujeres desde la infancia.

E. CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN TODAS LAS EDADES

Con manifestaciones que varían según la edad, pero presentes a lo largo de la vida, se han identificado cuatro áreas de problemas relacionados con la salud que revisten especificidades de género muy concretas: la nutrición, la salud mental, la salud ocupacional, y la violencia sexual e intradoméstica.

1. Anemia y malnutrición

Como resultado de su función materna, así como de los cambios hormonales que experimenta durante su vida, los requerimientos nutricionales de la mujer difieren de los del hombre. Por ejemplo, entre la menstruación y la menopausia, la mujer necesita absorber hierro en una proporción que triplica la demanda de un hombre adulto, además de aumentar cuando la mujer usa dispositivos intrauterinos. Igualmente, una ingesta adecuada de calcio en la juventud es un factor crítico para evitar el riesgo de la osteoporosis durante las edades avanzadas. Además, los requerimientos nutricionales de la mujer aumentan considerablemente durante el embarazo y la lactancia; cuando éstos no son satisfechos adecuadamente se pone en peligro la salud y la vida de la madre, y aumenta el riesgo de mortalidad perinatal y de problemas físicos y mentales en la progenie.

La malnutrición es quizás el problema de salud más importante que afecta a la mujer en los países en desarrollo. Cabe destacar que tanto la obesidad como la desnutrición son formas de malnutrición, y que una y otra inciden desproporcionadamente en las mujeres. En efecto, la obesidad es más frecuente entre éstas que entre los hombres, no sólo durante la etapa posreproductiva, sino a lo largo de todo el ciclo de vida. Interesa destacar que no es una enfermedad de la opulencia; por el contrario, se ha encontrado que se relaciona inversamente con la situación socioeconómica (Gueri, Patterson y González, 1993) y es un problema de especial relevancia en el Caribe angloparlante. La anemia por carencia de hierro ha sido reconocida mundial y regionalmente como el mayor problema nutricional de la mujer, particularmente de la embarazada. Más de la cuarta parte de las mujeres de la región padecen anemia ferropénica, no obstante lo cual sólo en los servicios prenatales —cuya cobertura es de todas maneras muy limitada— se presta atención a este problema; más aún, los programas existentes hacen poco más que mantener a la mujer en el estado en que se encontraba antes del embarazo; podría decirse, entonces, que hacen "muy poco, muy tarde". Importa enfatizar aquí que, según la opinión de los expertos, la corrección de la carencia de hierro debe comenzar en la niñez (Gueri, Patterson y González, 1993).

Reiterando lo expresado en secciones anteriores, en condiciones normales, pero particularmente en las de pobreza, el déficit nutricional de la población es más severo en el caso de las mujeres como resultado de que por ser mayores sus requerimientos biológicos es más difícil satisfacerlos adecuadamente. Además, en numerosas instancias, esta situación se puede ver agravada por patrones culturales que se traducen en un tratamiento preferencial de los varones en la distribución intrafamiliar de alimentos, particularmente los derivados de proteína animal; aunque es la mujer misma la que se encarga de esta distribución, tal conducta discriminatoria obedece a estereotipos de género que asignan mayor valor al rol del varón y a su aporte a la economía del hogar.

Retomando el tema de que la mortalidad según sexo muestra una tendencia "normal" —o por lo menos estadística— a que la tasa de defunción por causas comunes a hombres y mujeres sea más alta para los primeros, los casos en que esta tendencia se invierte no dejan de merecer atención. Las cifras sobre mortalidad por anemias y deficiencias nutricionales que aparecen en el cuadro 14 indican que durante la década de 1980 en más de la mitad de los países de la región de las Américas —incluidos los industrializados— la mortalidad femenina a causa de anemias fue mayor que la masculina. En una proporción menor, aunque no desdeñable, de estos países también se observó un exceso de mortalidad femenina por deficiencias nutricionales. Las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial sobre años de vida saludable perdidos

corroboran la tendencia hacia una mayor carga de morbimortalidad por tales causas entre las mujeres (véase el cuadro 11).

En este contexto es importante subrayar que, aunque la desnutrición pocas veces es mortal, en la práctica erosiona significativamente la calidad de la vida al generar una propensión a la fatiga crónica, reducir la productividad e incrementar la vulnerabilidad a las infecciones, así como la mortalidad durante el parto.

2. Salud mental

La problemática relacionada con la salud mental de las mujeres y su misma definición estereotipada se vinculan estrechamente con los roles sociales asignados a la mujer y con su posición de subordinación y desventaja social dentro de la colectividad.

