

Distr.  
RESTRINGIDA  
E/CEPAL/R.318  
2 de junio de 1982  
ESPAÑOL  
ORIGINAL: PORTUGUES

CEPAL  
Comisión Económica para América Latina



IMPACTO DE LA MODERNIZACION SOBRE  
LA MUJER DE UNA COMUNIDAD RURAL ★

★ Este informe fue preparado por el equipo de profesores investigadores y alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo en el contexto del proyecto "Impacto de la Modernización sobre la comunidad rural: estudio y participación de la mujer en programas de salud y bienestar en Brasil". La CEPAL actuó como organismo de ejecución y el financiamiento fue suministrado por el Fondo de Contribuciones Voluntarias para el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.



## Introducción

Este documento corresponde al informe del proyecto titulado "Impacto de la modernización sobre una comunidad rural: estudio y participación de la mujer en programas de salud y bienestar en Brasil". Dicho proyecto realizado por docentes de las cátedras de antropología cultural y medicina preventiva del Centro de Ciencias Médicas y Biológicas (CCMB) de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo con la participación de alumnos de medicina y enfermería, contó con la Secretaría de la CEPAL como agencia ejecutora y con el aporte financiero del Fondo de Contribuciones Voluntarias para el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.<sup>1/</sup>

La inquietud de realizar una investigación sobre los efectos que tienen las transformaciones económicas y sociales sobre la vida de las mujeres y la posibilidad de involucrar a los alumnos en un trabajo directo con la realidad que será su área de labor futura existía ya hace mucho tiempo en la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo. El municipio de Sorocaba, más precisamente el Distrito de Edén constituía en este momento el lugar más apropiado para trabajar la problemática específica relativa a la salud de las mujeres en un contexto global en que ella se inserta en el instante mismo en que esta atravesaba un proceso de cambio producido por la destrucción progresiva de las actividades agrícolas tradicionales y el impacto de la instalación de varias industrias en el municipio.

La presencia en la comunidad de un nuevo centro de salud creaba asimismo condiciones propicias para el desarrollo de programas de salud participativos e integrados.

Una vez elaborado el proyecto y presentado para su aprobación se comenzó la fase de motivación de los alumnos organizando charlas sobre temas que vinculaban la estructura universitaria y la asistencia en materia de salud.

Del grupo total de alumnos se formó naturalmente un subgrupo que demostró mayor interés y que fue seleccionado para trabajar en calidad de monitores. En la preparación de este grupo se dio mucho énfasis, junto con profundizar conocimientos de atención médica, a la relación con la comunidad en términos de sujeto y no objeto.

Simultáneamente se realizaba una investigación sobre aspectos históricos del área y se entrevistaba a los ejecutivos de las industrias instaladas.

Es interesante señalar que uno de los aspectos más difíciles de lograr en el desarrollo de todo el proyecto fue el consenso de objetivos y metodologías no tanto por tratarse de disciplinas científicas de diferente origen, sino por el hecho de desarrollar tradicionalmente líneas de trabajo extremadamente diferentes.

---

<sup>1/</sup> Véase lista general de los participantes del proyecto en el Anexo N°1.

Superada esta fase se elaboró con una amplia participación de los alumnos un cuestionario preliminar que fue probado por los docentes y monitores en una muestra de cerca de 50 hogares. La evaluación de ese pre-test sirvió además para aclarar las diferentes posiciones e intereses preparándose finalmente los cuestionarios definitivos que se aplicaron, organizados en tres partes, a una muestra de 240 hogares, 193 en la zona urbana y 47 en la zona rural. Los criterios utilizados para aplicar los cuestionarios fueron:

- A: la totalidad de los hogares de la muestra;
- B y C: mitad de hogares en la zona urbana y la totalidad de los situados en la rural.

Posteriormente se organizaron grupos de trabajo para analizar los datos recogidos y discutir acciones futuras.

Los objetivos más inmediatos del proyecto se centran en la difusión de los resultados de esta investigación a la comunidad involucrada como asimismo en el ambiente universitario. Se espera realizar a corto plazo seminarios en el medio médico y universitario general que promuevan una profundización del conocimiento adquirido a través de este proyecto.

Consideramos que este proyecto tanto por los nuevos conocimientos objetivos que aporta como por la metodología que ha llevado a cabo constituye un avance en el proceso educativo actual en términos de promover una mayor participación de los alumnos y su preparación para trabajar con una realidad concreta.

Queremos destacar y agradecer finalmente el apoyo de la rectora de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, señora Nadir G. Kfourri por su permanente colaboración en el desarrollo del proyecto y agradecemos a CEPAL y al Fondo de Contribuciones Voluntarias para el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer la oportunidad de haberlo podido concretar.

## I. HISTORIA DE LAS TRANSFORMACIONES

### 1. La creación de la Zona Industrial

La Zona Industrial, cuya incorporación al perímetro urbano de la sede del Municipio de Sorocaba se hizo efectiva mediante la Ley Nº 1 766 de 29 de diciembre de 1973, ya existía al menos en el papel y era del conocimiento de por lo menos una parte de la población de Sorocaba (políticos, asesores del alcalde, funcionarios) desde 1966, año en que fue aprobado por la Ley 1 438 de 21 de noviembre el planeamiento regional que la definía.

La superficie destinada a integrar la Zona Industrial abarcaba casi todo el Distrito de Cajuru do Sul, casi la mitad del Distrito del Edén, una pequeña zona del Distrito de Sorocaba y una zona ínfima del Distrito de Brigadeiro Tobias, zonas que, antes del paso de la Carretera Castelo Branco, constituían, por decirlo así, "el interior remoto" del Municipio. Con excepción del espacio ocupado por las pequeñas villas del Edén y de Cajuru do Sul, todo el espacio restante, comprendido por la zona industrial, pertenecía a la zona rural de los distritos mencionados. El crecimiento industrial se haría, una vez más, a expensas del rural, a costa del abandono de la actividad agrícola. A este respecto, es importante señalar que en la época en que se aprobó el planeamiento regional que definía la Zona Industrial (1966), se venían introduciendo transformaciones significativas en el sector agrícola, o éstas se cernían amenazadoras sobre él, como resultado de la aplicación del Estatuto de la Tierra y del Estatuto del Trabajador Rural: el primer catastro de las propiedades agrícolas se realiza, coincidentemente, en 1966. Diríase que la política municipal que orientó la creación de la Zona Industrial no podría haber escogido un momento más oportuno para perturbar a la zona rural, y se puede imaginar cuánta preocupación debe haber causado este conjunto de medidas a los pequeños productores agrícolas de la región. Amenazados por una parte por las leyes federales y, por otra, por la expansión industrial del Municipio, ¿qué les quedaba? ¿continuar en la agricultura en otro lugar? ¿abandonar el campo y hacer la elección que su Municipio ya hiciera, mudándose a la villa o a cualquier ciudad e ingresando en el comercio o la industria?

Según el señor García, antiguo arrendatario, morador de la región desde hace casi 20 años y propietario de una pequeña chacra de menos de dos hectáreas fue a partir de esa época que los propietarios comenzaron a despedir a los empleados y mudarse del campo a la villa, desde la cual continuaban ocupándose de sus pequeños predios agrícolas, pero ya sin el impulso anterior. "La tierra para arrendar se puso muy cara", nos decía la hija de otro antiguo arrendatario, "y ya no compensaba; la tierra estaba cansada, necesitaba mucho abono y el abono también estaba muy caro".

## 2. El Distrito del Edén en transformación

No obstante haber sido el Distrito de Cajuru do Sul el más afectado, en cuanto a superficie por la creación de la Zona Industrial, fue el Distrito del Edén el que recibió de inmediato el mayor impacto de la industrialización que comenzaba, ya que fue en sus tierras que se comenzaron a instalar las nuevas fábricas.

Anteriormente a la apertura de la Carretera Castelo Branco, en 1970, el Distrito del Edén, así como el de Cajuru, eran atravesados sólo por una carretera intermunicipal, la Sorocaba-Itú, que unía Sorocaba a la región servida por la Compañía Paulista de Ferrocarriles, una de las más importantes del Estado. Sin embargo, alrededor de 1974/1975, el "Castelinho", es decir, el brazo de la carretera que vino a unir Sorocaba directamente a la Carretera Castelo Branco, cortando de un lado a otro el Distrito de Cajuru do Sul y parte del Distrito del Edén, transformó la zona al cruzar con la antigua carretera Sorocaba-Itú, inmediatamente abajo de los límites del Distrito del Edén con el Distrito de Sorocaba, en el lugar privilegiado para el inicio del proceso.

### a) La zona rural

El Distrito del Edén, antiguo Distrito de Pirajibu, nombre que le venía del río que corre en las proximidades, abarca tres sub-zonas: el Edén propiamente dicho, constituido por la villa y sus alrededores, y los barrios rurales de Campininha e Iporanga.

Tomando como base los inmuebles rurales registrados en el nuevo catastro levantado en 1978, comprobamos que el Distrito del Edén posee una superficie global de aproximadamente 37 595 959 m<sup>2</sup>, en su mayor parte repartidos entre el Edén propiamente dicho (17 816 395 m<sup>2</sup>) y el Barrio de Campininha (14 189 509 m<sup>2</sup>), ya que en el barrio de Iporanga caben apenas 5 590 055 m<sup>2</sup> del total.

El levantamiento a que nos referimos, efectuado por nosotros junto a la Unidad Municipal de Catastros (UMC) de la Municipalidad de Sorocaba, a partir de las declaraciones de propiedad, registraba aquel año un total de 211 inmuebles clasificados como rurales en el Distrito del Edén, distribuidos de la siguiente manera: 75 en el Edén, 94 en Campininha y 42 en Iporanga, la menor de las tres sub-zonas.

Del total de 211 inmuebles rurales antes mencionados, 138 eran considerados por el Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria (INCRA) como minifundios, dado que poseían menos de 13 hectáreas, es decir superficies inferiores a la fracción mínima de parcelamiento aceptada por aquel órgano para la región. Del total de minifundios, el 47.1% se encontraba en Campininha, el 34.8% en el Edén y el 18.1% en Iporanga. Sin embargo, en relación con el total de los inmuebles rurales situados en cada una de estas sub-zonas, estas cifras se elevan a 69.2% en Campininha, 64% en el Edén y 59.5 en Iporanga, lo que nos permite percibir que los minifundios no sólo constituían mayoría en las tres sub-zonas sino que se encontraban efectivamente más concentrados en Campininha (Cuadro 1).

/Los datos

Los datos sobre el movimiento de ventas de inmuebles en la zona en los últimos cincuenta años nos revelan sin embargo que las propiedades rurales en el Distrito del Edén presentaron en tiempos pasados superficies bastante mayores que las encontradas en 1978, especialmente en Iporanga y en Campininha, habiéndose producido por lo tanto un cierto proceso de fraccionamiento en la región en el transcurso de estos años. Según estos datos, el total de 211 inmuebles registrados en las tres sub-zonas en 1978 era superior al total registrado en los años anteriores a su adquisición, cuando correspondía a 182. Por otra parte una comparación entre el número de propietarios en 1978 y el número de propietarios de quienes estos inmuebles fueron adquiridos permite comprobar claramente que, al ser menos estos últimos, la propiedad rural se encontraba antes mucho más concentrada, lo que refuerza el dato anterior (Cuadro 2).

b) Ocupación y explotación

Ante la imposibilidad de obtener datos relativos a la ocupación y a la explotación de los 211 inmuebles rurales registrados en 1978, básicamente utilizaremos en el presente documento los datos reunidos junto a la Coordinadora Regional del INCRA en Sao Paulo, en relación con los mismos, para el año 1972. Sin embargo, tales datos distan mucho de ser suficientes para permitirnos realizar aquello que deseáramos, razón por la cual estaremos obligados a deslizarnos muchas veces hacia el terreno de las conjeturas.

Los datos de que se trata, a pesar de ser precarios, indican que de los 211 bienes inmuebles rurales encontrados en 1978, apenas 106 (50.2%) poseían viviendas, prescindiendo los demás de ese tipo de instalación. Como no disponemos de datos precisos sobre la forma en que tales bienes inmuebles eran explotados, no podemos afirmar nada con seguridad respecto del significado de este dato, puesto que aunque la presencia de viviendas pueda tomarse como indicador seguro de la utilización de estos inmuebles, su ausencia puede no significar necesariamente que los mismos no estuviesen siendo explotados, sino solamente que los que trabajaban en ellos no residían allí.

La sub-zona que poseía un número relativamente mayor de bienes inmuebles rurales con vivienda era Iporanga (66.7%), seguida de Campininha (53.2%) y finalmente el Edén con apenas 37.3%, cifras que parecen sugerir la existencia de una relación entre la distancia de la villa y la residencia en el inmueble. Es interesante señalar, por ejemplo, que Iporanga, el barrio más distante de la villa, era también el que registraba un mayor número relativo de bienes inmuebles con vivienda (Cuadro 3).

Aunque la existencia de viviendas en los bienes inmuebles rurales pudiese constituir un indicador importante para estimar la extensión en que la zona había sido ocupada en años anteriores, poco informaba respecto del estado de su ocupación en 1972. De este modo, hacía necesario investigar la extensión en que las mismas estaban habitadas en aquel momento. Los datos relativos a 1972

/nos permitieron

nos permitieron comprobar que, de los 106 inmuebles rurales que poseían viviendas, apenas 78 (75.58%) estaban habitados entonces con carácter permanente, lo que indicaba que en 28 las casas existentes estaban desiertas, o sea, habían sido abandonadas.

Si la existencia de 28 inmuebles rurales con viviendas cerradas podía no significar mucho, la diferencia entre el total de casas existentes en los 106 inmuebles (201) y el número de familias encontradas en ellas (144) parecía no dejar duda de que la zona como un todo ya venía experimentando en aquella época un intenso proceso de éxodo. El impacto simultáneo del Estatuto de la Tierra y del Estatuto del Trabajador Rural y la especulación inmobiliaria generada por la reciente creación en la Zona Industrial ya habían producido entonces sus efectos sobre la región. El superávit de casas en relación con el número de familias, es decir, el número de casas deshabitadas, que ascendía a 57, se distribuía de la siguiente manera: 25 en el Edén propiamente dicho, 23 en Iporanga y 9 en Campininha, indicando el sentido en que el éxodo se había producido (Cuadro 4).

Según es posible apreciar a través del mismo cuadro, sólo 623 personas habitaban los inmuebles rurales de las tres sub-zonas en 1972, lo que si se compara con los datos del censo de 1970 para la zona rural del Distrito del Edén, daba una diferencia de aproximadamente 200 personas menos, confirmando el éxodo ya aludido. Del total de personas antes mencionado, el 44.46% residía en la sub-zona del Edén, el 38.52% en Campininha y el 17.02% en Iporanga, la menor y menos poblada de las tres. El término medio de personas por familia para el conjunto de las tres sub-zonas era de 4.3. Calculado separadamente, era de 4.9 para el Edén, 4.8 para Iporanga y 3.6 para Campininha. Tales cifras, considerablemente bajas para zonas rurales, parecen reflejar el tipo de familia que permanecía en la zona.

No poseemos ni para 1978 ni para 1972 datos más sistemáticos sobre las actividades económicas que se realizaban en el Distrito del Edén. Sin embargo, el señor García, refiriéndose a épocas más remotas, decía que: "Iporanga más criaba vacas, casi nadie habitaba allí", agregando a modo de refuerzo que "Iporanga no tenía dueño" y que "el personal todavía está luchando por causa de las tierras en aquel lugar". Ya en el Edén propiamente dicho y en Campininha, el predominio era de la actividad agrícola, con especial referencia al cultivo de la cebolla, del tomate y de la naranja. "Cerca de la nueva Posta de Salud", decía doña Elisa, su enfermera de mayor categoría y moradora de la villa desde hacía 22 años, "había un lugar sólo para rastrillar cebolla. Las mujeres se juntaban allí y metían mucha bulla..." El señor García era uno de los que plantaban cebollas y se refiere así a aquellos tiempos: "Me gustaba plantar cebolla; otros plantaban maíz o frijoles, por hallar que la cebolla daba mucho trabajo. En las tierras que yo arrendaba también plantaba maíz y frijoles para el consumo, cuando arrancaba la cebolla; si sobraba, vendía..."

/La mano



La mano de obra utilizada, a juzgar por los registros del INCRA para 1972 y por las informaciones del señor García y de otros moradores, era principalmente la de los propios productores directos: propietarios, aparceros y arrendatarios. Según los datos obtenidos conjuntamente con el INCRA, existían en la zona en aquella fecha, además de los propietarios, un total de 29 aparceros y arrendatarios: 16 aparceros, en su mayoría con contrato verbal, en Campininha, distribuidos en 6 propiedades; 11 arrendatarios, todos con contrato escrito, en el Edén propiamente dicho, distribuidos en cinco propiedades; y un aparcerero con contrato verbal y un arrendatario con contrato escrito en Iporanga, cada uno en una propiedad diferente.

Por lo que nos muestran los datos antes mencionados, el arrendamiento y la aparcería se concentraban en distintas zonas, muy probablemente en función de los cultivos predominantes en cada una de ellas: aparcería en Campininha y arrendamiento en el Edén. La declaración del señor García sólo confirma esta distribución. "Alrededor del Edén, decía él, estaba el que tenía tierra para arrendar"; sin embargo, en su opinión, al mayor propietario de tierras del lugar, don Francisco Bueno de Camargo, no le gustaba arrendar. "El era el dueño de la tierra en derredor pero no quería el progreso del lugar. No vendía ni arrendaba". Ya en Campininha "no había mucha tierra para arrendar. Los propios dueños eran los que trabajaban". Y ciertamente con ellos, decimos nosotros, los aparceros.

c) Las propiedades cambian de dueños y el Edén cambia de actividad

Un análisis del movimiento de ventas de los inmuebles rurales en la zona permite percibir en forma clara que fue efectivamente el decenio de 1970 el que presenció el mayor número de transacciones inmobiliarias en la región. De las 211 propiedades a que nos hemos venido refiriendo, el 45.50% mudó de manos en aquel período (el 20.38% de esas propiedades en Campininha, el 15.64% en el Edén y el 9.48% en Iporanga), mientras que en el decenio de 1960 apenas el 21.80% se encontraba en este caso y en el decenio anterior, menos todavía, es decir, 11.95%. Por consiguiente, a partir del decenio de 1950 las transacciones inmobiliarias prácticamente se duplicaron de decenio en decenio. En cuanto a las sub-zonas, el movimiento de venta de inmuebles en el decenio de 1970 fue encabezado por Iporanga, la sub-zona más próxima al lugar donde comenzaron a instalarse las industrias, con el 47.62% de sus inmuebles negociados en el período, ocupando el segundo lugar Campininha con 45.74% y finalmente el Edén con 44%. No obstante, en todas las zonas el movimiento de las ventas siguió una línea ascendente, de un decenio a otro, con pequeñas variaciones. En el Cuadro 5 figura el movimiento de las ventas entre 1970 y 1978.

El movimiento de las ventas en cuestión, la indicación de que antes de 1978 las propiedades rurales poseían superficies mayores y estaban concentradas en las manos de un número mucho más reducido de propietarios, y las viviendas abandonadas constituyen sin duda alguna indicadores de los procesos que vivieron las zonas rurales aquí

/consideradas en

consideradas en los diez últimos años, particularmente: valorización de la tierra en cuanto mercancía, fraccionamiento de los inmuebles, especulación inmobiliaria, desactivación progresiva de la actividad agropecuaria, expulsión paulatina de sus antiguos ocupantes, proliferación de casas de campo y sitios de recreo, apertura de calles y avenidas donde antes había pastizales o campos de cultivo, establecimiento de industrias, contaminación de los ríos y del suelo, construcción de nuevas viviendas para albergar a los recién llegados, etc.

"Los japoneses que cultivaban tomate como arrendatarios se mudaron todos o casi todos a municipios más distantes como Piedade, por ejemplo, donde podían continuar en la misma actividad", nos decía un morador. Este proceso de evacuación no sólo debe haber abarcado a los japoneses sino que ha alcanzado ciertamente a todos cuantos deseaban continuar en la labranza y estaban en condiciones de mudarse.

Actualmente, la actividad agrícola en el Edén es apenas residual. No pasará mucho tiempo y será sólo un recuerdo. Ella es más intensa en el barrio de Campininha donde las industrias modernas penetraron poco hasta ahora, pero donde prosperan las alfarerías en que se fabrican tejas y ladrillos para alimentar la actividad febril de las construcciones; casi desapareció de Iporanga en la vorágine de las industrias y de las "colonias" de operarios, que se van extendiendo con intensidad en esta sub-zona. Desapareció también de los alrededores de la villa cediendo el paso a los conjuntos habitacionales y, por aquí por allá, a las aglomeraciones menos sofisticadas, para operarios también. La pequeña chacra del señor García que un día le sirvió para hacer sus macizos de cebollas y fue pasto para sus borricos, constituye hoy un magnífico ejemplo de esas transformaciones. Actualmente residen en ella en viviendas de uno a dos cuartos, algunas de las cuales ni siquiera tienen ventanas, operarios llegados de los cuatro puntos cardinales a las industrias de nombres famosos como Saturnia, Pries... y él continúa construyendo más porque la demanda es grande y vivir de los alquileres se transformó en su medio de vida.

d) Como se vive en el Edén hoy

De los 240 domicilios visitados durante la encuesta, 193 (80.4%) se encontraban en la villa y sus alrededores y 47 (19.6%) se distribuían entre los barrios rurales de Iporanga y Campininha.

De las familias residentes en estos domicilios, 25.4% declararon no saber cuánto tiempo hacía desde que se habían construido las casas donde habitaban, lo que dice mucho de su conocimiento del lugar; 38% afirmaron que las mismas habían sido construidas en los últimos años, encontrándose en este grupo la totalidad de las que las estaban comprando, y apenas 36.7% aseguraron que sus viviendas se encontraban allí desde hacía diez años o más, figurando en este grupo los residentes más antiguos y los que habían nacido en el Edén.

De los 240 domicilios mencionados, 127 (52.9%) o eran de propiedad de los moradores o se encontraban en proceso de adquisición, lo que evidencia una alta concentración de casas propias a pesar de la baja renta de la población. De los restantes, 28.3% eran alquilados,

/17.1% cedidos

17.1% cedidos y 1.7% no tenían especificada la situación en que eran ocupados (Cuadro 6).

La importancia de la casa propia se torna más evidente cuando se comprueba que de las 30 familias que estaban comprando sus casas, dos tercios pagaban prestaciones entre uno y tres salarios mínimos (Cuadro 7).

De los inmuebles alquilados, a su vez, más de la mitad pagaba un alquiler de hasta un salario mínimo y casi un tercio, de uno a dos salarios mínimos (Cuadro 8).

Si se compara la situación de los inmuebles localizados en la villa con la de los situados en los dos barrios rurales, se percibe que la proporción de casas propias, o en proceso de adquisición, de la villa supera con mucho la encontrada en los barrios rurales, y ocurre lo inverso en relación con las casas alquiladas y principalmente con las cedidas, lo que sin duda revela un poder adquisitivo bastante diferenciado entre las familias que ocupan las dos zonas. Efectivamente, es en la villa que encontramos conjuntos habitacionales construidos y puestos a la venta mediante financiamiento, mientras que en los barrios rurales, notablemente en Iporanga, lo que llama la atención son las "colonias" obreras. Por otro lado, los inmuebles cedidos son generalmente aquéllos en los que habitan las familias de los cuidadores que se hacen cargo de las pequeñas chacras de recreo en ausencia de sus dueños.

La inmensa mayoría de las casas (94.2%) eran de albañilería (Cuadro 9). Las pocas de adobe estaban situadas en el barrio de Campininha y, de las pocas de madera, algunas pertenecían a la villa.

La teja de barro era la cobertura más común en las tres subzonas y no se encontraba teja de otro tipo en la zona rural. Una teja de amianto, introducida por las inmobiliarias con la finalidad de abaratar sus costos, ya hacía sentir su presencia en un 13.8% de los inmuebles (Cuadro 10).

Poco más de la mitad de los inmuebles tenían piso de cemento y poco más de un tercio, de madera o de cerámica. El piso de tierra-batida, a pesar de lo inexpressivo, todavía aparecía en la zona rural de Campininha (Cuadro 11).

En su mayoría, las casas no poseían cielo raso; no obstante el 24.2% lo tenía de madera o de eucatex y el 15.4% de estuco (Cuadro 12).

Casi la mitad de las casas (40.4%) tenían cuatro piezas (sala, cocina y dos dormitorios). Sin embargo, las casas de cinco piezas o más totalizaban 31.7% como recuerdo de una época pasada. Las casas de tres piezas (sala, dormitorio y cocina) y menos, que constituían el 28% del total, eran de introducción reciente. Dentro de las construcciones recientes, sólo encontramos casas de cuatro piezas en los conjuntos residenciales, puesto que en las "colonias" obreras, el padrón dominante era de tres piezas para abajo (Cuadro 13).

Poco más de la mitad de los inmuebles (55.0%) tenían baño dentro de la casa, los cuales, sumados al 26.7% que tenía baño afuera, elevaban el total de los inmuebles que disponían de esta condición

a 81.7% (estos datos se refieren a instalaciones con ducha y letrina juntas). Los inmuebles con local para baño separado de la letrina totalizaban 5.0%. Los inmuebles sin local apropiado para baño llegaban al 13.3%. De éstos, el 5.4% no tenían letrina.

Al contrario de lo que acontecía en la villa, en la zona rural las casas con baño afuera eran más que las que tenían el baño adentro, comodidad de la que pocos disfrutaban. Además, la mayoría de los inmuebles sin baño y sin letrina se encontraban también en la zona rural.

Ambos datos son indicadores de que las condiciones higiénicas en la zona rural son inferiores a las de la villa.

Las condiciones higiénicas de los inmuebles, tanto urbanos como rurales, se hacen más evidentes cuando se examinan el destino que las familias daban a las excretas y a la basura, y cómo se abastecían de agua.

La red de alcantarillado llegaba sólo al 41.3% de los inmuebles, todos ellos situados en la zona urbana. De los restantes, poco más del 50% disponía de fosa (fosa negra en el 25.4% de los casos) y en el 6.3% se eliminaban los excrementos a cielo abierto (Cuadro 14).

En lo que se refiere a la eliminación de la basura, el 74.2% de los inmuebles eran atendidos por el servicio de recolección de la Municipalidad. Sin embargo, el 11.3%, particularmente en la zona rural, eliminaban la basura a cielo abierto, e incluso algunos la arrojaban al río. En el 9.6% de los inmuebles, la basura se quemaba (Cuadro 15).

El 84.6% de los inmuebles disponían de agua de cañería, 11.2% usaban agua de pozo y en el 1.3% de los inmuebles se la obtenía de los ríos, vertientes o arroyos (Cuadro 16). Sin embargo, entre los que disponían de agua de cañería no todos poseían grifos en el interior de sus viviendas recurriendo una pequeña proporción de ellos a grifos colectivos (cuadro 1).

También con relación a las condiciones higiénicas, podemos añadir que sólo el 61.7% de las familias residentes en los inmuebles poseían filtro, que el 3.3% utilizaba queroseno para la iluminación en lugar de luz eléctrica y que el 87.5% utilizaba gas licuado para cocinar los alimentos, mientras el 4.6% quemaba leña o carbón con ese fin.

La utilización de artefactos electro-domésticos, a su vez, mostraba una población en que los mismos eran todavía escasamente utilizados. Aún así, los equipamientos básicos estaban presentes en su mayoría. El 97.5% de las familias tenían cocina a gas, aunque algunas no la utilizan diariamente; el 86.7% poseía plancha eléctrica; el 75%, refrigerador; el 64.6%, licuadora; y el 41.7% disponía de enceradoras, siendo no obstante menor el número de las familias que contaban con batidora (16.7%); máquina de lavar ropa (11.3%) y aspiradora de polvo (5.8%). Sin embargo, el 62.1% de las familias disponía de máquina de coser la que, además de servir al grupo doméstico, servía también a muchas para ganarse la vida.

Cuadro 1

INMUEBLES RURALES

Sub-zonas	Inmuebles rurales		
	Minifundios	Latifundios <sup>*/</sup>	Total
Edén	48	27	75
	64.0	36.0	-
	34.8	37.0	35.5
Campininha	65	29	94
	69.2	30.8	-
	47.1	39.7	44.6
Iporanga	25	17	42
	59.5	40.5	-
	18.1	23.3	19.9
TOTAL	138	73	211
	65.4	34.6	100.0

<sup>\*/</sup> Observación: El término "latifundio" se utiliza en el presente documento en el sentido empleado por el INCRA, para designar los inmuebles rurales de superficie igual o superior a la fracción mínima de parcelamiento, cuya explotación no se haga siguiendo los moldes de una empresa rural.

Cuadro 2

PROPIEDADES-PROPIETARIOS

Sub-zonas	Nº de propiedades			Nº de propietarios		
	En 1978	Antes de 1978	Diferencia	En 1978	Antes de 1978	Diferencia
Edén	42 19.9	39 21.4	3 10.3	31 22.2	30 26.1	1 4.2
Campininha	94 44.6	78 42.9	16 55.2	59 42.5	45 39.1	14 58.3
Iporanga	75 35.5	65 35.7	10 34.5	49 35.3	40 34.8	9 37.5
TOTAL	211 100.0	182 100.0	29 100.0	139 100.0	115 100.0	24 100.0

Cuadro 3

INMUEBLES RURALES

Sub-zonas	Inmuebles rurales		Total
	Con vivienda	Sin vivienda	
Edén	28 37.3	47 62.7	75 100.0
Campininha	50 53.2	44 46.6	94 100.0
Iporanga	28 66.7	14 33.3	42 100.0
TOTAL	106 50.2	105 49.8	211 100.0

Cuadro 4

INMUEBLES RURALES CON VIVIENDAS

Sub-zonas	Inmuebles rurales			Total de residentes
	Nº de casas	Nº de familias residentes	Superávit de casas	
Edén	81 40.3	56 38.9	25 43.9	277 44.5
Campininha	75 37.3	66 45.8	9 15.8	240 38.5
Iporanga	45 22.4	22 15.3	23 40.3	106 17.0
TOTAL	201 100.0	144 100.0	57 100.0	623 100.0

Cuadro 5

MOVIMIENTO DE VENTA DE INMUEBLES

Sub-zonas	Movimiento de venta de inmuebles						Total
	1930-1939	1940-1949	1950-1959	1960-1969	1970-1979	Sin datos	
Edén	1 0.5 1.3	2 0.9 2.7	6 2.8 8.0	22 10.4 29.3	33 15.6 44.0	11 5.2 14.7	75 35.5 100.0
Campininha	-	3 1.4 3.2	18 8.6 19.1	15 7.1 15.0	43 20.4 45.7	15 7.1 15.0	94 44.6 100.0
Iporanga	-	1 0.5 2.4	1 0.5 2.4	9 4.3 21.4	20 9.5 47.6	11 5.2 26.2	42 19.9 100.0
TOTAL	1 0.5	6 2.8	25 11.9	46 21.8	96 45.5	37 17.5	211 100.0

Cuadro 6

RELACION CON EL INMUEBLE

Relación con el inmueble	Número de inmuebles	%
Propia, pagada	97	40.4
Propia, en adquisición	30	12.5
Alquilada	68	28.3
Cedida	41	17.1
Otra	4	1.7
TOTAL	240	100.0

Cuadro 7

VALOR DE LAS PRESTACIONES

Valor de las prestaciones	Número de inmuebles	%
De 0 a 1 salario mínimos	5	2.1
De 1 a 2 salarios mínimos	11	4.6
De 2 a 3 salarios mínimos	11	4.6
De 3 a 5 salarios mínimos	3	1.3
No paga prestación	210	67.4
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 8



Cuadro 8

VALOR DEL ALQUILER

Valor del alquiler	Número de inmuebles	%
0 a 1 salario mínimo	39	16.3
1 a 2 salarios mínimos	23	9.6
2 a 3 salarios mínimos	1	0.4
3 a 5 salarios mínimos	1	0.4
No paga alquiler	176	73.3
TOTAL	240	100.0

Cuadro 9

TIPO DE CONSTRUCCION

Tipo de construcción	Número de inmuebles	%
Albañilería	226	94.2
Adobe	5	2.1
Madera	6	2.5
Otros	3	1.2
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 10

Cuadro 10

TIPO DE COBERTURA

Tipo de cobertura	Número de inmuebles	%
Teja de barro	204	85.0
Teja de amianto	33	13.8
Otra	3	1.2
TOTAL	240	100.0

Cuadro 11

TIPO DE PISO

Tipo de piso	Número de inmuebles	%
Cemento	124	51.7
Tierra	6	2.5
Madera	41	17.1
Cerámica	43	17.9
Otros	26	10.8
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 12

Cuadro 12

TIPO DE CIELO RASO

Tipo de cielo raso	Número de inmuebles	%
No tienen cielo raso	127	52.9
Madera o similar	58	24.2
Estuco	37	15.4
Otros	18	7.5
TOTAL	240	100.0

Cuadro 13

NUMERO DE PIEZAS

Número de piezas	Número de inmuebles	%
01	6	2.5
02	15	6.2
03	46	19.2
04	97	40.4
05	46	19.2
06	23	9.6
7 ó más	7	2.9
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 14

Cuadro 14  
ELIMINACION DE EXCRETAS

Eliminación de excretas	Número de inmuebles	%
Alcantarillado	99	41.3
Fosa aséptica	60	25.0
Fosa negra	61	25.4
Cielo abierto	15	6.2
Otro	5	2.1
TOTAL	240	100.0

Cuadro 15  
ELIMINACION DE LA BASURA

Eliminación de la basura	Número de inmuebles	%
Recolectada	178	74.2
Quemada	23	9.6
Eliminada a cielo abierto	27	11.2
Arrojada al río	1	0.4
Otro método	11	4.6
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 16

Cuadro 16

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Abastecimiento de agua	Número de inmuebles	%
Cañería	203	84.6
Pozo con bomba	14	5.8
Pozo sin bomba	13	5.4
Río, arroyo, vertientes	3	1.3
Otro	7	2.9
TOTAL	240	100.0

Cuadro 17

GRIFOS DENTRO DE LA CASA

Grifos dentro de la casa	Número de inmuebles	%
Si	197	82.1
No	43	17.9
TOTAL	240	100.0

## II. EL PROCESO DE INDUSTRIALIZACION

### 1. Implicaciones de la opción industrial

A fin de crear las condiciones para la instalación de las industrias modernas que pretendía atraer el Municipio de Sorocaba después de crear la Zona Industrial, adoptó como medidas básicas el establecimiento de una infraestructura en la zona destinada a albergarla (terraplenamiento, apertura de calles, electrificación, construcción de pozos artesianos), ofreciendo además exención de impuestos por un período de cinco años a todos los industriales que desearan instalarse en Sorocaba, e incluso al comienzo del proceso, donando terrenos a los primeros que se presentasen. El proceso iniciado hace aproximadamente 10 años comenzó en las tierras del Edén a lo largo de la carretera Sorocaba-Itú, extendiéndose enseguida por las zonas adyacentes, bordeando el "Castelinho". Está apenas en sus inicios considerando la extensión de la Zona Industrial, pero sus efectos ya son muy apreciables.

Las primeras industrias comenzaron a instalarse en la Zona Industrial alrededor de 1969, siendo la primera de ellas la Fábrica de Acero Paulista (FAÇO), que hoy ya cuenta con dos unidades en la zona. Seis años después, los datos del Escritório Regional de Planejamento (ERPLAN) sobre el crecimiento del sector secundario en Sorocaba ya reflejaban claramente los resultados de los esfuerzos en el sentido de esta nueva industrialización, conforme nos muestra la distribución de los 5 833 establecimientos existentes en el Municipio en 1975 (Cuadro 1).

Como se puede apreciar, las industrias modernas ya participaban entonces con un número expresivo de establecimientos dentro del sector secundario, siendo sin duda alguna las principales responsables del nuevo auge de la construcción civil entonces registrado.