La incidencia de trastornos mentales de diversos tipos varía sustancialmente de acuerdo con el sexo. El trastorno afectivo más diagnosticado es la depresión clínica, cuya frecuencia es dos a tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres y se presenta en todas las edades (Paltiel, 1993). Con respecto a esto, en el cuadro 11 pueden verse las estimaciones de la OMS y el Banco Mundial sobre la carga de morbimortalidad por esta causa. Varios autores coinciden en señalar que la condición de subordinación de la mujer contribuye a la ocurrencia de la depresión clínica: su situación de desventaja, reforzada por patrones de socialización y expectativas sociales contrarias a la independencia y autoafirmación femeninas, induciría estados afectivos de dependencia o impotencia, baja autoestima y, finalmente, depresión. Según sugieren estudios realizados en varias culturas, contrariamente a la creencia común, la alta incidencia de estados depresivos en la edad mediana se relaciona menos con alteraciones hormonales derivadas de la menopausia que con la gama de opciones que la sociedad ofrece a las mujeres durante esta etapa (Paltiel, 1987).

Otros problemas emocionales que afectan específicamente a las mujeres y que no han recibido la atención que merecen se vinculan a los traumas resultantes del abuso sexual y la violencia doméstica, así como al desgaste físico y emocional ocasionado por la sobrecarga de trabajo y el conflicto entre roles domésticos y productivos que enfrentan las mujeres que trabajan fuera del hogar, particularmente las madres de niños pequeños.

Con respecto a las diferencias según sexo en el abuso de sustancias nocivas, se sabe que el alcoholismo y el consumo de drogas son considerablemente más altos y socialmente menos rechazados entre los hombres que entre las mujeres; que se prescriben más tranquilizantes a las mujeres, bajo el supuesto de que tienen una mayor tendencia a "crearse" enfermedades; y que el consumo de cigarrillos, tradicionalmente más alto entre los hombres, está creciendo con mayor rapidez entre las mujeres, particularmente las más jóvenes. Este fenómeno es atribuible a la creciente integración de las mujeres a campos de actividad que eran de dominio casi exclusivamente masculino, con la consiguiente ampliación de sus posibilidades de controlar ingresos y consumo. En forma paralela, las campañas publicitarias de las compañías tabacaleras multinacionales han priorizado como blanco específico a la mujer, particularmente la joven, en un intento por estimular el consumo de cigarrillos por medio de una temática "femenina" centrada en la emancipación, la igualdad con el otro sexo, el atractivo físico y, en este último contexto, la delgadez. Interesa resaltar, además, que las consecuencias del tabaquismo recaen no sólo en la salud de las fumadoras, sino también en la de sus

hijos cuando dicha práctica ocurre durante el embarazo.

3. Salud ocupacional

Mujeres y hombres están sujetos a riesgos ocupacionales similares en la medida en que realizan los mismos trabajos. Las mujeres, sin embargo, a raíz de sus funciones fisiológicas de embarazo, lactancia y menstruación, pueden incurrir en riesgos adicionales, por lo que requieren una atención particularizada; este hecho ha conducido, en algunos casos, a que se excluya a las mujeres (embarazadas o no) de ciertos tipos de trabajos con el argumento de que se está protegiendo su potencial de maternidad. Cabe mencionar que la investigación sobre este tipo de riesgos específicos ha sido enfocada hacia el producto reproductivo de las mujeres, ignorando el de los hombres expuestos a los mismos riesgos.

La salud ocupacional es un área de estudio poco desarrollada en las Américas. El conocimiento es aún más limitado en lo que atañe a la mujer, dado que los estudios se han centrado en el hombre como parámetro de lo humano, y que la mujer se ha aglutinado principalmente en los sectores de servicios e informal y el trabajo doméstico no remunerado, y no en la ocupaciones industriales a las que se ha dado prioridad en este tipo de investigaciones.

La incidencia de los distintos riesgos ocupacionales según sexo depende del tipo de trabajo en que se concentra la mano de obra femenina o masculina en cada país. Una dificultad detectable en diversos ambientes laborales es que en ciertos países y tipos de trabajo no existen disposiciones legales que faciliten a la madre el acceso al descanso que exige su organismo antes y después del parto, así como a la posibilidad de amamantar a su hijo recién nacido.

Otro tipo de riesgo común a la mayoría de las mujeres vinculadas a la fuerza laboral y que afecta particularmente a las madres de niños pequeños pertenecientes a las clases populares es lo que se ha llamado la "doble" o "triple jornada", que hace referencia a que la mujer debe conjugar su rol productivo con los domésticos (y, en ocasiones, con los comunitarios) que culturalmente se le asignan. Según una definición de trabajo como tiempo gastado en el empleo, más tiempo gastado en el hogar en labores domésticas y cuidado de los hijos, las estimaciones de la OIT indican que el hombre promedio dedica 50 horas semanales a esta actividad, en comparación con 80 en el caso de la mujer. En numerosos estudios se ha analizado el efecto del trabajo de la madre en el desarrollo de los niños; en contraste, prácticamente no existen investigaciones sobre el efecto que la disponibilidad o carencia de guarderías ejerce en la salud y el bienestar de las madres. Debe subrayarse que esta sobrecarga de trabajo no cesa cuando los hijos crecen, porque entonces la mujer de edad mediana pasa a cuidar a los padres ancianos.

Las ocupaciones tradicionales de la mujer dentro de la esfera doméstica no están exentas de riesgos, en ocasiones fatales, pero tampoco han recibido una atención proporcional en cuanto a investigación e intervención. Por ejemplo, el manejo de combustibles para la preparación de alimentos y la falta de ventilación en los lugares donde tal combustión tiene lugar son fuente de accidentes y de afecciones crónicas de las vías respiratorias. El acarreo de agua y combustible también ha sido relacionado con prolapso del útero, particularmente cuando estas actividades se llevan a cabo durante el embarazo. Pese a lo extendido de estos riesgos, la falta de valoración económica de las

labores domésticas los ha mantenido en una situación de virtual invisibilidad en el contexto de las acciones referidas a la salud ocupacional.

4. Violencia en contra de la mujer

Dado que este tema ha sido desarrollado en detalle en documentos de la CEPAL (Rico, 1992 y 1996), aquí únicamente se aludirá a la pertinencia del problema en la perspectiva de la salud pública, con énfasis específico en la violencia intradoméstica y el abuso sexual. En este plano es importante resaltar que hace sólo pocos años que el tema comenzó a introducirse en las áreas de debate y acción del sector de la salud.

El reconocimiento de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública es el resultado de una progresiva comprensión de los daños que la violencia doméstica y la violación ocasionan a la salud de la mujer. Aunque el maltrato aparece como un factor importante en la determinación de enfermedades y daños entre las mujeres, con frecuencia todavía es ignorado por los profesionales médicos: en estudios realizados en Estados Unidos se ha demostrado, por ejemplo, que entre 17% y 25% del total de los casos atendidos en unidades de urgencia involucran a mujeres maltratadas, pero que, típicamente, quienes prestan estos servicios identifican menos de 5% de las lesiones o enfermedades como sugerentes de abuso (McLeer y Anwar, 1993). De hecho, la mayoría de los daños relacionados con la violencia doméstica no revisten carácter traumático y tienden a ser tratados en servicios de atención primaria (Stark, 1981). Además, no debe perderse de vista el hecho de que con mucha frecuencia el acceso de las mujeres maltratadas a la atención médica es bloqueado por el agresor.

Aunque estos antecedentes sobre la proporción de casos de maltrato no identificados en los servicios de urgencia y, por ende, no atendidos adecuadamente como tales, se refieren a Estados Unidos, no hay razones para creer que tal situación sea más positiva en América Latina y el Caribe. Son causas importantes de esta insuficiente identificación del problema la falta de entrenamiento de los encargados de prestar tales servicios y la ausencia de protocolos institucionales de atención en las unidades de urgencia, carencias que obstaculizan el reconocimiento de la violencia doméstica como problema médico y, por consiguiente, el acceso de las mujeres a los servicios requeridos (Institute of Medicine, 1993).

Pese a que es difícil determinar la incidencia real de este problema en la región debido al considerable subregistro en su denuncia —hecho que se asocia con vergüenza, sentimientos de baja autoestima, temor de represalias o percepción de falta de apoyo del sistema judicial— un buen número de estudios locales permite estimar la magnitud del fenómeno. Una revisión de nueve investigaciones efectuadas en América Latina hizo posible establecer, por ejemplo, que entre 25% y 50% de las mujeres encuestadas declaraban haber sido objeto de abuso físico por parte de su pareja, actual o anterior (Heise y otros, 1994).

Estas investigaciones han permitido reunir mayores conocimientos sobre las características de la violencia. Se sabe así que: i) El maltrato contra las mujeres proviene de sus compañeros en 70%-90% de los casos; ii) el grupo de edad con mayores probabilidades de sufrir violencia doméstica es el de 20 a 39 años; iii) El grupo más vulnerable al abuso sexual se sitúa entre los 11 y los 16 años; iv) de las mujeres víctimas de homicidio, 45% a 60% fueron asesinadas en el entorno familiar, y la mayoría de ellas por sus cónyuges; y v) el grueso de los agresores y las víctimas procede de familias en

las cuales hubo violencia doméstica (OPS, 1993c).

La información disponible ha conducido a identificar las siguientes patologías y condiciones como expresiones del impacto de la violencia en la salud mental y física de la mujer.

* suicidio * homicidio * enfermedades de transmisión sexual * lesiones * inflamación pelviana * embarazo no deseado * aborto espontáneo * dolores pélvicos crónicos * dolores de cabeza * problemas ginecológicos * abuso de sustancias nocivas (alcohol, drogas, tabaco) * otras conductas autodestructivas * asma * síndrome de colon irritable * discapacidad parcial o permanente * desórdenes correspondientes al síndrome de estrés postraumático * depresión * ansiedad * disfunción sexual * desórdenes alimentarios * desórdenes de personalidad múltiple * desórdenes obsesivo/compulsivos.