La inmensa mayoría de estas industrias modernas, según podemos apreciar por una relación de industrias proporcionada por el Serviço Social da Industria (SESI), se encontraba en la Zona Industrial. Era en ese lugar que se encontraba la gran concentración de industrias metalúrgicas e industrias mecánicas, de material eléctrico y electrónico, que constituían el grueso de las llamadas industrias modernas que actualmente tienen su sede en el Municipio de Sorocaba.

En agosto de 1977, de las 34 industrias ya instaladas en Sorocaba, como consecuencia de este impulso industrial, 31 estaban situadas en el Distrito del Edén y de las 31 en etapa de instalación, 13 ya poseían una dirección definida en esta zona.

## 2. El empleo generado por el crecimiento industrial

Los datos del ERPLAN sobre el crecimiento de la mano de obra por sector de actividad nos muestran lo que sucedió en este sentido en los diferentes sectores a medida que avanzaba la industrialización (Cuadro 2).

Los datos sobre la absorción de la mano de obra por los diferentes sectores, a su vez, nos dejan percibir como ello aconteció en las diferentes ramas de la industria, permitiéndonos ver cuánto del crecimiento industrial se debe a las industrias modernas (Cuadro 3).

Por otra parte, los datos recogidos en otra fuente (SESI) nos dan cuenta de que en septiembre de 1978 casi un tercio del total de los trabajadores en el sector secundario, o sea, alrededor de 11 000 empleados, trabajaban en industrias localizadas en la zona del Edén.

## 3. ¿Quiénes son los trabajadores?

La dificultad para obtener datos sobre la mano de obra, directamente de las industrias, fue inmensa. La barrera del "hoy no puedo", "mañana tal vez", "fulano no puede atender ahora", era como para hacer desistir al más persistente. Tampoco fue fácil entrevistar a sus portavoces, fuesen ellos gerentes, jefes o encargados.

Aún así, con lo poco que obtuvimos, trataremos de comprender el comportamiento de las industrias, no sólo con respecto a la mano de obra, sino también con algunos aspectos más generales de sus relaciones con la comunidad. Trabajaremos con las entrevistas realizadas a portavoces de seis industrias, algunas de las cuales figuraban entre las más importantes en términos de la mano de obra que ocupaban:

- FAÇO II.....más o menos 1 600 operarios
- SATURNIA.....más o menos 600 operarios
- PETERSEN.....más o menos 400 operarios
- NICHOLSON.....más o menos 200 operarios
- FAÇO III.....más o menos 200 operarios

Con la excepción de la Nicholson, que pertenece a un grupo estadounidense y es la única en el Brasil, las demás tienen su sede en Sao Paulo, habiéndose expandido (o incluso habiéndose mudado) hasta Sorocaba, aprovechando las facilidades ofrecidas por la Municipalidad.

La mayoría de las empresas (FAÇO, Saturnia, Luk, Nicholson) utiliza ahora mano de obra casi toda local, capacitándola en Sorocaba mismo. Sin embargo, en un comienzo algunas tuvieron que traer personal especializado de Sao Paulo (Saturnia) o llevar algunos funcionarios locales a Sao Paulo para capacitarlos (FAÇO, Luk). Muchos funcionarios de la Pettersen, cuya mano de obra es casi toda especializada, se mudaron incluso de Sao Paulo a Sorocaba.

Gran parte de la mano de obra utilizada por las empresas es de origen rural. "El personal entra como ayudante y va progresando" (jefe de relaciones industriales de la FAÇO II). "Empleamos mano de

/obra del

obra del sur de Sao Paulo y del norte de Paraná puesto que el personal que migra del sur para en Sorocaba, que es el primer polo industrial del trayecto" (encargado del personal de la Saturnia); ocupan mucha mano de obra rural y consideran la mano de obra rural más responsable porque "ve las industrias como un premio para ellos" (encargado del personal de la Luk). "La mano de obra es de la región; sólo para cargos especializados se recluta personal de afuera. Gran parte del personal proviene de la zona rural" (jefe de recursos humanos de la Nicholson). Solamente la Pettersen no utiliza mano de obra rural, habiendo observado su encargado del personal que el comienzo de esta industria (1974) fue difícil porque había muchas industrias que se estaban instalando al mismo tiempo, lo que hizo que la oferta de trabajo fuese muy grande. Como no empleaban mano de obra rural, su problema se acrecentó dada la escasez de mano de obra especializada.

Aunque la mayoría de las industrias aquí localizadas no discriminan contra la mano de obra rural, y hasta en algunos casos parecen preferirla "por ser más responsable", como dijo uno de los entrevistados, no ocurre lo mismo con respecto al trabajo femenino. La mayoría de las industrias sólo emplea hombres en sus líneas de montaje, reservando a la mujer tareas de administración, de oficina, de comedor o de limpieza. Las razones según los entrevistados, parecen estar en la propia naturaleza de las industrias, todas ellas metalúrgicas.

Según el jefe de recursos industriales de la FAÇO II (máquinas e instalaciones para hacer grava), que sólo emplea mujeres para servicio de oficina, la FAÇO III sólo emplea hombres porque es una fundición. Las mujeres que trabajan en ellas son contratadas por intermedio de una firma de servicios de limpieza y comedor. La Saturnia (acumuladores eléctricos) emplea 10 mujeres en labores de oficina, y su encargado de personal afirma que no emplea mujeres, ni menores, porque "trabajan con plomo y la ley no lo permite".

La Nicholson (sierras y limas) sólo emplea mujeres en labores de administración y de comedor. Sin embargo, están tratando, según el Jefe de recursos humanos, de colocarlas en la fábrica "por la estabilidad que ellas tienen". En su opinión "los hombres faltan más al servicio que las mujeres".

La Pettersen (máquinas inyectoras, máquinas hidráulicas, perforadoras de columna) sólo emplean mujeres para servicios administrativo y su encargado de personal no especificó nada respecto de la ausencia del trabajo femenino en la fábrica.

La Luk (embragues para vehículos), la única que emplea mujeres en servicios de montaje, sólo lo hace según el encargado de personal porque este trabajo es rutinario y leve.

Ninguna de estas industrias posee una guardería infantil, lo que no deja de ser sintomático.



4. Cómo dicen las industrias que tratan  
a los trabajadores

De modo general, las industrias aquí mencionadas aseguran ofrecer a los trabajadores comedor, transporte, asistencia médico-hospitalaria (mediante convenios), manteniendo también convenios con farmacias y ópticas. Sin embargo, algunas de ellas declaran ofrecer además otras ventajas.

Por ejemplo, la FAÇO dice poseer un servicio ambulatorio médico con estructura para pequeñas cirugías, inclusive lecho de observación y enfermeras (¿serán más numerosos los accidentes en esta empresa?)

A su vez, la Satúrnia asegura ofrecer un refrigerio matinal, hecho que llevó al encargado de personal a afirmar que "mucha gente viene a trabajar aquí debido a ese refrigerio". Cuenta además con los servicios de una asistente social y con vehículos para atender a las familias de los funcionarios.

A su turno, la Luk afirma disponer de una cooperativa de crédito y una asociación recreativa, y la Nicholson, de una cooperativa de crédito.

La FAÇO y la Satúrnia declaran también ofrecer seguro de vida, pero ésta no parece ser la regla. La Pettersen es la única que dice no ofrecer nada más allá de lo que es común en las demás

El problema de la vivienda de los trabajadores que en tiempos pasados las industrias acostumbraban resolver mediante la construcción de villas de obreros, fue enfrentado de diferentes modos por las industrias aquí analizadas. En general, no fue considerado un problema suyo sino de la municipalidad, y el modo como fue, o mejor dicho, no fue encarado por la misma, mereció algunas consideraciones por parte de los entrevistados. A juicio del jefe de recursos industriales de la FAÇO, por ejemplo, "no hubo un plan de infraestructura paralelo al de la expansión industrial, lo que provocó especulación de tierras y de otros sectores también. No se previó cuanto sería el aumento, el desarrollo...", razón por la cual "todavía hoy existe problema de mano de obra, con falta, por ejemplo, de proyectistas", lo que obliga a mantener dos omnibuses diarios, venidos de Sao Paulo, para transporte de operarios. A fin de ayudar a resolver el problema de la vivienda se ofrece también como aval de los alquileres del personal contratado de afuera.

A su vez, la Satúrnia paga un salario de adaptación y el transporte del personal transferido desde Sao Paulo. La Nicholson, por otra parte, ofrece subsidio de gastos al personal especializado que contrata afuera.

En el caso de la Pettersen, cuando sus funcionarios se mudaron de Sao Paulo a Sorocaba, no solamente proporcionó el transporte para la mudanza sino que sirvió de aval para los alquileres.

Las críticas del encargado de personal de la Luk, por otro lado, no se refieren a la vivienda de los trabajadores, sino que inciden sobre otros aspectos que, según él, también fueron pasados por alto. "La Luk tiene problemas de luz y de agua debido a que no hay infraestructura en la región. La administración anterior hizo algo, pero

/la actual

la actual parece no tener interés en que el parque industrial se desenvuelva". Y concluyó: "antes había más dinamismo".

Al problema de la vivienda se añade naturalmente el del transporte de los trabajadores a las fábricas. La solución más práctica encontrada por ellos dado el carácter precario de los transportes, fue naturalmente vivir o intentar vivir lo más cerca posible del local de trabajo. El ómnibus que atiende la línea Edén-Sorocaba pasa cada media hora y en los horarios más frecuentes, cada veinte minutos, pero esto no parece ser suficiente.

La búsqueda de casas próximas al local de trabajo fomentó el crecimiento urbano y, naturalmente, la especulación inmobiliaria. La Villa del Edén creció y el barrio rural de Iporanga, el más próximo a las industrias, se está transformando rápidamente en un barrio residencial de obreros. Así, las personas se pueden dirigir al trabajo a pie o en bicicleta, ya que pocos son los que poseen automóvil.

Dos patrones residenciales básicos fueron introducidos en el Distrito del Edén con la industrialización:

1. Un patrón tipo conjunto habitacional, de construcciones en serie, absolutamente idénticas en el tamaño y en la arquitectura, de mayor o menor lujo para los sectores de poder adquisitivo medio, por ejemplo, el Portal del Edén y el Jardín Nuevo Edén. Estas construcciones, llevadas a cabo por inmobiliarias de Sorocaba, vienen tentando a la población a través de financiamientos a largo plazo, con la realización del sueño dorado de la casa propia.

2. El otro patrón que podríamos llamar "espontáneo", es bastante irregular en términos de disposición en el espacio, aunque tienda a una cierta uniformidad en cuanto a superficie construida y el número de piezas. Las construcciones de este tipo son hechas por antiguos propietarios de pequeñas chacras que, con carácter absolutamente privado, fueron divididas para este fin. En estos casos, el propietario acostumbra seguir viviendo en una de las casas del conjunto, en general la primitiva casa de la chacra, de donde supervisa a sus inquilinos, realizando directamente la cobranza de los alquileres y el control de sus vidas, manteniendo el orden y el respeto en el recinto.

Dicen que en el Edén hasta el gallinero fue transformado en habitación. "No se halla dónde vivir" es el comentario que se oye con frecuencia y una pieza, por mala que sea, no cuesta menos de 1 000 cruzeiros mensuales (cerca de 20 dólares).

La preocupación oficial por la industrialización, como observó atinadamente uno de los entrevistados, no se extendió a los futuros habitantes de la zona, o sea, aquéllos que vendrían a trabajar en las industrias del Edén, habiendo corrido por cuenta de la iniciativa privada la construcción o improvisación de las viviendas que los albergarían.

## 5. Las industrias y la comunidad

En la práctica, la relación de las industrias con la comunidad del Edén se da apenas a través del empleo de la fuerza de trabajo. Las industrias se perciben como una bendición para la comunidad puesto que le ofrecen trabajo. "La principal contribución que la empresa aporta a la comunidad", según el encargado de personal de la Saturnia, "es ofrecer trabajo". "El propio salario ya es un beneficio para la comunidad", dice el jefe de recursos humanos de la Nicholson. "Con relación al municipio, la empresa ofrece el empleo, lo que es muy importante" confirma el encargado de personal de la Pettersen.

Los entrevistados son unánimes al decir que el contacto de las industrias con la comunidad es escaso o nulo. Algunos hacen referencia a una campaña unificada, a fin del año, que consiste en una recaudación centralizada de fondos entre las industrias que quieran colaborar, los que después son distribuidos equitativamente entre las instituciones filantrópicas (?) del Municipio. Pero en la mayoría de los casos, las promociones son de ámbito limitado.

Algunas industrias, como la Saturnia por ejemplo, sólo proporcionan recreación a sus empleados para festejar su productividad, para lo que posee una chacra reservada para tales eventos. Otras hacen que sus fiestas sean promovidas por el gremio o cooperativa, como es el caso de la Luk y la Nicholson; otras sólo celebran el año nuevo, como es el caso de la FAÇO, que ofrece una cena de confraternidad para los empleados con sueldo mensual y un almuerzo para los empleados a los que se les paga por horas; sin embargo, otras industrias, como la Petersen, sólo participan en el campeonato de fútbol y al parecer no promueven ninguna otra festividad.

En cuanto a la posta de salud, algunas hasta la desconocen, y aunque la hallen importante, consideran que tiene poca utilidad para sus funcionarios, dada la atención médica que proporcionan ya sea dentro de las empresas, a través de médicos y enfermeras allí presentes, o a través de los convenios obligatorios por ley que mantienen, dentro de los cuales se destaca el de la SAMHO. Desde su punto de vista a lo sumo la posta podrá atender a las familias de los funcionarios que residen en Edén. Además, algunas industrias tienen muchos funcionarios que no viven allí sino en Sorocaba.

Fue imposible obtener con precisión de las industrias, incluso de las pocas industrias con que conseguimos contacto, datos sobre la residencia de la mano de obra que emplean, dato que sólo puede ser obtenido indirectamente a través de la encuesta.

Cuadro 1

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR SECTOR  
Y RAMA DE ACTIVIDAD

---

Sector primario e industrias extractivas	42
Agricultura, silvicultura, crianza, caza y pesca	17
Industria extractiva vegetal	6
Industria extractiva mineral	19
Sector secundario	528
Industrias tradicionales	215
Industrias intermedias	193
Industrias modernas	120
Construcción civil <u>*</u> /	261
Sector terciario	5 263
Comercio	2 517
Servicios	2 746
TOTAL GENERAL	5 833

---

\*/ No computada en el total general.

Cuadro 2

CRECIMIENTO DE LA MANO DE OBRA

Sector de actividad	Número de empleados					Sep. 1978
	1973	1974	1975	1976	1977	
Primario y extracción	231	296	381	379	402	503
Secundario	18 455	20 924	23 567	28 001	29 847	33 605
Construcción	1 916	2 946	3 982	5 283	5 073	5 149
Terciario	18 240	19 878	21 836	23 843	25 544	27 486
TOTAL	38 842	44 044	49 766	57 506	60 866	66 743

/Cuadro 3

Cuadro 3

ABSORCION DE LA MANO DE OBRA

Sector y género de actividades	Ene/feb						TOTAL
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	
Sector primario	65	85	- 2	23	116	15	302
Sector secundario	2 469	2 715	4 434	1 734	4 460	407	16 219
Industrias tradicionales	721	463	640	- 546	345	26	1 649
Industrias intermedias	465	336	964	583	2 049	344	4 748
Industrias modernas	1 283	1 916	2 830	1 697	2 066	37	9 822
Construcción civil	1 030	1 036	1 301	- 210	- 217	264	3 204
Sector terciario	1 638	1 886	2 007	1 701	2 480	245	9 957
TOTAL GENERAL	5 202	5 722	7 740	3 248	6 839	931	29 682

### III. EL DISTRITO DE EDEN HOY

#### 1. La nueva fisonomía

La modificación del paisaje en la zona comprendida por el Distrito de Edén salta a la vista de los menos sagaces de sus antiguos habitantes. Las industrias ya construidas, en pleno funcionamiento, que ocupan con sus vastos edificios y altas torres superficies inmensas y con jardines, y tantas otras en construcción, que se extienden en todas direcciones a lo largo de la avenida principal (trazo de la carretera Sorocaba-Itu), al lado de la "Castelinho" y en las vías secundarias (muchas de ellas bautizadas oficialmente con los nombres de los patrones de las principales industrias: Jerome Case, J.D. Hollingsworth, Massey Ferguson, Pirelli), transformaron radicalmente el panorama de la región. En la villa y sus alrededores, los antiguos campos de cultivo desactivados, las antiguas chacras loteadas y transformadas en conjuntos habitacionales, la calle asfaltada, la posta de salud nueva, las nuevas dependencias del Grupo Escolar, el banco, el templo nuevo de la Iglesia Católica, la feria, los nuevos bares y panaderías, así como los restaurantes que comienzan a aparecer, también alteraron profundamente su fisonomía.

Junto con toda esta transformación, también se mudaron sus habitantes.

#### 2. Quién vive en Edén hoy

Como nos decía una joven de 20 años, nacida en la zona rural del Edén en una familia de arrendatarios y hoy habitante de la villa, a la que sus padres se mudaron y donde abrieron un pequeño negocio (bar y tienda de comestibles), "hoy se cuentan con los dedos de la mano las personas que nacieron en Edén y se criaron aquí. Antiguamente, la gente identificaba luego a cualquier persona que no fuese de Edén, un intruso, hoy la gente ya no sabe si se trata de un habitante del lugar o de alguien que está de paso".

Los "intrusos", se acostumbraba decir, han generado muchos problemas en la villa, inclusive para doña Elisa, en la posta de salud, quien se queja de su falta de cortesía hacia ella y de su falta de educación, y los halla "tan distintos del personal antiguo".