La presencia y pertinencia de la violencia contra la mujer se relaciona con la asimetría de las relaciones de poder entre los sexos y la posición subordinada de la mujer en sociedades que, a nivel tanto de la ley como de la costumbre, todavía toleran y hasta estimulan tal comportamiento.

IV EL PROTAGONISMO DE LAS MUJERES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD

Las construcciones sociales de género ejercen una influencia indiscutible en la división del trabajo en la producción de la salud, tanto en el sector sanitario formal como a nivel informal, dentro de la familia y la comunidad.

Como ya se había señalado, el proceso de socialización condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y los hombres para que seleccionen determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al propio género. Así, mientras el ethos masculino reafirma valores de autonomía, liderazgo y lógica, el femenino se asocia con dependencia, cuidado de los demás y emotividad (Pizurki y otros, 1987). Es así como la propensión mayoritaria de las mujeres a optar por ocupaciones de servicio se expresa de modo evidente en la alta proporción que, dentro del total de la fuerza laboral femenina, se dedica al trabajo en el campo de la salud, y en la composición predominantemente femenina del personal de asistencia sanitaria.

Más allá de las diferencias cuantitativas en la participación de mujeres y hombres en el sector de la salud, se perciben otras de carácter cualitativo que no pueden dejar de asociarse con distinciones y jerarquías de género. Estas diferencias se refieren a una división sexual del trabajo en términos no sólo de ocupaciones, profesiones y especializaciones, sino también, dentro de estas categorías, de niveles de autonomía, decisión y remuneración. En efecto, en la región las mujeres constituyen aproximadamente el 80% del total de los trabajadores en el sector de la salud, pero dentro del sistema representan sólo una minoría en términos de poder y capacidad de decisión; estadísticamente, las mujeres se concentran en los tramos con más baja remuneración, capacidad de decisión y prestigio del sector (Pizurki y otros, 1988). Además, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el sistema oficial de salud se apoya en la labor de promotores de salud —en su mayoría mujeres— que prestan servicios en sus comunidades en forma voluntaria, sin percibir remuneración.

Evidentemente, tales diferencias organizacionales dentro del sector de la salud —al igual que en el caso de los perfiles de salud— son el resultado no sólo de la influencia de las motivaciones individuales adquiridas y reforzadas durante el proceso de socialización, sino también, y en alto grado, de la acción de mecanismos de control institucional que facilitan o bloquean, según el sexo, el acceso y el control respecto de posiciones y recursos.

El protagonismo femenino en la gestión de la salud familiar y comunitaria se remonta a la Edad Media, cuando las mujeres se constituyeron en pioneras de la medicina moderna. Las mujeres siempre han cumplido un papel decisivo en la gestión de la salud en el seno de la familia y la comunidad al aportar la casi totalidad de los servicios informales de atención no remunerados y ejercer una influencia determinante en las conductas de salud de otros. Han sido las principales proveedoras de atención primaria, siendo ellas quienes recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, atienden a los enfermos y cuidan a los niños, los viejos y los incapacitados; son las madres, también, quienes generalmente llevan a los hijos al centro de salud y para que sean vacunados, y las que enseñan a la familia nociones de higiene y limpieza. En Canadá se ha estimado, por ejemplo, que el 90% del cuidado de la salud corresponde a este nivel informal, y que tres cuartas partes de todas las enfermedades son atendidas fuera del sistema formal de salud (Canada, Federal/Provincial/Territorial Working Group

on Women's Health), proporciones que muy probablemente son más altas en los países en desarrollo. También es un hecho ampliamente reconocido que cuando aumenta el ingreso y la educación de las mujeres, mejora la salud y la nutrición de toda la familia, en grados comparativamente mayores que cuando dichos aumentos se refieren al hombre.

Durante los últimos 15 años las mujeres han desempeñado un papel decisivo en las economías de América Latina y el Caribe, al actuar como amortiguadoras de la crisis económica de la deuda externa que azotó a la región durante la década de 1980, contribución que dio lugar al término "ajuste invisible" acuñado por el UNICEF. La reducción de los servicios de salud provocada por las medidas de ajuste estructural que se aplicaron para enfrentar la crisis obligó a las mujeres, particularmente las de los sectores populares, a suplir el vacío institucional que les hacía difícil cumplir "su" responsabilidad de cuidar la salud y la nutrición de su familia, llevándolas a asumir tareas adicionales a expensas de su tiempo, sus ingresos y su propia salud.

La crisis empujó a las mujeres al mercado laboral en proporciones aún mayores que en las décadas precedentes, y los ingresos derivados de su trabajo se convirtieron en un elemento crítico para la supervivencia familiar. Pero más allá del aporte de sus ingresos, se debe considerar el de su tiempo, como consecuencia de la extensión de sus jornadas de trabajo no remunerado con el fin de sustituir la labor de los servicios institucionales de salud que habían sufrido reducciones. El hecho de que la responsabilidad fundamental del rol reproductivo doméstico hubiera recaído socialmente en las mujeres hizo que en numerosas instancias, ante la urgencia de asegurar la subsistencia de sus familias, rompieran su aislamiento dentro de la esfera doméstica para aliarse con otras mujeres y gestar formas de organización comunitaria, tales como comedores populares u ollas comunes, que atendieran colectivamente las necesidades de su grupo familiar. Esta irrupción masiva de la mujer en el mundo público y en las estructuras de poder comunitario desencadenó procesos irreversibles de participación igualitaria, que tornaron la llamada "década perdida" en la "década ganada" para las mujeres de América Latina y el Caribe (López Montaña y Ronderos, 1994).

Muchas intervenciones en materia de salud han sido diseñadas de manera tal que dependen esencialmente de la participación de las mujeres, quienes tienen que llevar la carga de tecnologías pobremente formuladas, cuyo costo monetario es bajo, pero resultan muy onerosas en consumo de tiempo. Un excelente ejemplo de este tipo de orientación son las 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" (Antrobus, 1993).

Gran parte de los logros de los programas de atención primaria de la salud en los campos de la nutrición, la planificación familiar y, por supuesto, el cuidado de los niños, tradicionalmente han sido fruto del trabajo no remunerado de las mujeres. En el contexto de los programas de ajuste estructural, por ejemplo, las reducciones en la atención de salud fueron formalmente justificadas aduciendo que gran parte de dicha atención tiene lugar dentro del hogar (Cornia, Stewart y Jolly, 1987). Con la misma lógica, la escasez crónica de recursos destinados al cuidado de los ancianos siempre se ha racionalizado con el argumento de que los ancianos son atendidos por sus "familias", tras lo cual se oculta el hecho de que no es el grupo familiar, sino las hijas mujeres, quienes asumen casi exclusivamente esta función, aun en los casos en que esa responsabilidad entra en

conflicto con sus otros roles laborales y domésticos (Sánchez-Ayénde, 1993). En esta evaluación errónea del "tiempo libre" de las mujeres se han basado políticas y proyectos sanitarios que buscan optimizar la contribución de la mujer a la sociedad por la vía de volverla más eficiente en el desempeño de sus roles tradicionales, en este caso particular, el de madre y responsable de la salud familiar, y gestora voluntaria de la salud comunitaria.

Pese a la sostenida y crucial contribución de las mujeres al desarrollo de la salud a través de la historia, este aporte continúa siendo invisible, desvalorizado y carente de apoyo, por considerarse que es una función intrínseca de la naturaleza femenina, un deber adscrito a su género y una extensión del trabajo doméstico.

En la década de 1980 comenzó a cristalizarse en América Latina y el Caribe un movimiento de las mujeres en el campo de la salud como resultado de la interacción de tres grandes componentes: el movimiento popular femenino, las organizaciones no gubernamentales de mujeres y profesionales de la salud, y el movimiento feminista (Portugal y Matamala, 1993). La incipiente incorporación de las trabajadoras de los servicios estatales de salud (personal auxiliar, administrativo y profesional) observada a principios de los años noventa apunta a la convergencia de las mujeres que desde los diversos ámbitos de su quehacer cotidiano —doméstico, comunitario y de las instituciones de salud— se movilizan en torno de un problema común: la posición de desventaja que ocupan las mujeres en la producción y distribución de los beneficios del desarrollo de la salud.

El avance de este movimiento se puso de manifiesto en propuestas y acciones, en su mayor parte relacionadas con la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, ante los servicios de salud y las políticas de población de los gobiernos, aunque también fue abriendo el debate y sensibilizando el ámbito público respecto de la problemática de la salud integral, en aspectos tales como la violencia en contra de la mujer (Portugal y Matamala, 1993). La configuración en 1984 de una red regional de salud de las mujeres, Isis Internacional, y la subsecuente edición del **Boletín de la red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe**, marcó un hito fundamental en la historia de la articulación y desarrollo de este movimiento.

Al analizar la dinámica del proceso de desarrollo de la salud se pone de manifiesto que la mujer, lejos de haber estado fuera de él, supuesto implícito en los postulados "integracionistas" de la década de 1980, ha sido pionera, soporte básico y eje de dicho proceso. En consecuencia, no es exagerado afirmar que, en gran parte como resultado de desigualdades preexistentes, el sistema de salud se asienta y se mantiene a nivel macro gracias al trabajo, el tiempo y los roles de género de la mujer.

V. ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA PROPUESTA DE POLÍTICAS DE SALUD

Las propuestas de políticas en salud formuladas desde una perspectiva de género buscan, por una parte, integrar los intereses específicos de las mujeres en la planificación y la producción de la salud y, por la otra, utilizar el potencial de las iniciativas para el desarrollo de la salud con miras a fortalecer —a nivel individual y, sobre todo, colectivo— la autoestima y la autonomía de las mujeres. Esta estrategia de fortalecimiento de la autonomía y de la capacidad organizativa de las mujeres apunta a lograr que los intereses, conocimientos y habilidades de las mujeres puedan traducirse efectivamente en un aumento de su control sobre los factores que determinan su propio bienestar, así como en la transformación de la corriente central del proceso social de producción de la salud.

Es importante subrayar que la transformación buscada no persigue la integración de un mayor número de mujeres al proceso, ni un aumento de la productividad de éstas en el desempeño de los roles formales e informales que tradicionalmente han venido cumpliendo dentro del sistema de salud; el cambio que se propone se relaciona con los términos de la vinculación de las mujeres al proceso de desarrollo de la salud (León, 1993), de manera tal que se garantice la equidad de la participación de mujeres y hombres, la efectividad de las intervenciones sanitarias y la sustentabilidad de dicho proceso.

Como ejemplos de aproximaciones empíricas a este tipo de propuesta, cabe citar la política del Ministerio de Salud de Colombia "Salud para las mujeres y mujeres para la salud" (Londoño y Arango, 1992), promulgada oficialmente en 1992, y la reformulación, con participación de las mujeres, del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) en la Secretaría de Salud de Sao Paulo, Brasil, en 1985 (Portugal y Matamala, 1993). Es esencial destacar que la formulación de tales políticas no fue el resultado de un proceso oficial verticalista (de arriba hacia abajo), sino el fruto de la acción organizada y la presión política del movimiento de mujeres en distintos sectores de estos países.

El punto de partida de este tipo de políticas fue el reconocimiento de las diferencias entre mujeres y hombres, y también de que el contenido de éstas varía según el contexto social, económico, étnico, etario o cultural en que se dan. A partir de la identificación de tales diferencias, mediante estas políticas se ha intentado, por una parte, introducir medidas que respondan efectivamente a los intereses y las necesidades específicas de género en los programas generales y, por la otra, instrumentar acciones especialmente dirigidas a eliminar la desventaja relativa en que se encuentran las mujeres con respecto a la producción y el goce de la salud.

Esta doble estrategia apunta no sólo a conseguir cambios a nivel institucional legislativo y normativo, sino también a desarrollar y fortalecer los grupos de base y las organizaciones de mujeres a fin de que se conviertan en grupos de presión (de la base hacia arriba) para introducir modificaciones en la formulación de políticas y lograr que esos cambios se materialicen en la práctica.

En la propuesta se prioriza el nivel de planificación local como centro de acción y se subraya la importancia de emprender acciones intersectoriales participativas dirigidas a crear condiciones y oportunidades que sitúen a las mujeres en pie de igualdad con los varones no sólo con respecto al logro de su máximo potencial en materia de salud, sino también al diseño, construcción y dirección de una sociedad más sana, más equitativa y

más justa.

Notas

BIBLIOGRAFÍA

- Antrobus, Peggy (1993), "Enfoque de género en los sistemas de atención de salud: el caso del Caribe", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- American Cancer Society (1989), "Cancer in the poor American: A report to the Nation", Findings of regional hearings.
- Banco Mundial (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993*, Washington, D.C.
- Canadian Council for International Cooperation/MATCH International Centre/Association québécoise des organismes de coopération internationale (1991), *Two Halves Make a Whole: Balancing Gender Relations in Development*, Ottawa, Bonanza Press.
- Carlson, B.A. y T.M. Wardlaw (1990), "A global, regional and country assessment of child malnutrition", UNICEF Staff working papers, N° 7, Nueva York.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)(1994), Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (LC/G.1813(SES.25/18)), Santiago de Chile.
- _____ (1993), "Las mujeres en América Latina y el Caribe: un protagonismo posible en el tema de población", serie Mujer y desarrollo, N° 12 (LC/L.738), Santiago de Chile.
- CLAP/OPS (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Organización Panamericana de Salud) (1990), "El control perinatal", *Salud perinatal*, vol. 3, N° 10, Montevideo.
- _____ (1989), "El nacimiento por cesárea hoy", *Salud perinatal*, vol.3, N° 9, Montevideo.
- Coe, G. y R. Hanft (1993), "El uso de la tecnología en la atención de la salud de la mujer. Revisión de la literatura", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Cornia, Giovanni Andrea, Frances Stewart y Richard Jolly (comps.) (1987), *Adjustment with a Human Face. Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*, vol.1, Oxford, Oxford University Press.
- Epstein, C.F. (1988), *Deceptive Distinctions: Sex, Gender and the Social Order*, Londres, Yale University Press/Russell Sage Foundation.
- Estados Unidos, Center for Disease Control and Prevention (1993), *Priorities for Women's Health*, Atlanta.
- Estados Unidos, National Institutes of Health (1992), *Opportunities for Research on Women's Health*, NIH Publication, N° 92-3457A.
- Faúndez, A. y otros (1989), "Commentary on women's reproductive health: means or end?", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, supplement 3.
- Germain, A. y P. Antrobus (1989), "New partnership in reproductive health care", *Populi*, vol. 16, N° 4.
- Gómez Gómez, E. (1993a), *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez, (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- _____ (1993b), Capítulo introductorio, *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización

- Panamericana de la Salud (OPS).
- (1993c), "Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez, (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (1990), "Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas", Washington, D.C., Organización Panamericana de Salud/Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Gueri, M., W.A. Patterson y T. González-Cossio (1993), "Mujer y nutrición en las Américas: problemas y perspectivas", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez, (comp.), Publicación científica N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Hatcher, R.A. y otros (1989), *Tecnología anticonceptiva. Edición internacional*, Atlanta, Printed Matter Inc.
- Heise, L. y otros (1994), *Violence Against Women; The Hidden Burden*, Washington, D.C. Banco Mundial.
- ICRW (Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer) (1989), *Strengthening Women: Health Research Priorities for Women in Developing Countries*, Washington, D.C.
- Institute of Medicine (1993), *Access to Health Care in America*, Washington, D.C., National Academy Press.
- International Women's Health Coalition (1991), *Reproductive Tract Infections in Women in the Third World*, Nueva York.
- Jacobson, J. (1992), "Women's reproductive health: The silent emergency", Worldwatch paper, N° 102, Washington, D.C.
- Jamison, E. (1991), *World Population Profile: 1991*, Washington, D.C., United States Census Bureau.
- Kimball, A.M., R. González y F. Zacarías (1993), "La mujer y la epidemia de SIDA: una crisis inminente para las Américas", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Kirschstein, R. (1991), "Research on women's health", *American Journal of Public Health*, vol. 81, N° 3.
- León, M. (1993), "El género en la política pública de América Latina: neutralidad y distensión", *Análisis político*, N° 20, Santafé de Bogotá, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia.
- Londoño, A. y Y. Arango (1992), *Salud para las mujeres, mujeres para la salud*, Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.
- López, A.D. (1984), "Sex differentials in mortality", *WHO Chronicle*, vol. 38, N° 5.
- López Montaña C. y M. Ronderos Torres (1994), "Reforma social con perspectiva de género: aportes para la discusión", documento presentado en el Foro Regional "La mujer en las Américas: participación y desarrollo", Guadalajara, Banco Interamericano de Desarrollo/Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (BID/UNIFEM/CEPAL), abril.

- Machado, M.H. (1993), "Las mujeres en el mercado de trabajo de la salud en las Américas: una hegemonía femenina?", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Matos, E.L. y otros (1990), "Geographical patterns of cancer mortality in Argentina", *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, N° 4.
- McLeer, S.V. y R. Anwar (1993), "A study of battered women in an emergency department", *American Journal of Public Health*, vol. 79.
- Measham, A.R. y R.W. RoCHAT (1987), "Slowing the stork: Better health for women through family planning", documento presentado en la International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya.
- Miller, A.B. (1989), "Mammography: A critical evaluation of its role in breast cancer screening, especially in developing countries", *Journal Public Health Policy*, invierno.
- Mora, Germán y Joao Yunes (1993), "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Moser, C.O.N. (1993), *Gender Planning and Development*, Londres, Routledge.
- Omran, A.R. y J.A. Solís (1992), "Family planning for health in the Americas", *Reproductive Health in the Americas*, A.O. Omran y otros (comps.), Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Omran, A.R. (1985), *Fertility and Health: The Latin American Experience*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1989), "Cardiovascular disease and use of oral contraceptives", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 67, N° 4.
- ____ (1980), *Health and the Status of Women*, Documento oficial, N° 173, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1993a), Sistema de Información Técnica.
- ____ (1993b), "Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas", Washington, D.C.
- ____ (1993c), "La violencia contra la mujer y las niñas: análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública", trabajo presentado en la Decimotercera Reunión del Subcomité Especial Sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, Washington, D.C., abril.
- ____ (1990), "Consulting group on cervical cancer research. Summary report", Washington, D.C., 9 y 10 de octubre.
- Organización Panamericana de la Salud/Programa de Salud Materno Infantil (1987), *Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna*, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud/Programa de Salud del Adulto/Programa de Salud Materno Infantil (1992), Situación epidemiológica y de los programas de control del cáncer del cuello uterino en América Latina. Actualización a 1989-1990, documento interno, Washington, D.C., inédito.
- Organización Panamericana de la Salud/Programa Regional de SIDA/ETS (1994), *Vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas*, informe trimestral, Washington, D.C., junio.