##### a) Cuántos son los habitantes

En 1970, de acuerdo con el censo demográfico, la población de Edén totalizaba 2 019 habitantes, 1 196 (59.24%) en la zona urbana y 823 (40.76%) en la zona rural. Ya en 1972, a juzgar por los datos del INCRA, analizados en el capítulo anterior, la población de la zona rural había bajado a 623 personas. Por el momento, sin embargo, no disponemos de ningún cálculo preciso, sobre cuántas personas habitan en el distrito de Edén. La muestra de la población urbana utilizada

/para esta

para esta investigación se hizo sobre la base de una relación de 400 casas, con luz eléctrica proporcionada por la Light, de las cuales se descartaron 206 y se utilizaron 194. En la zona rural, a falta de un catastro semejante, se visitaron aleatoriamente 46 domicilios que, sumados a los 194 de la zona urbana, completaron un total de 240 residencias visitadas por los entrevistadores. Fue en este total de residencias que se encontraban las 1 138 personas de que nos ocuparemos en esta caracterización. Es muy probable, sin embargo, que este número no corresponda como pretendíamos, a la mitad de la población entonces residente en el distrito de Edén, considerando que en 1970 ya vivían allí 2 019 personas. No podemos olvidarnos, sin embargo, de que gran parte de la muestra está constituida por habitantes de la zona urbana, cuya población efectivamente creció, y que a juzgar por la lista de casas proporcionada por la Light parece haberse casi duplicado en relación al año 1970, al paso que la zona rural se vaciaba.

b) Sexo

De los 1 138 habitantes comprendidos en la encuesta, 48.1% eran hombres y 51.9% mujeres.

c) Edad

Poco más de la mitad de estos habitantes (50.9%) tenía menos de 22 años de edad, lo que evidencia el carácter joven de la población del Edén. Del 49.1% restante, el 37% tenía entre 22 y 50 años, distribuyéndose los demás en los grupos por encima de esta edad.

En este sentido, la distribución de hombres y mujeres no presentaba diferencias significativas (Cuadro 1).

d) Estado de origen

De los 1 138 habitantes de que se trata, el 77.5% nació en el Estado de Sao Paulo; 8.4% vino de otros estados de la región sur (7.9% del Paraná); 0.3% de la región oeste (del vecino estado del Mato Grosso); 5.5% de los estados de la región este (de Minas Gerais, notablemente) y 6.4% de los estados de la región nordeste; 1.8% de los habitantes eran extranjeros. En consecuencia, es del propio estado de Sao Paulo que procede la mayor corriente migratoria que se dirige a Edén, seguido por el estado de Paraná, que por sí solo proporciona un contingente mayor que el de cualquiera región tomada en su conjunto, razón por la cual es tan determinante la presencia de los paranaenses en la vida de Edén. Aunque los datos referentes a la población global no especifiquen la procedencia de los habitantes, por municipio, los datos relativos a las 240 dueñas de casa junto a las cuales esta información fue investigada, nos muestran que del 86.3% de dueñas de casa nacidas en el estado de Sao Paulo, 14.6% eran naturales de Edén, 29.6% de otras localidades del municipio de Sorocaba y el 42.1%, o sea casi la mitad del total, de otros municipios del estado (Cuadro 2).

e) Procedencia rural-urbana

De los 1 138 habitantes considerados, el 67.7% nació en zonas urbanas, frente al 32.3% nacido en zonas rurales. No obstante, se trata en su inmensa mayoría de personas nacidas en zonas urbanas

/de pequeñas



de pequeñas ciudades. Además, son numerosos los casos de nacimientos registrados como urbanos simplemente porque las maternidades donde ocurrieron quedaban en la ciudad.

De los nacidos en zonas urbanas, el 43% tenía menos de 15 años, mientras que entre los nacidos en las zonas rurales, apenas el 19.0% se encontraba en esta situación. Por otra parte, mientras sólo el 57.0% de los nacidos en las zonas urbanas tenían 15 años y más, entre los nacidos en las zonas rurales esta cifra se elevaba al 81.0%. Estos datos nos muestran que mientras la mayoría de los jóvenes de menos de 15 años de Edén es de extracción urbana, una parte importante de los adultos no lo es, lo que prueba el predominio rural en la composición de la mano de obra que a ese lugar se dirige (Cuadro 3).

La diferencia entre hombres y mujeres, en lo que se refiere a la procedencia rural-urbana, se muestra insignificante, favoreciendo no obstante a las mujeres, en el caso de los nacimientos urbanos, y a los hombres en el caso de los nacimientos en la zona rural (Cuadro 4).

f) Tiempo de residencia en Edén

Las cuestiones relativas al tiempo de residencia en el Edén y las transformaciones allí ocurridas se dirigieron solamente a las 240 dueñas de casa en el universo investigado. De este total, apenas el 9.2% habitaba en el lugar desde su nacimiento, lo que evidencia una vez más y de manera más contundente, el carácter "forastero" de la actual población adulta de Edén, de la femenina por lo menos. De las demás, sólo el 28.3% vivía en Edén desde hacía 10 años o más, lo que elevaba al 37.5% el total de mujeres que podían recordar el Edén antiguo, y de hablar de las transformaciones más radicales que allí habían ocurrido. Las transformaciones más recientes pudieron ser recordadas por el 25.1% que había vivido en ese lugar entre 3 y 9 años. Sin embargo, el 37.5% de las mujeres no tenían mucho que informar, dado que residían en el lugar desde hacía dos años o menos. De este total, el 22.5% vivía en Edén desde hacía menos de un año (Cuadro 5).

g) ¿Por qué mudarse para el Edén?

De las respuestas de las dueñas de casa a esta pregunta, el 26.8% se puede agrupar en torno del siguiente motivo: busca de mejoría de las condiciones de vida, en función principalmente de las oportunidades de trabajo que se abrieron en Edén. "Mi marido quería encontrar empleo en una firma, estaba cansado de trabajar en el campo", "las condiciones de vida allá no compensaban, mi marido ganaba poco", "para que los niños estudiaran y mayor facilidad de empleo", "para ganar más dinero", "en el campo mi hija no tenía muchas condiciones para trabajar y en Edén era más fácil conseguir empleo" fueron algunas de las expresiones utilizadas por nuestras entrevistadas para ilustrar la situación. Razones de trabajo aún más específicas, unidas a las anteriores, constituyen el grueso de las respuestas al por qué de la mudanza. Por ejemplo, el 15.9% de las dueñas de casa mencionaron como motivo para mudarse el traslado hacia Edén de las firmas donde sus maridos trabajaban, lo que corrobora afirmaciones anteriores en

/cuanto al

cuanto al traslado de personal de industrias de Sao Paulo hacia el Edén. Razones más generales vinculadas a la búsqueda de trabajo o de negocios a la vez, totalizan el 16.3% de las respuestas. Es curioso señalar, sin embargo, que el 6.8% de estas respuestas se refieren a trabajo en la zona rural, lo que no deja de comprobar su carácter remanente. Algunas de las respuestas en este sentido revelan las razones de su búsqueda: "Mi suegro halló sitio aquí para arrendar"; "el alquiler aquí era más barato y con niños pequeños, yo sólo podía trabajar en el campo, donde los niños me podían acompañar"; "porque aquí se trabaja en labores agrícolas".

La posibilidad de adquirir casa propia, asociada a la vida y alquiler más baratos y el hecho de que Edén sea "más sosegado" constituyeron el 16.4% del conjunto de respuestas, lo que nos permite percibir los atractivos que Edén aún puede ofrecer a los que proceden de zonas urbanas más industrializadas, como Sao Paulo o la misma Sorocaba. Razones de orden familiar, asociadas a razones de salud y a otras situaciones más difíciles de agrupar, constituyen el resto de las respuestas.

Las razones de orden familiar parecen dejar transparentar la importancia de los lazos de esta naturaleza que unen a las personas en Edén. "Me mudé para quedar más cerca de mi hija", "mi marido prefiere quedar más cerca de la familia", "me mudé para vivir con mi madre cuando ella quedó viuda", "para reunir a toda la familia en un lugar solamente", "me mudé con los padres antes de casarme", son las expresiones que parecen atestiguar la persistencia de estos vínculos, a pesar de la mudanza (Cuadro 6).

h) Estado civil y conyugal

De los 1 138 habitantes de Edén abarcados por la muestra, el 57.5% se declaró soltero, lo que no tiene nada de extrañar, dado el contingente de jóvenes presentes entre ellos. Sin embargo, varias fueron las modalidades de unión registradas entre el 38.5% que tenía un compañero. De este total, el 30.5% eran casados por el civil y por la iglesia, el 4.3% sólo por el civil y el 0.5% sólo por la iglesia, mientras que el 3.2% simplemente convivían, ocurriendo esta relación entre viudos, divorciados, separados y solteros; el 2.5% permanecía viudo; el 0.4% se declaró recién divorciado y el 1.0% no especificó su situación (Cuadro 7).

La presencia de divorciados y de uniones menos convencionales en la población de Edén, aunque en proporciones modestas, no deja de sugerir la posibilidad de que las transformaciones en curso se estén reflejando sobre la familia, suposición que se fortalece cuando comparamos la distribución de hombres y mujeres dentro de estos grupos. Del total de divorciados, por ejemplo, el 80% eran mujeres, mientras que entre el total de mujeres amancebadas casi la mitad estaba constituida por solteras.

/Considerando, por

Considerando, por otro lado, que los menores de 21 representan el 60.9% del total de la población encuestada, y que los solteros son apenas 57.5%, es posible suponer que muchos casamientos se estén realizando en el grupo de las personas de 15 a 21 años. Efectivamente, el número de madres jóvenes y los comentarios que se oyen por aquí y por allá respecto de los casamientos apresurados hacen creer no sólo que las familias se están constituyendo prematuramente sino que transgresiones otrora consideradas moralmente graves, en la actualidad comienzan a hacerse comunes.

i) Tamaño de las familias

De las 240 familias entrevistadas, el 41.15% estaban compuestas por 4 o 5 miembros: generalmente la pareja y dos o tres hijos; el 17.69% de las familias estaban constituidas sólo por tres miembros y el 11.93% por apenas dos, en su mayoría parejas jóvenes aún sin hijos o con solamente uno. Considerando que el ideal de las parejas, en cuanto a número de hijos, giraba en torno de dos ("una pareja") o tres, tal vez podamos decir que la actual población de Edén tiende a estar constituida por familias poco numerosas, lo que sería de esperar dado el contexto de transformación y mudanza en que vive la comunidad. Sin embargo, la presencia de un 27.98% de familias cuya composición va de 6 a 14 miembros evidencia la importancia que aún tienen en el conjunto las familias más numerosas, herencia de un pasado todavía muy próximo (Cuadro 8).

j) Composición de las familias

De las 240 familias encuestadas, el 75.0% eran nucleares. De éstas, sin embargo, el 9.2% se encontraba desprovista de uno de los padres, el 0.8% estaba constituida por un agregado de dos familias nucleares y el 0.8% por una nuclear espúria, es decir, compuesta de una pareja y entenados. De las familias restantes, el 17.5% incluía además de la pareja con sus hijos, a algunos parientes por afinidad (suegro, cuñado), aproximándose a lo que llamamos familia extensa; 7.1% no llegaban a constituir familias, en la acepción de la palabra, sino más bien conjuntos de personas no emparentadas que vivían juntas como mera estrategia de sobrevivencia en las circunstancias de escasez de inmuebles y bajos salarios en que vivían, y el 0.4% era un conjunto de hermanos que vivían juntos, sin padre ni madre (Cuadro 9).

### 3. Lo que cambió en Edén

¿Ha cambiado mucho Edén desde que la señora vive aquí? Con esta pregunta pretendíamos detectar lo que más llamaba la atención de las 240 dueñas de casa en el cambiante escenario de Edén. Las respuestas obtenidas aludieron casi exclusivamente a transformaciones de orden material y principalmente a las que se podían observar en la villa.

/El aumento

El aumento del movimiento comercial (instalación de un banco, apertura de nuevas tiendas, feria, farmacia), el aumento de personas y de viviendas, la mejoría de la infraestructura urbana (agua, luz, alcantarillado, calle principal asfaltada, alineamiento de calles) y la construcción de una nueva posta de salud fueron nombrados, en este orden de importancia, por un grupo importante de entrevistadas. El aumento del número de fábricas, no obstante su importancia en el comienzo de todo el proceso de transformación por el que atraviesa la zona, no fue destacado en la misma forma, lo que tal vez se explique por el simple hecho de que las mismas no se localizaron en la villa, sino en sus alrededores. Las referencias explícitas al progreso de Edén o a su valorización fueron pocas, así como fueron pocas también las alusiones a la disminución de la agricultura, la pérdida de libertad, las transformaciones de las costumbres, los robos y la violencia, asuntos éstos sin embargo, que salen a relucir frecuentemente en las conversaciones más largas sobre la vida en Edén de hoy, una vez conquistada la confianza de los interlocutores. Por último, un número significativo de entrevistadas nada supo informar sobre el asunto (Cuadro 10).

#### 4. ¿Por qué cambió Edén?

Las respuestas a esta pregunta ayudan, en cierto modo, a completar el cuadro de transformaciones que pretendíamos esbozar con las opiniones de las entrevistadas, aunque las respuestas obtenidas hubiesen escapado, en buena parte, a lo que esperábamos, colocándose como una adición a las ofrecidas a la pregunta anterior.

Al parecer, no hay dudas entre un gran número de entrevistadas de que toda la transformación en curso en Edén se debe a la presencia de industrias en la zona. Por lo menos el 35.0% de las respuestas apuntaron en esta dirección. Otro conjunto importante de respuestas atribuyó las transformaciones al resultado de la acción de fuerzas externas a Edén, localizadas en la municipalidad, en el alcalde o en alguien que desconocían, pero cuya "mente", al decir de una de las entrevistadas, "Dios iluminó". Sin embargo, un número bastante significativo de entrevistadas o no supo responder la pregunta o dio respuestas vagas a la misma.

Con todo, un pequeño número de entrevistadas, en lugar de señalar causas, prefirió hablar de las consecuencias, recordando aspectos negativos de las transformaciones, tales como el aumento de los impuestos, de los alquileres, del costo de la vida y de las tarifas de agua, alcantarillado y recolección de basuras, así como la contaminación traída por las industrias, al eliminar sus residuos en las plantaciones de los que todavía insisten en sobrevivir al proceso (Cuadro 11).

5. Cómo las transformaciones han afectado  
la vida de las mujeres

La presencia de las industrias y la multiplicación de las casas comerciales crearon, sin duda, una oferta local de trabajo inexistente en Edén hasta hace algunos años. El empleo industrial y el empleo en el comercio eran modalidades de trabajo hasta entonces situadas fuera de la zona, pero que, a partir del nuevo auge industrial experimentado por el municipio, comenzaron a abrir allí sus puertas.

¿Cómo se inserta la actual población de Edén, tanto los que se resistieron al proceso de expulsión como los que se desplazaron hacia allí atraídos por las transformaciones, en las actividades productivas que ahora tienen lugar en la región? ¿Cómo la mujer, en especial, participa de esta nueva realidad? ¿Cómo son afectados por dicha nueva realidad sus papeles tradicionales? Es lo que trataremos de analizar en los dos capítulos siguientes, dedicados al trabajo como primer paso en el sentido de percibir cómo las mudanzas en curso vienen afectando de una manera más global sus vidas.

Cuadro 1  
SEXO POR EDAD

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Hasta 01 año	26 50.0	26 50.0	52 4.6
De 02 a 06 años	61 43.6	79 56.4	140 12.3
De 07 a 11 años	60 42.0	83 58.0	143 12.6
De 12 a 14 años	30 45.5	36 54.5	66 5.8
De 15 a 21 años	91 51.1	87 48.9	178 15.6
De 22 a 35 años	121 46.2	141 53.8	262 23.0
De 36 a 50 años	85 53.5	74 46.5	159 14.0
De 51 a 70 años	65 54.2	55 45.8	120 10.5
Más de 70 años	8 44.4	10 55.6	18 1.6
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Observación: La aparente distorsión de esta distribución se puede explicar por el hecho de que el grupo de 12 a 14 años incluye sólo tres edades mientras que las demás comprenden un número mucho mayor.

Cuadro 2  
ESTADO DE ORIGEN

Estado de origen	Número de habitantes	Porcentaje
Sao Paulo	882	77.5
Santa Catarina	6	0.5
Paraná	90	7.9
Mato Grosso	3	0.3
Río de Janeiro	4	0.4
Minas Gerais	56	4.9
Espírito Santo	2	0.2
Bahía	22	1.9
Sergipe	5	0.4
Alagoas	8	0.7
Pernambuco	31	2.7
Ceará	3	0.3
Paraíba	5	0.4
Extranjeros	21	1.8
TOTAL	1 138	100.0

/Cuadro 3

Cuadro 3

PROCEDENCIA RURAL-URBANA POR EDAD

Edad	Procedencia		Total
	Rural	Urbana	
Hasta 01 año	4 1.1	48 6.2	52 4.6
De 02 a 06 años	18 4.9	122 15.8	140 12.3
De 07 a 11 años	27 7.3	116 15.1	143 12.6
De 12 a 14 años	21 5.7	45 5.8	66 5.8
De 15 a 21 años	67 18.2	111 14.4	178 15.6
De 22 a 35 años	92 25.0	170 22.1	262 23.0
De 36 a 50 años	61 16.6	98 12.7	159 14.0
De 51 a 70 años	69 18.8	51 6.6	120 10.5
Más de 70 años	9 2.4	9 1.2	18 1.6
TOTAL	368 32.3	770 67.7	1 138 100.0



Cuadro 4

PROCEDENCIA RURAL-URBANA POR SEXO

Procedencia	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Rural	180	188	368
	48.9	51.1	--
	15.9	16.5	32.4
Urbana	367	403	770
	47.6	52.4	--
	32.2	35.4	67.6
TOTAL	547	591	1 138
	48.0	52.0	100.0

Cuadro 5

TIEMPO DE RESIDENCIA EN EDEN

Tiempo de residencia	Número de habitantes	Porcentaje
Desde que nació	22	9.2
Hace menos de 1 año	54	22.5
De 1 a 2 años	36	15.0
De 3 a 4 años	27	11.3
De 5 a 9 años	33	13.7
Hace 10 años o más	68	28.3
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 6

Cuadro 6

RAZONES DE LA MUDANZA PARA EDEN

Razones de la mudanza	Total	Porcentaje
Mejores condiciones de vida	59	26.8
Razones familiares	28	12.7
Razones de salud	13	5.9
Transferencia de la firma	35	15.9
Cualidad de vida	9	4.1
Deseo de trabajar en el campo	15	6.8
Adquirir casa propia	20	9.1
Vida y alquiler más baratos	7	3.2
Razones de trabajo	15	6.8
Abrir negocios	6	2.7
Otras	13	5.9
TOTAL	220	100.0

Cuadro 7

Estado civil y conyugal	Total	Porcentaje
Soltero	654	57.5
Casado (civil/religioso)	347	30.5
Casado (civil)	49	4.3
Casado (religioso)	6	0.5
Casado y amancebado	6	0.5
Divorciado	4	0.4
Divorciado y amancebado	6	0.5
Viudo	29	2.5
Viudo y amancebado	5	0.4
Amancebado	20	1.8
Otros	6	0.5
Casado s/especificar	6	0.5
TOTAL	1 138	100.0

/Cuadro 8

Cuadro 8

NUMERO DE PERSONAS POR FAMILIA

Número de personas	Número de familias	Porcentaje
01	3	1.2
02	28	11.9
03	42	17.7
04	50	21.0
05	49	20.1
06	24	10.0
07	17	7.0
08	8	3.3
09	8	3.3
10	5	2.1
11	3	1.2
12	1	0.4
14	2	0.8
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 9

Cuadro 9

COMPOSICION DE LAS FAMILIAS

Composición de las familias	Número de familias	Porcentaje
Agregado-no pariente	17	7.1
Nuclear	154	64.2
Nuclear desfasada	22	9.2
"Siblings"	1	0.4
Extensa	41	17.1
Extensa más agregada	1	0.4
Nuclear compuesta	1	0.4
Nuclear espuria	3	1.2
TOTAL	240	100.0

/Cuadro 10

Cuadro 10  
LO QUE CAMBIO EN EDEN

Lo que cambió en Edén	Total	Porcentaje
Aumentó el número de viviendas y personas	72	15.1
Aumentó el número de fábricas y empleos	59	12.4
Mejóro la infraestructura urbana	69	14.5
Posta de salud nueva	66	13.8
Aumentó el comercio	81	17.0
Mejóro la escuela	44	9.2
Hubo progreso	25	5.2
Disminuyó el trabajo agrícola	2	0.4
Empeoró	11	2.3
Otros	4	0.8
No sabe decir	44	9.2
TOTAL	477	100.0

/Cuadro 11

Cuadro 11  
¿POR QUE CAMBIO EDEN?

Razones del cambio	Total	Porcentaje
Mejóro la infraestructura urbana	13	4.6
Mejoraron el comercio y las comunicaciones	12	4.3
Mejoraron las escuelas	8	2.8
Aumentó el número de casas, personas, etc.	11	3.9
Industrias, fábricas, más trabajo	86	30.5
Municipalidad, alcalde, población	35	12.4
Aumento de los impuestos, el alquiler, la luz, etc.	7	2.5
Contaminación de las industrias	4	1.4
Más comodidad	3	1.1
Otros	17	6.0
No sabe decir	81	28.7
En blanco	5	1.8
TOTAL	282	100.0

#### IV. EL TRABAJO ENTRE LOS HABITANTES DE EDEN

##### 1. Rama de actividad

De los 1 138 habitantes de Edén cubiertos por la muestra, 649, o sea el 57%, no tenían actividad remunerada. Sumados a los desempleados y a los jubilados, hacían el total de 727 personas que, a su vez, correspondía al 63.9% del total.

De las 411 (36.1%) personas económicamente activas, el 17.8% trabajaba en el sector secundario, mientras que el sector terciario ocupaba el 14.3%, dejando al sector primario con apenas el 3.2% del total, lo que confirma así su carácter residual. El 0.8% restante desarrollaba su actividad remunerada en la propia casa en que habitaba (Cuadro 1).

Considerando separadamente a hombres y mujeres en relación con las situaciones antes descritas, podemos comenzar a percibir cómo se daba en el momento de la investigación, la participación de unos y otros en las actividades productivas. Como vimos, de los 1 138 habitantes de Edén abarcados por la muestra, 547 (48.1%) eran hombres y 591 (51.9%), mujeres. Sin embargo, de las 649 personas que no tenían actividad remunerada, sólo el 31.1% eran hombres mientras que el 68.9% eran mujeres, invirtiéndose sus posiciones con relación a las 411 personas económicamente activas dentro de las cuales los hombres representaban el 71.0% y las mujeres sólo el 29.0%.

Las diferencias entre hombres y mujeres eran también pronunciadas en lo que se refiere al desempleo y a la jubilación. Entre los desempleados, por ejemplo, el 81.8% eran hombres y el 18.2% eran mujeres, mientras que entre los jubilados, el 65.7% eran hombres y el 34.3% eran mujeres.

Tales cifras parecen indicar que, si por una parte las mujeres abandonan menos sus empleos y son más estables en el trabajo, según dejaron entrever los comentarios de los empleadores de la industria, por otra parte o tienen más prisa en jubilarse (mientras los hombres tienden a retardar sus jubilaciones) o sobreviven en mayor número a sus colegas jubilados.

Las diferencias entre hombres y mujeres, en lo que se refiere al trabajo, adquieren nuevos matices cuando analizamos su distribución por rama de actividad (Cuadro 2).

Mientras entre los trabajadores del sector secundario, por ejemplo, el 72.9% eran hombres, sólo el 27.1% eran mujeres. A su vez, entre los trabajadores del sector terciario, aunque la proporción de mujeres en relación con los hombres se elevase un poco, seguía siendo todavía menos de la mitad. Ya en el sector primario, los hombres constituían mayoría absoluta (88.9%) mientras que en el ejercicio de actividades remuneradas en casa sólo había mujeres.

##### /2. Posición



## 2. Posición en la ocupación y calificación de la mano de obra

Aunque entre las 411 (36.1%) personas económicamente activas, sólo 43 (3.8%) eran propietarias de sus medios de producción o trabajaban en forma autónoma, 368 (32.3%) eran asalariadas. A su vez, de las personas asalariadas el 10.5% eran trabajadores manuales no calificados, el 8.1% eran semicalificados y sólo el 4.1% eran especializados. El personal de oficinas y los dependientes de tiendas participaban con el 5.4% de todo el conjunto y los profesionales de nivel medio y superior, con apenas el 2% del total, no habiendo información para el 1.1% de los casos (Cuadro 3).

Casi dos tercios de 43 propietarios de medios de producción y trabajadores autónomos se dedicaban al sector terciario (casi siempre comercio de mercaderías) y menos de un tercio al sector primario, en calidad de pequeños propietarios y arrendatarios. Entre ellos, la actividad industrial prácticamente no existía. A su vez, los 368 asalariados, considerados en cuanto a su rama de actividad, presentaban una distribución muy diferente. Cerca del 80% de los trabajadores manuales no calificados se repartían casi igualmente entre los sectores secundario y terciario, con ligera ventaja para el sector terciario, participando los restantes de las actividades del sector primario; los trabajadores semicalificados se concentraban en el 70% de los casos exclusivamente en las industrias, mientras que los demás se dedicaban a las actividades que calificamos como servicios, y ninguno de ellos, por consiguiente, trabajaba en labores agrícolas. Entre los especializados, la diferencia en favor del sector secundario era aún más notable, encontrándose en actividad en este sector casi el 80% de los trabajadores situados en esta categoría.

El fenómeno de la concentración de los trabajadores más calificados en el sector secundario se presentaba también entre el personal de oficina. Entre ellos, mientras los de menor calificación se encontraban, en su mayoría, en el sector terciario, los que ocupaban cargos directivos se situaban, en mucho mayor número, en el sector industrial. Asimismo, en lo que se refiere a los profesionales de nivel medio y superior, la mayoría, aunque pequeña, se hallaba en la industria. Por lo tanto, parece evidente que el sector secundario no solamente absorbe más mano de obra local, sino que realmente le ofrece mayores posibilidades de calificación que cualquier otro, constituyéndose así para el trabajador en el sector de más futuro y por esta misma razón, el más deseado.

La introducción de la variable sexo en el análisis de los datos sobre posición en la ocupación, nos permite comprobar otras tantas diferencias importantes entre hombres y mujeres con respecto al trabajo. Como nos permite apreciar el Cuadro 4, sólo un 13.2% de mujeres integraban el pequeño grupo de 43 propietarios de medios de producción y trabajadores autónomos, casi todas integrantes de este último.

/Entre los

Entre los asalariados el porcentaje de mujeres se elevaba a 30.2% mientras que el de los hombres bajaba a 69.8%. La proporción de las mujeres entre los asalariados crecía aún más entre los trabajadores manuales no calificados, donde constituían el 46.7% del total y entre el personal de oficina de calificación baja y mediana (43.3% en el primer caso y 43.8% en el segundo), disminuyendo sin embargo considerablemente en los grupos restantes, o sea, en los de más altos niveles de calificación.

### 3. Grado de instrucción

La problemática de la calificación de la mano de obra se encuentra, desde luego, directamente vinculada a la escolaridad, de ahí la importancia de tratar los datos relativos al grado de instrucción en este contexto.

Exceptuando, de la población en estudio, el 16.9% de niños entre 0 y 6 años de edad, cuya escolaridad no era obligatoria, el 83.1% que se situaba por encima de este grupo se distribuía de la siguiente manera: el 14.2% era declaradamente analfabeto o sabía apenas firmar su nombre, mientras que el 2.2% había aprendido a leer y escribir sin haber asistido a la escuela. A su vez, del 66.7% que había ingresado en la escuela sólo el 25.6% había concluido los cursos iniciados: 19.4% el nivel primario, 4.3% el nivel "ginasial" (ciclo intermedio), 1.7% el nivel "colegial" (secundario) y 0.2% la educación superior, distribuyéndose el 41.1% restante entre aquellos que todavía asistían a la escuela y los que ya habían abandonado con cursos incompletos. Considerando que el 19.2% continuaba frecuentando la escuela, comprobamos que se elevaba a 21.9% el total de los que habían desertado de ella (Cuadros 5 y 6).

Analizados en cuanto a su distribución por sexo, los datos antes mencionados presentaban otro perfil. Según podemos observar en los cuadros 7 y 8, la mayoría de los analfabetos estaba constituida por mujeres. Del total de 162 personas en esta situación, cerca del 60% era de sexo femenino. Además, entre los 25 que sin haber frecuentado la escuela sabían leer y escribir, el 68% eran hombres. Entre los 759 que habían ingresado a la escuela, por otra parte, las mujeres representaban el 50.2%, elevándose su participación al 51.5% entre los 291 que habían concluido algún curso, hecho que se debe, sin embargo, a la más alta incidencia de las mujeres entre las personas que habían concluido el nivel primario (53.8%), ya que disminuía progresivamente su participación entre las personas que habían concluido el nivel "ginasial" y el "colegial" o secundario, culminando con su ausencia entre las personas que habían finalizado un curso de nivel superior. A su vez, dentro de las 468 personas con cursos incompletos, la participación de las mujeres era de 49.15%, subiendo sin embargo a 53.7% entre las 218 que continuaban en la escuela y descendiendo al 45.4% entre las 250 que ya la habían abandonado.

/Aunque la

Aunque la situación de los hombres en relación con la escolaridad no puede considerarse de las más satisfactorias, las disparidades en el grado de instrucción de hombres y mujeres, reveladas por la investigación apuntan claramente en favor de los primeros.

#### 4. Relación de trabajo ★/

De acuerdo con lo que nos muestra el Cuadro 9, excluyendo del 35.5% que ejercía una actividad remunerada el 4.8% constituido por los empleadores y por los que trabajan por cuenta propia, el 30.7% restante se repartía entre un 27.6% que recibía remuneración mensualmente y un 3.2% que obtenía ganancias inciertas a contrata, como "bóias-frias" (trabajadores ocasionales rurales) o haciendo todo tipo de trabajos esporádicos. El 2.7% realizaba trabajo subalterno, sin remuneración.

Las diferencias entre hombres y mujeres, en este sentido, eran una vez más muy marcadas (Cuadro 10).

Como vimos anteriormente, era mínima la presencia de mujeres en el grupo que reunía a los empleadores y los que trabajaban por cuenta propia, especialmente entre los primeros. Comprobamos además que se encontraban totalmente ausentes entre los aparceros y arrendatarios que, por lo visto, constituían una categoría exclusivamente masculina. Sin embargo, entre los trabajadores que recibían remuneración mensual, ellas constituían el 31.5% presentando entre los que no obtenían ganancias cierto porcentaje que iba del 28.6% entre las personas que hacían trabajos esporádicos al 15.8% entre los que trabajaban a contrata y, finalmente, al 10% entre los "bóias-frias".

Sin embargo, entre las personas que realizaban trabajo subalterno su participación ascendía a 54.8%, siendo inferior solamente a la participación que ostentaban entre los que no tenían trabajo remunerado.

#### 5. Renta mensual global

Según los datos del Cuadro 11, del 38.8% que recibía remuneración (jubilados, inclusive), el 8.8% poseía una renta mensual de hasta un salario mínimo, los que unidos a los que percibían de 1 a 2 salarios mínimos hacían un total de 20.6%. Del 18.2% restante, el 13.1% se concentraba entre los que recibían de 2 a 5 salarios mínimos, el 3.6% entre los que obtenían de 5 a 10 y el 1.5% entre un pequeño grupo de afortunados, situados por encima de este límite.

La mayor parte de los 100 trabajadores que ganaban hasta un salario mínimo ejercían sus actividades en el sector terciario (37%),

---

★/ Debido a fallas en la codificación, el porcentaje de personas económicamente activas en los cuadros que se analizarán a partir de ahora presentará considerables variaciones. No obstante, estas variaciones no comprometen las tendencias apuntadas por el análisis.

/seguidos por

seguidos por los que trabajaban en el sector secundario (23%). Sumados al 25% de jubilados, cuyas rentas incidían en este grupo, totalizaban un 85%. Los restantes o trabajaban en el sector primario (6%) o en casa (4%), no habiendo indicación de la rama de actividad de los demás.

Entre los 134 que ganaban de 1 a 2 salarios mínimos, la participación de los que trabajaban en la industria se elevaba al 46.8%, disminuyendo al 29.1% la de los que se encontraban en el sector terciario, distribuyéndose los restantes en el sector primario (7.5%), los que trabajaban en su casa (3%) y los jubilados (9.7%).

A su vez, los grupos de personas que obtenían entre 2 y 10 salarios mínimos, que comprendían 190 trabajadores, estaban constituidos con absoluta prioridad por los que trabajaban en la industria, con porcentajes que iban aumentando de 46.8% en el grupo de 2 a 3 salarios, a 61% en el grupo de 5 a 10 salarios, colocándose en segundo plano los que trabajaban en el sector terciario y, menos significativamente aún, los jubilados y los que trabajaban en el sector primario o en casa, los cuales desaparecían totalmente en los grupos de más de 5 salarios.

La primacía de los que trabajaban en la industria sobre los demás alcanzaba su punto máximo entre los que ganaban entre 10 y 20 salarios mínimos (62.5%). Sin embargo, por sobre dicho grupo la presencia de los que trabajaban en el sector terciario se tornaba más significativa o igual a la de los que trabajaban en el sector secundario, reflejando ciertamente la presencia de los comerciantes (Cuadro 12).

El sector secundario, pues, que ya se había presentado como el que absorbía mayor cantidad de mano de obra local y el que ofrecía mayores oportunidades de calificación a sus trabajadores, aparece también ahora como el que mejor los remunera.

Las diferencias de renta mensual global constituyen, tal vez, el testimonio más evidente del tratamiento diferente dispensado a hombres y mujeres en lo que se refiere al trabajo.

Según podemos observar en el Cuadro 13, la participación de la mujer en el grupo de las personas que ganaban hasta un salario mínimo era de 45%, un poco superior a la del grupo siguiente, donde aparecía con 43.3%; en el grupo de dos a tres salarios mínimos, sin embargo, su participación descendía al 21.5%, cayendo más aún en el de tres a cinco salarios (10%) y llegando a cero en el grupo de cinco a diez salarios mínimos. Su presencia se volvía a hacer sentir, aunque en forma poco significativa, en los dos grupos siguientes (12.5% y 25%), para desaparecer de nuevo en el grupo de los más afortunados de todos, el de los trabajadores que obtenían más de 30 salarios mínimos.

Entre todas las ramas de actividad en que participaban las mujeres, era en la industria donde la mayoría obtenía los mayores salarios, aunque fuera en el sector terciario que se localizaban las pocas que obtenían los más altos salarios que se pagaban a las mujeres (grupo de 10 a 20 salarios mínimos). Es posible, pues, que aunque la industria remunere mejor a un mayor número de mujeres, sea en el sector terciario que se abran para ellas las posibilidades de ascenso funcionario o de establecerse por cuenta propia.

## 6. Localización del trabajo

Más de la mitad del 36.3% de trabajadores que desarrollaban actividades remuneradas (21.7%) tenían su local de trabajo en el propio Distrito de Edén. Los demás trabajaban en la ciudad de Sorocaba y en el vecino municipio de Votorantín (8.2%) o en lugares más apartados (4%), entre los cuales se incluía también la ciudad de Sao Paulo, distante cerca de 100 kilómetros. El 2.4% de los encuestados no respondieron la pregunta (Cuadro 14). Las facilidades de comunicación creadas con la apertura de nuevas carreteras, con el establecimiento de nuevas líneas de ómnibuses y con el aumento de la frecuencia de los mismos en las líneas ya existentes transformaron el Edén en un lugar fácilmente accesible, lo que hizo que la posibilidad de vivir en él y trabajar en otros lugares se convirtiese en una realidad. Si se suman a esto los alquileres más baratos, la vida menos cara y la calidad de vida mejor, ya mencionados anteriormente, es de suponer que, paulatinamente, el Edén podrá transformarse en suburbio de una zona que trascienda el propio municipio de Sorocaba.