- Pagel, J. y J.E. Bock (1984), "Endometrial cancer: A review", *Dan Med Bull*, vol. 31, N° 4.
- Paltiel, F. (1987), "Women and mental health: A post Nairobi perspective", *World Health Statistics Quarterly*, vol. 40, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- (1993), "La salud mental de la mujer en las Américas", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Pizurki, H. y otros (1988), *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)(1993), *Informe sobre el desarrollo humano, 1993*, Nueva York, The Oxford University Press.
- Portugal, A.M. y M.I. Matamala (1993), "Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Puffer, R.R. y C.V. Serrano (1973), *Patterns of mortality in childhood*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Ramos, S. y E. Pantelides (1990), "Dificultades en la prevención del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo", Documento N° 43, Buenos Aires, CEDES.
- Ravindran, S. (1986), "Health Implications of Sex Discrimination in Childhood. A Review Paper and an Annotated Bibliography", Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Restrepo, H. (1993), "Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Richters, A. (1992), "Gender, health and development", *Social Science and Medicine*, vol. 35, N° 6.
- Rico, Nieves (1996), "Violencia de género: un problema de derechos humanos", serie Mujer y desarrollo, N° 16 (LC/L.957), Santiago de Chile.
- (1992), "Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuestas para la discusión", serie Mujer y desarrollo, N° 10 (LC/L.690), Santiago de Chile.
- Robles, S. (1993), "El tabaquismo en la mujer en las Américas", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Ross, J.A. y otros (1992), *Family Planning and Child Survival Programs as Assessed in 1991*, Nueva York, The Population Council.
- Sánchez-Ayéndez, M. (1993), "La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Serrano Lavertu, D. y A.M. Linares Parada (1993), "Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida: una perspectiva de género", *Género, mujer y salud en las Américas*, E. Gómez Gómez (comp.), Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Stark, E. (1981), *Wife Abuse in the Medical Setting: An Introduction for Health*

Personnel, Monograph No. 7, Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.

- Starrs, A. (1987), *Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the International Safe Motherhood Conference*, Washington, D.C., Banco Mundial/Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Sundström, Kajsa (1993), "Abortion: A reproductive health issue", Women's Health and Nutrition Work Program Working Paper series, Washington, D.C., Banco Mundial.
- The Population Crisis Committee (1992), *World Access to Birth Control*, Washington, D.C.
- Verbrugge, L.M. (1990), "Pathways of health and death", *Women, Health and Medicine in America*, R. Apple (comp.), Nueva York, Garland Publishing.
- Waldron, I. (1987), "Patterns and causes of excess female mortality among children in developing countries", *World Health Statistics Quarterly*, vol. 40, N° 3.
- Whelan, S.I., D.M. Parkin y E. Masuyer (comps.) (1990), *WHO/IARC Patterns of Cancer in Five Continents*, IARC Scientific Publications, N° 102, Lyon.
- Whitehead, M. (1990), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Copenhague.

Serie Mujer y Desarrollo*

Nº	Título
1	Mujeres rurales de América Latina y el Caribe: Resultados de programas y proyectos (LC/L.513), septiembre de 1989
2	América Latina: el desafío de socializar el ámbito doméstico (LC/L.514), septiembre de 1989
3	Mujer y política: América Latina y el Caribe (LC/L.515), septiembre de 1989
4	Mujeres refugiadas y desplazadas en América Latina y el Caribe (LC/L.591), noviembre de 1990
5	Mujeres, culturas, desarrollo (Perspectivas desde América Latina) (LC/L.596), marzo de 1991
6	Mujer y nuevas tecnologías (LC/L.597), noviembre de 1990
7	Nuevas metodologías de participación en el trabajo con mujeres (LC/L.592), octubre de 1990
8	La vulnerabilidad de los hogares con jefatura femenina: preguntas y opciones de política para América Latina y el Caribe (LC/L.611), abril de 1991
9	Integración de lo femenino en la cultura latinoamericana: en busca de un nuevo modelo de sociedad (LC/L.674), marzo de 1992
10	Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuestas para la discusión (LC/L.690), mayo de 1992
11	¿Feminización del sector informal en América Latina y el Caribe? (LC/L.731), marzo de 1993
12	Las mujeres en América Latina y el Caribe. Un protagonismo posible en el tema de población (LC/L.738), mayo de 1993
13	Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente (LC/L.767), diciembre de 1993
14	Poder y autonomía. Roles cambiantes de las mujeres del Caribe (LC/L.881), abril de 1996
15	Formación de los recursos humanos femeninos: prioridad del crecimiento y de la

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a: Unidad Mujer y Desarrollo, Casilla 179-D, Santiago, Chile.

equidad (LC/L.947), junio de 1996

- 16 Violencia de género: un problema de derechos humanos (LC/L.957), julio de 1996
- 17 La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques (LC/L.990), abril de 1997