De los 247 residentes que trabajaban en Edén, el 73.7% eran hombres y sólo el 26.3% eran mujeres. Sin embargo, entre los 138 que trabajaban afuera (tanto entre los que se dirigían a Sorocaba y a Votorantín como entre los que se dirigían a otros lugares), el porcentaje de hombres bajaba a 62.4% y 68.9%, lo que indica claramente que el número de mujeres que trabajaban fuera de Edén era relativamente mayor que el de hombres en la misma situación (Cuadro 15).

Tal hecho, sorprendente a primera vista, debe encontrar su explicación en la circunstancia de que gran parte de los hombres trabajaban en las industrias de la zona que, como hemos visto, se concentran en el propio distrito y emplean de preferencia mano de obra masculina.

## 7. Transporte hacia el trabajo

Del 34.3% de las personas que tenían actividad remunerada, el 9.4% se iba a pie al trabajo, mientras que el 1.1% lo hacía en bicicleta, lo que si por una parte sugiere proximidad entre la residencia y el trabajo no deja, por otro lado, de indicar la insuficiencia de los transportes dentro de la zona industrial mencionada anteriormente. El 9.4% se movilizaba en ómnibus y el 4% en automóvil propio, mientras que el 1.5% declaraba usar otros medios de transporte (¿camioneta de la fábrica, carreta?). En el 8.9% de los cuestionarios no se proporcionaba ninguna información al respecto (Cuadro 16).

Entre los 107 que se movilizaban a pie, los hombres representaban el 68.2%, cifra que descendía al 60.7% entre los usuarios del ómnibus. Entretanto, ninguna mujer hacía uso de la bicicleta para ir al trabajo, por lo tanto este vehículo era de uso exclusivamente masculino. De uso casi exclusivamente masculino también era el automóvil propio y lo mismo se aplica a los demás medios de transporte (Cuadro 17).

/Aunque el

Aunque el número de hombres que se dirigían a pie o en ómnibus hacia el trabajo constituyese mayoría, el número de mujeres en esta situación era sin duda relativamente mayor. A su vez, entre las mujeres, el número de las que utilizaban el ómnibus era mayor que el de las que iban a pie al trabajo, lo que parece estar relacionado con el hecho de que gran parte de ellas trabajaban fuera de Edén.

#### 8. Tiempo de viaje de la casa al trabajo

A juzgar por el tiempo utilizado para viajar entre la residencia y el trabajo por la mayoría de los trabajadores, no eran muy largas las distancias que tenían que recorrer, considerando que gran parte de ellos se desplazaba a pie. Del 26.5% que figura en el Cuadro 18 con actividad remunerada, el 23.9% ocupaba hasta media hora para ir de la casa al trabajo, el 1.9% demoraba de media hora a una hora y sólo el 0.7% precisaba de una hora y media a dos horas para hacerlo.

Entre las 272 personas que demoraban hasta media hora en ir de la casa al trabajo los hombres representaban el 69.1%, elevándose su participación al 72.7% entre las 22 personas que ocupaban de media hora a una hora y al 75% entre las ocho que precisaban de más tiempo para este fin, cifras que demuestran claramente que el número de mujeres se hacía progresivamente menor que el de los hombres a medida que aumentaba el tiempo utilizado en el desplazamiento entre la residencia y el trabajo (Cuadro 19).

Tales datos parecen indicar que a pesar de que el número de mujeres que trabajaban fuera de Edén era relativamente mayor que el de los hombres, en su mayoría demoraban menos tiempo en ir de la casa al trabajo que ellos, circunstancia que a nuestro juicio puede tener implicaciones domésticas.

Cuadro 1

RAMA DE ACTIVIDAD

Rama de actividad	Total	Porcentaje
Industria	203	17.8
Comercio (y otros servicios)	132	11.6
Servicio público	31	2.7
Agricultura	36	3.2
En casa	9	0.8
Desempleado	11	1.0
No tiene actividad remunerada	649	57.0
Jubilado	67	5.9
TOTAL	1 138	100.0

/Cuadro 2

Cuadro 2

RAMA DE ACTIVIDAD POR SEXO

Rama de actividad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Industria	148 72.9	55 27.1	203 17.8
Comercio	91 68.9	41 31.1	132 11.6
Servicio público	21 67.7	10 32.3	31 2.7
Agricultura	32 88.9	4 11.1	36 3.2
En casa	0 0.0	9 100.0	9 0.8
Desempleado	9 81.8	2 18.2	11 1.0
No tiene actividad remunerada	202 31.1	447 68.9	649 57.0
Jubilado	44 65.7	23 34.3	67 5.9
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0



Cuadro 3

POSICION EN LA OCUPACION

Posición en la ocupación	Total	Porcentaje
Jubilado	65	5.7
Sin trabajo remunerado	662	58.2
Mediano propietario	1	0.1
Pequeño propietario	20	1.8
Autónomo	22	1.9
Trabajador manual no calificado	120	10.5
Trabajador manual semicalificado	92	8.1
Operario especializado	47	4.1
Profesional de nivel medio	22	1.9
Profesional de nivel superior	1	0.1
Oficinista de baja calificación	30	2.6
Oficinista de mediana calificación	16	1.4
Directivo bajo	16	1.4
Trabajos esporádicos	12	1.1
Sin información	12	1.1
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 4

POSICION EN LA OCUPACION POR SEXO

Posición en la ocupación	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Jubilado	43 66.2	22 33.8	65 5.7
Sin trabajo remunerado	213 32.2	449 67.8	662 58.2
Mediano propietario	0 0.0	1 100.0	1 0.1
Pequeño propietario	15 75.5	5 25.0	20 1.8
Autonomo	19 86.4	3 13.6	22 1.9
Trabajador manual no calificado	64 53.3	56 46.7	120 10.5
Trabajador manual semicalificado	71 77.2	21 22.8	92 8.1
Operario especializado	41 87.2	6 12.8	47 4.1
Profesional de nivel medio	18 81.8	4 18.2	22 1.9
Profesional de nivel superior	1 100.0	0 0.0	1 0.1
Oficinista de baja calificación	17 56.7	13 43.3	30 2.6
Oficinista de mediana calificación	9 56.3	7 43.8	16 1.4
Directivo bajo	16 100.0	0 0.0	16 1.4
Trabajos esporádicos	9 75.0	3 25.0	12 1.1
Sin información	11 91.7	1 8.3	12 1.1
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 5

GRADO DE INSTRUCCION

Grado de instrucción	Total	Porcentaje
De 0 a 6 años	192	16.9
Analfabeto	162	14.2
Lee y escribe	25	2.2
Enseñanza primaria incompleta	299	26.3
Enseñanza primaria completa	221	19.4
"Ginásio" (nivel intermedio) incompleto	131	11.5
"Ginásio" (nivel intermedio) completo	49	4.3
"Colegio" (secundario) incompleto	30	2.6
"Colegio" (secundario) completo	19	1.7
Enseñanza superior incompleta	8	0.7
Enseñanza superior completa	2	0.2
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 6

ASISTENCIA A LA ESCUELA

Asistencia a la escuela	Total	Porcentaje
No asiste	920	80.8
Asiste	218	19.2
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 7

GRADO DE INSTRUCCION POR SEXO

Grado de instrucción	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
De 0 a 6 años	87 45.3	105 54.7	192 16.9
Analfabeto	65 40.1	97 59.9	162 14.2
Lee y escribe	17 68.0	8 32.0	25 2.2
Enseñanza primaria incompleta	145 48.5	154 51.5	299 26.3
Enseñanza primaria completa	102 46.2	119 53.8	221 19.4
"Ginásio" (nivel intermedio) incompleto	73 55.7	58 44.3	131 11.5
"Ginásio" (nivel intermedio) completo	25 51.0	24 49.0	49 4.3
"Colegio" (secundario) incompleto	15 50.0	15 50.0	30 2.6
"Colegio" (secundario) completo	12 63.2	7 36.8	19 1.7
Enseñanza superior incompleta	4 50.0	4 50.0	8 0.7
Enseñanza superior completa	2 100.0	0 0.0	2 0.2
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 8

ASISTENCIA A LA ESCUELA POR SEXO

Asistencia a la escuela	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No asiste	446 48.5	474 51.5	920 80.8
Asiste	101 46.3	117 53.7	218 19.2
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 9

RELACION DE TRABAJO

Relación de trabajo	Total	Porcentaje
No tiene trabajo remunerado	642	56.4
Trabajo subalterno sin remuneración	31	2.7
Trabajos esporádicos	7	0.6
Trabaja a contrata	19	1.7
Trabajo de remuneración diaria, voluntario, "boia-fria"	10	0.9
Trabajo con remuneración mensual	314	27.6
Aparcero, arrendatario, mediero	4	0.4
Autónomo	45	4.0
Empleador	4	0.4
Otros	62	5.4
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 10  
RELACION DE TRABAJO POR SEXO

Relación de trabajo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No tiene trabajo remunerado	205 31.9	437 68.1	642 56.4
Trabajo subalterno sin remuneración	14 45.2	17 54.8	31 2.7
Trabajos esporádicos	5 71.4	2 28.6	7 0.6
Trabajo a contrata	16 84.2	3 15.8	19 1.7
Trabajador con remuneración diaria, voluntario, "boia-fria"	9 90.0	1 10.0	10 0.9
Trabajador con remuneración mensual	215 68.5	99 31.5	314 27.6
Aparcero, arrendatario, mediero	4 100.0	0 0.0	4 0.4
Autónomo, por cuenta propia	39 86.7	6 13.3	45 4.0
Empleador	3 75.0	1 25.0	4 0.4
Otros	37 59.7	25 40.3	62 5.4
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 11

RENTA MENSUAL GLOBAL

Renta mensual global	Total	Porcentaje
Sin renta	686	60.3
Hasta 1 salario mínimo	100	8.8
De 1 a 2 salarios mínimos	134	11.8
De 2 a 3 salarios mínimos	79	6.9
De 3 a 5 salarios mínimos	70	6.2
De 5 a 10 salarios mínimos	41	3.6
De 10 a 20 salarios mínimos	8	0.7
De 20 a 30 salarios mínimos	4	0.4
Más de 30 salarios mínimos	4	0.4
Sin respuesta	12	1.1
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 12

## RENTA MENSUAL POR RAMA DE ACTIVIDAD

Renta mensual	Rama de actividad						No tiene actividad remunerada	Jubilado	Total
	Industria	Comercio	Servicio público	Agricultura	En casa	Desempleado			
Sin renta	11 1.6	8 1.2	0 0.0	12 1.7	0 0.0	9 1.3	643 93.7	3 0.4	686 60.3
Hasta 1 salario mínimo	23 23.0	35 35.0	2 2.0	6 6.0	4 4.0	1 1.0	4 4.0	25 25.0	100 8.8
De 1 a 2 salarios mínimos	68 50.7	32 23.9	7 5.2	10 7.5	4 3.0	0 0.0	0 0.0	13 9.7	134 11.68
De 2 a 3 salarios mínimos	37 46.8	13 16.5	12 15.2	2 2.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	15 19.0	79 6.9
De 3 a 5 salarios mínimos	30 42.9	18 25.7	6 8.6	4 5.7	1 1.4	1 1.4	0 0.0	10 14.3	70 6.2
De 5 a 10 salarios mínimos	25 61.0	12 29.3	3 7.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.4	0 0.0	41 3.6
De 10 a 20 salarios mínimos	5 62.5	2 25.0	1 12.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 0.7
De 20 a 30 salarios mínimos	1 25.0	3 75.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 0.4
Más de 30 salarios mínimos	2 50.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 0.4
Sin respuesta	1 6.3	7 58.3	0 0.0	2 16.7	0 0.0	0 0.0	1 8.3	1 8.3	12 1.1
TOTAL	203 17.8	132 11.6	31 2.7	36 3.2	9 0.8	11 1.0	649 8.3	67 5.9	1 138 100.0



Cuadro 13

RENTA MENSUAL POR SEXO

Renta mensual	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Sin renta	229 33.4	457 66.6	686 60.3
Hasta 1 salario mínimo	55 55.0	45 45.0	100 8.8
De 1 a 2 salarios mínimos	76 56.7	58 43.3	134 11.8
De 2 a 3 salarios mínimos	62 78.5	17 21.5	79 6.9
De 3 a 5 salarios mínimos	63 90.0	7 10.0	70 6.2
De 5 a 10 salarios mínimos	41 100.0	0 0.0	41 3.6
De 10 a 20 salarios mínimos	7 87.5	1 12.5	8 0.7
De 20 a 30 salarios mínimos	3 75.0	1 25.0	4 0.4
Más de 30 salarios mínimos	4 100.0	0 0.0	4 0.4
Sin respuesta	7 58.3	5 41.7	12 1.1
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1.138 100.0

/Cuadro 14

Cuadro 14

LOCALIZACION DEL TRABAJO

Localización del trabajo	Total	Porcentaje
No trabaja	726	63.8
Edén	247	21.7
Sorocaba - Votorantin	93	8.2
Otros	45	4.0
No respondió	27	2.4
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 15

LOCALIZACION DEL TRABAJO POR SEXO

Localización del trabajo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No trabaja	254 35.0	472 65.0	726 63.8
Edén	182 73.7	65 26.3	247 21.7
Sorocaba - Votorantin	58 62.4	35 37.6	93 8.2
Otros	31 68.9	14 31.1	45 4.0
No respondió	22 81.5	5 18.5	27 2.4
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 16  
MEDIO DE TRANSPORTE

Categoría de las preguntas	Número	Frecuencia relativa
No trabaja o trabaja en su casa	748	65.7
A pie	107	9.4
Omnibus	107	9.4
Bicicleta	12	1.1
Automóvil propio	46	4.0
Otros	17	1.5
No respondió	101	8.9
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 17  
MEDIO DE TRANSPORTE POR SEXO

Medio de transporte	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No trabaja	271 36.2	477 63.8	748 65.7
A pie	73 68.2	34 31.8	107 9.4
Omnibus	65 60.7	42 39.3	107 9.4
Bicicleta	12 100.0	0 0.0	12 1.1
Automóvil propio	39 84.8	7 15.2	46 4.0
Otros	14 82.4	3 17.6	17 1.5
No respondió	73 72.3	28 27.7	101 8.9
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

Cuadro 18

TIEMPO DE VIAJE DE LA CASA AL TRABAJO

Tiempo de viaje de la casa al trabajo	Total	Porcentaje
Hasta 1/2 hora	272	23.9
De 1/2 a 1 hora	22	1.9
De 1 1/2 a 2 horas	8	0.7
Sin respuesta	836	73.5
TOTAL	1 138	100.0

Cuadro 19

TIEMPO DE VIAJE DE LA CASA AL TRABAJO POR SEXO

Tiempo de viaje de la casa al trabajo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Hasta 1/2 hora	186 69.1	84 30.9	272 23.9
De 1/2 a 1 hora	16 72.7	6 27.3	22 1.9
De 1 1/2 a 2 horas	6 75.0	2 25.0	8 0.7
Sin respuesta	337 40.3	499 59.7	836 73.5
TOTAL	547 48.1	591 51.9	1 138 100.0

## V. LA MUJER Y EL TRABAJO

### 1. La muestra

Con objeto de analizar más detalladamente el trabajo entre las mujeres de Edén, se elaboró un cuestionario específico (cuestionario B) destinado a comprender a todas las mujeres de 12 años y más residentes en la mitad de los domicilios urbanos abarcados por la encuesta y en la totalidad de los domicilios rurales. La elección del límite inferior de 12 años se debió al hecho de que ésa es hoy la edad mínima para ingresar al mercado del trabajo.

La muestra así obtenida totalizó 194 mujeres (136 residentes en la villa y 58 en los barrios rurales de Iporanga y de Campininha) que se distribuyeron en grupos de edades, según el Cuadro 1.

Como se puede observar por medio de esta distribución, poco más de la mitad de las mujeres comprendidas por la muestra tenían entre 12 y 30 años de edad (53.61%), siendo además significativo el porcentaje de las que tenían entre 31 y 40 años de edad (20.62%). El total de mujeres de más de 40 años correspondía a sólo una cuarta parte del total (25.77%). Sin embargo, es importante señalar las notables diferencias en la composición por edad entre los dos grupos, llamando particularmente la atención el perfil de distribución de las mujeres residentes en la zona rural, cuya irregularidad parece reflejar bien las consecuencias de los procesos allí en curso.

Del total de 194 mujeres de esta muestra, poco más de un tercio (79) nunca tuvo trabajo remunerado, casi igual número (72) tuvo que interrumpir por diversos motivos esa actividad y sólo 43 tenían trabajo remunerado en ese momento. Esto significa que, aunque el total de mujeres no económicamente activas se elevase a 151, el conjunto formado por las que vivían o habían vivido la experiencia del trabajo remunerado era superior al de las que habían conocido sólo el trabajo doméstico.

### 2. Trabajo remunerado

La composición por edad de los grupos mencionados nos permite percibir inmediatamente la existencia de relaciones significativas entre la edad y el trabajo remunerado en la vida de sus miembros (Cuadro 2).

Por ejemplo, casi la totalidad de las mujeres que se encontraban en el momento de la encuesta en el grupo de los 12 a los 15 años jamás habían tenido trabajo remunerado constituyendo, a su vez, la fracción más numerosa de este grupo. Sin embargo, por encima de este grupo el número de las mujeres que nunca habían tenido trabajo remunerado era inferior al del conjunto de las demás, en todos los grupos, alcanzando su mínimo en el grupo de los 31 a los 40 años. El número de las mujeres que tenían trabajo remunerado en el momento de la encuesta era, por otro lado, superior al de las que habían dejado de trabajar solamente en los grupos más jóvenes (de los 12 a los 21 años), disminuyendo en los demás grupos hasta alcanzar su nivel mínimo en el grupo de edades superiores a los 55 años.

/a) Ingreso

a) Ingreso al trabajo

Aunque fuese significativo el número de mujeres que habían comenzado a trabajar después de los 18 años (34.8%), más de la mitad ingresó en el mercado de trabajo remunerado en la adolescencia y en la preadolescencia, e incluso una pequeña fracción lo hizo en la infancia. De las mujeres que tenían o habían tenido actividad remunerada, el 52.2% se inició en estas lides entre los 12 y los 18 años y el 13%, incluso antes de cumplir los 12 años.

Sin embargo, el ingreso al mercado del trabajo remunerado antes de los 12 años al parecer se estaba transformando en cosa del pasado, ya que sólo aparecía entre las mujeres que tenían 22 años o más, pudiéndose suponer que el hecho de que no se presentara entre las más jóvenes fuese debido a las nuevas exigencias del mercado de trabajo o al interés de los padres de que concluyesen por lo menos la enseñanza primaria antes de que comenzaran a trabajar (Cuadro 3).

Más de la mitad de las mujeres que tenían o habían tenido actividad remunerada (55.7%) habían ingresado en ella a través del sector terciario, trabajando en bares, restaurantes, tiendas, hospitales, en el servicio público, en sus propias casas, pero principalmente en casas de familia: el 36.5% había comenzado a trabajar como empleadas domésticas (Cuadro 4).

La baja calificación de esta mano de obra no se manifestaba sólo en el volumen del empleo doméstico. La mayoría de las ocupaciones registradas en las demás ramas de actividad del sector (ayudante, limpiadora, cocinera, vendedora ambulante) también la evidenciaban. Esta situación, que no se restringía al sector terciario, se ampliaba al sector secundario, alcanzando su nivel máximo en los empleos del sector primario. Del 30.4% de mujeres cuyo primer trabajo remunerado fue en el sector secundario, apenas el 16.5% estaba ligado directamente a la producción, siendo por lo tanto portadoras de una calificación diferenciada. El 13.9% restante trabajaba en la cocina, en el comedor, trabajaban en costuras o embalaban productos.

La inmensa mayoría de las mujeres cuyo primer empleo fue en un establecimiento industrial poseía en el momento de la encuesta menos de 40 años, siendo raro encontrarlas en los grupos de edades superiores. Sin embargo, no se observaba tal cosa con relación a las que habían ingresado a través del sector terciario, las cuales se distribuían en todos los grupos de edad, lo que parece indicar que el acceso al sector secundario es un hecho reciente entre las mujeres entrevistadas.

Sólo el 13.9% de las mujeres aquí consideradas había tenido su primer empleo remunerado en la agricultura (10.4%) o en las alfarerías situadas en la zona rural (3.5%, siendo la primera situación más frecuente entre las mujeres de más de 40 años y la segunda, entre las de 30 años para abajo.

/b) Empleo

b) Empleo actual

Al comparar el perfil de la distribución del primer empleo de las mujeres que trabajaban o que habían trabajado con el perfil de la distribución del empleo que tenían en el momento de la encuesta, se hacían notar algunas transformaciones significativas (Cuadro 5). La más importante era el abandono casi absoluto del sector primario, confirmando así su pérdida de importancia en el conjunto de la economía. Apenas el 4.65% de las mujeres que trabajaban lo hacían en el campo o en las alfarerías. El otro cambio importante era sin duda el crecimiento del empleo en el sector secundario, que por el momento ocupaba al 41.8% de las mujeres que trabajaban. El crecimiento del empleo en el sector secundario se manifestaba no sólo en términos cuantitativos sino también cualitativos, toda vez que el número de mujeres que trabajaban directamente ligadas a la producción representaba ahora los dos tercios del total de las empleadas en aquel sector.

El aumento de la importancia del sector secundario se reflejaba también en la disminución, aunque pequeña, del empleo en el sector terciario, que no sólo se reducía sino que tenía alterada su composición con la considerable disminución del empleo doméstico, que ahora representaba solamente el 13.9% del total.

Otro hecho digno de mención en relación con el sector secundario era que en él figuraban mujeres sólo en los grupos de 16 a 40 años, mientras que los demás sectores incluían mujeres en todos los grupos de edad.

c) Sindicalización

Sólo el 20.9% de las mujeres que tenían actividad remunerada declararon estar sindicalizadas. De ellas, el 18.6% trabajaba en la industria y el 2.3% en el sector terciario. No obstante, la mayoría de las mujeres que trabajaban en la industria no estaban sindicalizadas (Cuadro 6).

d) Jornada de trabajo

Era poco significativo entre las mujeres que tenían actividad remunerada el número de las que trabajaban jornadas inferiores a 8 horas diarias: apenas el 21%, tratándose en su mayoría de trabajadoras por cuenta propia o de empleadas domésticas. La gran mayoría se repartía entre el 41.9% que trabajaba 8 horas y el 34.8% que trabajaba por encima de este límite, haciendo horas extras. Entre estas últimas se incluía un caso de jornada de trabajo superior a 16 horas, que no conseguimos esclarecer (Cuadro 7).

El porcentaje de mujeres que trabajaban 8 horas y más parecía indicar que, desde el punto de vista de la jornada de trabajo, las mujeres se insertaban en la estructura de empleo como los demás trabajadores, es decir, sujetas al mismo tipo de explotación.

En un intento por establecer si las mujeres que trabajaban eran objeto de algún trato discriminatorio que tuviese como base su condición de mujer, les fueron formuladas algunas preguntas específicas vinculadas a la maternidad y al trabajo. Por ejemplo, se les preguntó si habían sido interrogadas por sus empleadores respecto de si estaban

/embarazadas o

embarazadas o si se habían sometido a la prueba de Prognosticón (diagnóstico de embarazo) en el momento de su admisión, a lo que el 20.9% respondió que sí y el 58.1% que no, habiendo sido colocado el 20.9% en la categoría "no se aplica". Se les preguntó también si habían quedado embarazadas en el empleo actual y, en caso de respuesta afirmativa, si su trabajo había sido adaptado a su nueva condición, a lo que la mayoría (81.4%) respondió que no. Sin embargo, del 13.9% que respondió afirmativamente sólo el 4.7%, todas ellas funcionarias públicas del Hospital Pirapitingui, declaró que había habido un cambio o adaptación en el empleo, para atender a dichas circunstancias; el 4.7% no informó nada al respecto. Interrogadas respecto de la existencia de guarderías infantiles en sus locales de trabajo, la totalidad respondió que no. Sin embargo, en la mayoría de los casos la pregunta no se aplicaba, dado que el número de empleados del sexo femenino existentes en las empresas en que trabajaban no exigía su instalación. Se les preguntó entonces si podían amamantar en el empleo, y el 30.2% respondió que no, el 16.3% que sí mientras que el 18.6% declaró desconocer el hecho; el 34.8% fue colocado en la categoría "no se aplica". Sin embargo, entre las que respondieron negativamente la mayoría era de trabajadores de la industria, una de las cuales declaró, textualmente, que la industria donde trabajaba no empleaba mujeres casadas.

Considerando que la no existencia de una guardería infantil en el empleo plantearía necesariamente para las mujeres que tenían actividad remunerada el problema de tener con quién dejar a sus hijos, se les preguntó entonces cómo lo solucionaban. Se comprobó así que para el 74.4% de ellas, el problema no existía dado que o no tenían hijos (44.2%) o no tenían hijos menores de 7 años (25.6%) o trabajaban en casa (4.6%), mientras que el 25.6% que trabajaba afuera y tenía hijos menores de 7 años resolvía el problema de su custodia, cuando ellas estaban ausentes, dejándolos con familiares: madre, hermana, hijos mayores (14%), pagándole a alguien para que los cuidara (7%) o llevándolos consigo al trabajo (2.3%). No hubo información para el 2.3% de los casos (Cuadro 8).

El hecho de que sólo aproximadamente una cuarta parte de las mujeres que tenían actividad remunerada tuviera hijos menores de 7 años parece indicar claramente la dificultad para conciliar la existencia de hijos de esta edad con el trabajo fuera del ámbito doméstico. En principio, pues, las mujeres que reunían mejores condiciones para ejercer una actividad remunerada en Edén eran las que no tenían hijos o las que tenían hijos ya crecidos, como mínimo en edad escolar. Tal comprobación coincide perfectamente con los motivos de abandono de la actividad remunerada ofrecidos por las mujeres que habían dejado de trabajar

e) Abandono del empleo

Entre las razones que habían llevado a las mujeres a dejar de trabajar ocupaba el primer lugar el casamiento (38.9%). Cuando unimos este motivo a otros íntimamente relacionados con él: imposición del marido (11.1%), querer cuidar a los hijos (9.7%), no tener con

/quién dejar



quién dejar a los hijos (4.2%), apreciamos que la familia constituía la barrera más importante que se colocaba entre las mujeres y el trabajo remunerado en Edén. La necesidad de ayudar (a la madre o a la abuela) en las labores domésticas, aunque también fue mencionada, tenía una participación mínima en el conjunto (4.2%). Había sido cuando se casaron, o poco después, cuando los hijos nacieron, que en la inmensa mayoría de los casos (63.9%) las mujeres habían dejado de trabajar, asumiendo por consiguiente, de manera integral, sus papeles de dueña de casa y madre de familia. Las razones de salud eran responsables del 18% de los casos, mientras que la jubilación ocupaba un modestísimo lugar en el conjunto (4.2%). En sólo el 7.0% de los casos, las mujeres habían dejado de trabajar como consecuencia de iniciativas surgidas de sus propios patrones, o sea, porque se les exigió que abandonaran el empleo. En sólo el 1.4% de esos casos fue posible percibir en el motivo aducido una clara discriminación contra la mujer. Se trataba del único caso en que la entrevistada perdió el empleo porque la fábrica despidió a todas las mujeres. En otro caso relacionado con despido de personal, el motivo citado por la fábrica fue, según la entrevistada, la edad y no el sexo: "la fábrica despidió a las personas más viejas", y como ella tenía 50 años en la ocasión "fui incluida". El despido del empleo como castigo por participar en huelgas apareció en un caso solamente. En los dos casos restantes, la razón citada fue el cierre de la tienda o la quiebra de la fábrica. En el único caso en que una entrevistada afirmó haber dejado de trabajar porque quedó embarazada, la iniciativa de dejar el trabajo, según declaró, partió de ella misma. "Pedí la cuenta al jefe. No me la dio y comencé a faltar" (Cuadro 9).

Es interesante percibir como la discriminación de la mujer embarazada en el acceso al trabajo, la falta de atención con que es tratada cuando está en el servicio, la falta de guarderías infantiles, de escuelas maternas no fueron en momento alguno citados por las mujeres que habían dejado de trabajar como posibles obstáculos a su permanencia en el trabajo. Asimismo, una de ellas se anticipa pidiendo la cuenta al jefe. El tratamiento discriminatorio y la falta de infraestructura parecen funcionar, para ellas, como hechos naturales y, como tales, incuestionables. Considerando la naturaleza de los motivos presentados por ellas para dejar de trabajar, juzgamos importante interrogar respecto del retorno al trabajo sólo a las que habían perdido el empleo por iniciativa del empleador.

De las cinco que se encontraban en esta situación sólo cuatro respondieron al cuestionario. Las razones por las que no volvieron a trabajar iban desde las de orden doméstico o particular: "el marido no quiso", "no necesitó", hasta las relacionadas con el propio mercado de trabajo: "aquí no hay campo de trabajo", "buscó pero no encontró".

### 3. Trabajo doméstico

Como norma las mujeres se habían iniciado temprano en las tareas domésticas, incluso en la infancia. El 82.5% del total de 194 mujeres aquí consideradas habían comenzado a efectuar trabajos de casa entre los 5 y los 12 años de edad; en su gran mayoría, entre los 7 y los 10 años (Cuadro 10).

Considerando que desde los 5 años de edad las niñas ya prestaban (o eran consideradas aptas para prestar) una ayuda en las labores domésticas, es posible suponer que sea alrededor de esta edad que termine para ellas la infancia en el Edén, momento a partir del cual ellas dejan de jugar únicamente para ser iniciadas en forma sistemática, en el papel de futuras dueñas de casa.

Los servicios domésticos (cocinar, lavar, planchar, limpiar, ordenar), el cuidado de las criaturas, el trabajo en el campo y la alimentación de los animales constituían el universo exclusivo de trabajo de las 151 mujeres que no tenían actividad remunerada. El 72.2% de ellas declaraba desempeñar por sí solas todas las labores, lo que parecía indicar que no contaban con ninguna ayuda. Esta era la situación que prevalecía, de manera casi absoluta, entre las mujeres de más de 21 años, especialmente entre las que se situaban entre los 22 y los 40 años, madres de familia casi todas ellas. El pequeño número de mujeres entre 12 y 21 años que realizaban todo el servicio doméstico estaba constituido en su mayoría por hijas de mujeres que trabajaban afuera, en el ejercicio de actividades remuneradas.

Apenas el 24.5% de las mujeres que no tenían trabajo remunerado declararon hacer sólo parte de los servicios domésticos. Considerando su distribución por edad se aprecia fácilmente que se trataba, en su inmensa mayoría, o de adolescentes que todavía no habían constituido familia y estaban en la casa ayudando a sus madres (caso del grupo entre 12 y 21 años) o de madres de familias más viejas que ya contaban con hijas en edad de poder ayudarlas (grupo de 41 años para arriba). El pequeño porcentaje de mujeres que no realizaban ninguna tarea doméstica (2%) sintomáticamente también se distribuía en los grupos de edad que ocupaban los dos extremos de la serie.

Como norma general, el cuidado de las criaturas estaba a cargo de las mismas mujeres que realizaban todo el trabajo doméstico, lo que podía ser indicativo del poco tiempo que las criaturas ocupaban o que se les podía conceder. Por el momento, no disponemos de ninguna información respecto de cómo repartían su tiempo las mujeres entre las diversas actividades (Cuadro 11).

Entre las mujeres que realizaban todo el servicio doméstico y al mismo tiempo cuidaban de las criaturas, la mayoría tenía entre 22 y 40 años, lo que debe significar que sólo ellas tenían hijos de una edad tal que las solicitaban continuamente. La tarea de cuidar criaturas, entre la mayoría de las mujeres que se situaban entre los 12 y los 21 años, debía desempeñarse en relación a hermanos menores.

El trabajo en el campo y el cuidado de los animales (aves en general), aunque mencionados solamente por 13 (8.61%) de las mujeres que no tenían actividad remunerada, se realizaban también generalmente en conjunto con todo el servicio doméstico.

a) Trabajo doméstico y actividad remunerada

El ejercicio de una actividad remunerada no eximía a la mujer del desempeño de tareas domésticas, siendo la excepción entre las mujeres que tenían trabajo remunerado aquellas que se dedicaban exclusivamente a él: apenas el 18.6%. A pesar de que en algunos casos se hizo referencia a la recepción de alguna ayuda (de madre, hermanas, hijas, empleada e incluso del marido), el 44.2% de las mujeres que tenían trabajo remunerado se declararon responsables de todo el servicio doméstico, restringiéndose a 34.9% el porcentaje de las que dijeron realizar sólo parte de este servicio.

Una pequeña fracción de las mujeres que ejecutaban todo el servicio doméstico tenían además a su cargo el cuidado de las criaturas. Sin embargo, es importante destacar que esto sólo ocurría cuando el ejercicio de la actividad remunerada se producía en el ámbito o en las proximidades de la propia residencia.

Como acontecía entre las mujeres que no tenían actividad remunerada, los casos de responsabilidad por todo el servicio doméstico se presentaban, en su mayoría, entre las mujeres de 22 a 40 años de edad.

A su vez, las mujeres que tenían actividad remunerada y realizaban sólo parte del servicio doméstico se concentraban en los grupos de edades más jóvenes (12 a 21 años), tratándose en su mayoría de adolescentes que todavía no habían constituido una familia. Era en estos grupos donde se situaba también la mitad de las mujeres que no realizaban ninguna tarea doméstica (Cuadro 12).

b) Trabajo doméstico y escolaridad

Aunque en su inmensa mayoría (70.1%) declarasen que el trabajo doméstico no había perjudicado su situación escolar, el 28.4% que afirmó no haber asistido a la escuela, haber asistido a ella irregularmente o, incluso, no haber completado el curso por interferencia del trabajo doméstico, mostraba la extensión en que se había dado preferencia a este último en detrimento del estudio (Cuadro 13).

En un intento por profundizar en la cuestión, se preguntó a las que se declaraban perjudicadas por los servicios domésticos si sólo ellas habían sido afectadas en este sentido y, en caso afirmativo, por qué solamente ellas. Sus respuestas permitieron entonces percibir: 1) que no siempre el trabajo doméstico había sido el único responsable de los perjuicios causados a su situación escolar; 2) que no siempre la mujer, por el hecho de ejecutar el trabajo doméstico, había sido la única perjudicada en este sentido.

Algunos de los motivos mencionados por las mujeres que consideraban haber sido las únicas perjudicadas en su situación escolar por el hecho de ejecutar tareas domésticas - por ejemplo, falta de escuela, distancia de la escuela, falta de condiciones físicas - nada

/tenían que

tenían que ver con la ejecución de dichas tareas. Por otra parte, las mujeres que no se consideraron así discriminadas, frecuentemente incluían entre los que fueron perjudicados en su situación escolar no sólo a otras hermanas sino también a hermanos, estos últimos naturalmente por otros motivos.

#### 4. Trabajo en el campo

De las 194 mujeres consideradas en el estudio, solamente el 48.5% nunca había trabajado en el campo. Se trataba, en su gran mayoría, de mujeres entre los 12 y los 40 años, ya que por sobre esa edad constituían excepción las que nunca habían conocido este tipo de actividad. El número de mujeres que nunca habían trabajado en el campo disminuía progresivamente a medida que descendíamos en los grupos de edades, constituyendo excepción en los grupos de mujeres más jóvenes (16 a 21 años) las que lo habían hecho. Estos datos, una vez más, confirman el análisis anterior relativo al abandono de las actividades del sector primario en la región (Cuadro 14).

El trabajo en el campo había comenzado temprano para la mayoría de las mujeres que habían desempeñado ese tipo de actividad. No tan temprano, sin embargo, como el trabajo doméstico, según se puede apreciar comparando los dos cuadros, toda vez que la mayoría se inició en él entre los 9 y los 12 años de edad. Se llega así a la conclusión de que, de un modo general, la iniciación de estas mujeres en el trabajo se efectuó a través del desempeño de las tareas domésticas, a las cuales se sumaron más tarde, a medida que iban creciendo (en el caso de las nacidas y criadas en la zona rural), el trabajo en el campo. Si se considera que fue en esta etapa de la vida que también asistieron a la escuela, se percibe fácilmente que desde la infancia la vida de estas mujeres fue marcada por la responsabilidad, sobrándoles poco tiempo para el ocio.

#### 5. Trabajo y reposo

De las mujeres que no tenían trabajo remunerado más del 50% dormía entre 8 y 9 horas, el 24.6% dormía 10 horas o más y solamente el 19.2% dormía menos de 8 horas. De estas últimas, casi el 12.0% dormía 7 horas.

Aunque el período de reposo de 10 horas o más se presentaba en todos los grupos de edad, era entre las mujeres más jóvenes (especialmente entre las de 12 a 15 años) y las más viejas (de más de 55 años), que su frecuencia era mayor. A su vez, los casos de períodos de reposo inferiores a 8 horas desaparecían en el grupo de 12 a 15 años, distribuyéndose irregularmente en los demás grupos (Cuadro 15).

Al contrario de lo que acontecía entre las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas, sólo el 48.8% de las que desempeñaban una actividad remunerada dormían entre 8 y 9 horas, bajando al 6.0% el número de las que dormían 10 horas o más.

A su vez, el porcentaje de las que reposaban menos de 8 horas se elevaba a 44.2%, y más de la mitad (23.3%) dormía menos de 7 horas.

El pequeño porcentaje de mujeres que conseguía un período de reposo de 10 horas o más se limitaba aquí solamente a las que tenían entre 16 y 30 años de edad. A su vez, las que reposaban menos de 8 horas se encontraban en todos los grupos de edad (con excepción del grupo de personas más jóvenes, de los 12 a los 15 años) en frecuencias iguales o superiores al 50% del total, salvo en el grupo de los 22 a los 30 años, en que la mayoría conseguía 8 horas de sueño o aún más (Cuadro 16).

En este sentido, la situación de las mujeres que tenían trabajo remunerado resultaba naturalmente del hecho de que éste no las eximía de las tareas domésticas, sino que por el contrario se sumaba a ellas, repercutiendo así en la extensión de su jornada de trabajo y en la reducción de sus períodos de reposo.

Con el interés de conocer en qué medida el mundo de las mujeres de Edén trascendía la ejecución de las tareas domésticas y el ejercicio de la actividad remunerada, se incluyeron en el cuestionario B ya mencionado, algunas preguntas relativas a su participación en la vida de Edén y al grado en que eran alcanzadas por los medios de comunicación más accesibles a la comunidad. Los datos así reunidos se analizarán en el capítulo siguiente.

Cuadro 1  
EDAD POR RESIDENCIA

Edad	Residencia		Total
	Rural	Urbana	
12 - 15	4	18	22
	6.89	13.23	11.34
	18.18	81.82	
16 - 21	7	24	31
	12.06	17.64	15.98
	22.58	77.42	
22 - 30	18	33	51
	31.37	24.26	26.29
	35.29	64.71	
31 - 40	15	25	40
	25.86	18.38	20.62
	37.50	62.50	
41 - 55	4	23	27
	6.89	16.91	13.92
	14.81	85.19	
Más de 55	10	13	23
	17.23	9.56	11.85
	43.47	56.53	
TOTAL	58	136	194
	29.90	70.10	100.00
	100.00	100.00	

Cuadro 2

EDAD POR TRABAJO REMUNERADO

Edad	Trabajo remunerado			Total
	Nunca han trabajado	Ya han trabajado	Estan trabajando	
12 - 15	18 81.81	1 4.55	3 13.63	22 11.34
16 - 21	11 35.48	6 19.35	14 45.16	31 15.98
22 - 30	17 33.33	24 47.06	10 19.60	51 26.29
31 - 40	10 25.00	18 45.00	12 30.00	40 20.62
41 - 55	12 44.44	13 48.15	2 7.40	27 13.92
Más de 55	11 47.83	10 43.48	2 8.69	23 11.85
TOTAL	79 40.72	72 37.11	43 22.16	194 100.00

EDAD POR EDAD DE INGRESO EN EL TRABAJO REMUNERADO

Edad	Ingreso en el trabajo remunerado						Total
	-10	10-11	12-13	14	15-18	+18	
12 - 15	-	-	2	2	-	-	4
			50.00	50.00	-	-	3.48
16 - 21	-	-	4	6	9	1	20
			20.00	30.00	45.00	5.00	17.39
22 - 30	2	2	5	7	3	14	34
	5.88	8.82	14.70	20.59	8.82	41.18	29.57
31 - 40	4	2	3	4	6	11	30
	13.33	6.66	10.00	13.33	20.00	36.66	26.09
41 - 55	1	1	3	-	3	7	15
	6.66	6.66	20.00	-	20.00	46.66	13.04
+ 55	2	-	3	-	-	7	12
	16.66	-	25.00	-	-	58.33	10.43
<b>TOTAL</b>	9	6	20	19	21	40	115
	7.82	5.21	17.39	16.52	18.26	34.78	100.00



Cuadro 4

EDAD POR SECTOR DE INGRESO EN EL TRABAJO REMUNERADO

Edad	Sector de ingreso			Total
	Primario	Secundario	Terciario	
12-15	1 6.25	-	3 4.67	4 3.48
16-21	2 12.50	10 28.57	7 10.94	19 17.39
22-30	3 18.75	9 25.71	22 34.38	34 29.57
31-40	1 6.25	11 31.43	19 29.69	31 26.09
41-55	5 31.25	2 5.71	8 12.50	15 13.04
+ 55	4 25.00	3 8.57	5 7.81	12 10.43
TOTAL	16 13.9	35 30.4	64 55.7	115 100.00

Cuadro 5

EDAD POR SECTOR DONDE TRABAJA

Edad	Sector de trabajo			Total
	Primario	Secundario	Terciario	
12-15	-	-	3 100.00	3 7.0
16-21	-	8 57.14	6 42.85	14 32.6
22-30	1 10.00	4 40.00	5 50.00	10 23.2
31-40	-	6 50.00	6 50.00	12 27.9
41-55	-	-	2 100.00	2 4.6
+ 55	1 50.00	-	1 50.00	2 4.6
TOTAL	2 4.65	18 41.86	23 53.48	43

Cuadro 6

SECTOR DE ACTIVIDAD POR SINDICALIZACION

Sector	Sindicalización		Total
	Sí	No	
Primario	-	2	2
		100.00	4.6
Secundario	8	10	18
	44.40	55.60	41.9
Terciario	1	22	23
	4.35	95.65	53.5
TOTAL	9	34	43
	20.90	79.10	100.0

Cuadro 7

SECTOR DE ACTIVIDAD POR JORNADA DE TRABAJO

Sector	Jornada de trabajo				Total
	Menos de 8 horas	8 horas	Más de 8 horas	Sin Información	
Primario	1	1	-	-	2
	50.0	50.0			4.6
Secundario	1	9	8	-	18
	5.6	50.0	44.4		41.9
Terciario	7	7	7	1	23
	30.4	34.8	30.4	4.4	53.5
TOTAL	9	18	15	1	43
	20.9	41.9	34.9	2.32	100.0

/Cuadro 8

Cuadro 8

CON QUIEN DEJA A LOS HIJOS MENORES DE 7 AÑOS

Con quién deja a los hijos menores	Total	Porcentaje
No tiene hijos	19	44.2
No tiene hijos menores	11	25.6
Trabajan en la casa	2	4.6
Con hermanos mayores	4	9.3
Con la abuela materna	1	2.3
Con una tía	1	2.3
Paga a alguien	3	7.0
Los deja solos	1	2.3
Los lleva al trabajo	1	2.3
TOTAL	43	100.0

Cuadro 9  
ABANDONO DEL EMPLEO POR EDAD

Razón del abandono	Edad						Total
	12-15	16-21	22-30	31-40	41-55	Más de 55	
Se casó	-	-	14 58.30	8 44.4	5 38.50	1 10.00	28 38.90
Imposición del marido	-	1 16.70	2 8.30	4 22.2	-	1 10.00	8 11.10
Cuidar a los hijos	-	1 16.70	4 16.70	4 22.2	1 7.70	-	10 13.90
Ayudar en la casa	1 100.00	1 16.60	1 4.20	-	-	-	3 4.20
Razones de salud	-	-	2 8.30	1 5.6	4 30.80	6 60.00	13 18.00
Jubilación	-	-	1 4.20	-	1 7.70	1 10.00	3 4.20
Fue despedida	-	1 16.60	-	1 5.6	2 15.30	1 10.00	5 7.00
Quedó embarazada	-	1 16.70	-	-	-	-	1 1.40
No le gustaba	-	1 16.70	-	-	-	-	1 1.40
TOTAL	1 4.55	6 19.35	24 47.06	18 45.00	13 48.15	10 43.48	72 100.00

Cuadro 10

EDAD DE INICIO DE LAS TAREAS DOMESTICAS

Edad	Total	Porcentaje
5 - 6	13	6.7
7 - 8	68	35.1
9 - 10	57	29.4
11 - 12	22	11.3
13 - 14	13	6.7
15 - 16	7	3.6
17 - 18	2	1.0
Más de 21	4	2.1
Nunca lo hizo	1	0.5
Sin respuesta	7	3.6
TOTAL	194	100.0

/Cuadro 11

Cuadro 11

TAREAS DOMESTICAS (MUJERES SIN ACTIVIDAD REMUNERADA)

Tareas	Edad						Total
	12-15	16-21	22-30	31-40	41-55	Más de 55	
Ninguna	1 5.6	1 5.6	-	-	-	1 4.8	3 2.00
Todo servicio	5 27.7	9 50.0	38 92.7	25 89.3	19 76.0	13 61.9	109 72.18
Parte del servicio	11 61.1	8 44.4	3 7.3	3 10.7	5 20.0	7 33.3	37 24.50
En blanco	1 5.6	-	-	-	1 4.0	-	2 1.32
TOTAL	18 11.9	18 11.9	41 27.1	28 18.5	25 16.6	21 13.9	151 100.00

Cuadro 12

TAREAS DOMESTICAS (MUJERES CON ACTIVIDAD REMUNERADA)

Tareas	Edad						Total
	12-15	16-21	22-30	31-40	41-55	Más de 55	
Ninguna	-	4 28.6	2 20.0	1 8.3	-	1 50.0	8 18.6
Todo servicio	-	3 21.4	6 60.0	8 66.7	1 50.0	1 50.0	19 44.2
Parte del servicio	2 66.7	7 50.0	2 20.0	3 25.0	1 50.0	-	15 34.9
En blanco	1 33.3	-	-	-	-	-	1 2.3
TOTAL	3 7.0	14 32.6	10 23.2	12 27.9	2 4.6	2 4.6	43 100.0

Cuadro 13

TRABAJO DOMESTICO Y SITUACION ESCOLAR

¿Perjudicó el trabajo doméstico su situación escolar?	Edad						Total
	12-15	16-21	22-30	31-40	41-55	Más de 55	
Si	-	3	16	13	11	12	55
		9.7	31.4	32.5	42.3	50.0	28.4
No	21	28	35	26	15	11	136
	95.5	90.3	68.6	65.0	57.7	41.7	70.1
Sin respuesta	1	-	-	1	-	1	3
	4.5			2.5		8.3	1.5
TOTAL	22	31	51	40	26	24	194
	11.3	16.0	26.3	20.6	14.0	11.8	100.0

Cuadro 14

EDAD DE INICIO DEL TRABAJO EN EL CAMPO

Edad	Total	Porcentaje
5 - 6	1	0.5
7 - 8	21	10.8
9 - 10	28	14.4
11-- 12	23	11.9
13 - 14	10	5.2
15 - 16	7	3.6
17 - 18	3	1.5
19 - 20	1	0.5
Más de 21	2	1.0
Nunca trabajó	94	48.5
En blanco	4	2.1
TOTAL	194	100.0

Cuadro 15

TRABAJO Y REPOSO (MUJERES SIN ACTIVIDAD REMUNERADA)

Edad	Horas de reposo					En blanco	Total
	Menos de 7	7	8	9	10 y más		
12-15	-	-	2	3	12	1	18
			11.1	16.7	66.7	5.5	11.9
16-21	2	2	4	3	7	-	18
	11.1	11.1	22.2	16.7	38.9		11.9
22-30	3	6	13	14	5	-	41
	7.3	14.6	31.7	34.1	12.2		27.1
31-40	3	2	9	9	5	-	28
	10.7	7.1	32.1	32.1	17.9		18.5
41-55	1	8	8	5	2	-	24
	4.2	33.3	33.3	20.8	8.3		16.6
Más de 55	2	-	4	9	6	1	22
	9.0		18.2	40.9	27.3	4.5	13.9
TOTAL	11	18	40	43	37	2	151
	7.3	11.9	26.5	28.5	24.5	1.3	100.0

/Cuadro 16



Cuadro 16

TRABAJO Y REPOSO. (MUJERES CON ACTIVIDAD REMUNERADA)

Edad	Horas de reposo					Total
	Menos de 7	7	8	9	10 y más	
12-15	-	-	1	2	-	3
			33.3	66.7		7.0
16-21	3	5	3	1	2	14
	21.4	35.7	21.4	7.2	14.3	32.6
22-30	2	-	5	2	1	10
	20.0		50.0	20.0	10.0	23.2
31-40	4	3	3	2	-	12
	33.3	25.0	25.0	16.7		27.9
41-55	-	1	-	1	-	2
		50.0		50.0		4.6
Más de 55	1	-	1	-	-	2
	50.0		50.0			4.6
TOTAL	10	9	13	8	3	43
	23.3	20.9	30.2	18.6	7.0	100.0

## VI. LA MUJER Y LA COMUNIDAD

### 1. Edén: participación de la mujer en las actividades de la comunidad

En Edén, la inmensa mayoría de las mujeres no participaban en ninguna actividad comunitaria. Esto era efectivo respecto del 83.6% de las que sólo realizaban actividades domésticas y del 86.1% de las que llevaban a cabo actividades remuneradas. Para la mayoría de las primeras, la principal razón de su no participación podía resumirse en la falta de interés en salir de su casa (22.2%), seguida muy de cerca por la falta de tiempo para participar en otras actividades (19.1%). Otro conjunto de razones correspondió a la carencia de conocimientos sobre las actividades que pudiesen realizarse en Edén (15.1%) y a la falta de arraigo debida al corto tiempo que las encuestadas habían residido en la localidad (7.9%). Completaban el cuadro de motivos las razones de edad o de salud (6.3%), el hecho de vivir lejos de Edén (5.6%) o de no tener con quién dejar a los hijos (4%). (Cuadro 1).

Entre las mujeres que realizaban actividades remuneradas, la falta de tiempo representaba por sí sola casi la mitad de las razones de no participación (41%). En segundo lugar se clasificaban la falta de conocimiento de las actividades existentes (18%), unida a la falta de arraigo en la localidad, y la falta de amistades (10.3%). Las demás correspondían a "exceso de cansancio por el trabajo" (7.7%), falta de interés (7.7%), respuestas en blanco (7.7%) y otros motivos (7.7%). (Cuadro 2).

La mayoría de las actividades mencionadas por el reducido número de mujeres que participaban en actividades comunitarias en Edén eran de carácter religioso y en gran parte se destinaban a los jóvenes o las parejas (reuniones de jóvenes, clubes de jóvenes, reuniones de parejas). Otras actividades tales como bailes, aniversarios, fiestas del barrio, clases de bordado, clubes de madres, sólo fueron mencionadas una o dos veces y, al parecer, no tenían mayor importancia en sus vidas.

No sólo la falta de participación de la inmensa mayoría sino también la carencia de actividades del tipo mencionado por el reducido número de mujeres que realizaba alguna actividad fuera del ámbito doméstico o del empleo, parecían dejar bien de manifiesto el alcance de la vida comunitaria que se desarrolla actualmente en Edén.

A raíz de la desarticulación de las actividades agrícolas y la consiguiente desaparición de las fiestas que señalaban el ciclo de vida anual de la comunidad tradicional (fiesta del santo patrono, ceremonias vinculadas con la Semana Santa, las fiestas típicas de "piracema", "pescaria", "mutiroes", etc., parece que desapareció esta clase de actividades. Los cambios en la composición de la población de Edén, con la salida de gran parte de los antiguos habitantes y su sustitución por otros nuevos procedentes de lugares tan variados y consagrados a nuevas actividades, transformaron la población de Edén en una

/aglomeración de

aglomeración de extraños en busca de una nueva identidad. En el lugar dejado al desaparecer las antiguas formas de asociación se destacaban al realizarse la investigación las iniciativas de las iglesias (católica y protestante) para reunir grupos de personas (jóvenes, parejas). Sin embargo, hay que reconocer que a través de otros intereses comunes pueden surgir nuevas actividades comunitarias.

Juzgar por el número de veces que las entrevistadas concurrían a la posta tanto para su propia atención como para sus familiares, parecería que las iniciativas en el campo de la salud que giran en torno a dicha posta pueden llegar a convertirse en uno de estos campos de interés común capaces de reunir a las mujeres de Edén. El análisis de la información sobre la atención médica prestada parece apuntar claramente en esta dirección.

## 2. Atención médica

Entre las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas, 31.1% declaró que sólo recurría a la posta de salud de Edén cuando estaban enfermas, mientras que 22.5% hacían uso de ella en otros casos. Ello significa que su clientela habitual estaba constituida por poco más del 50% de las mujeres que no realizaban actividades remuneradas. Después de la posta de salud de Edén, la atención más solicitada era la de INAMPS (Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previsión Social) y del SAMHO (Servicio de Asistencia Médicohospitalaria). El INAMPS era utilizado en forma exclusiva por 13.2% de las mujeres de este grupo, mientras que otro tanto recurría a él como alternativa. El SAMHO era utilizado en forma exclusiva sólo por 9.9%, mientras que un grupo más reducido lo incluía como alternativa (7.9%) (Cuadro 3).

Las mujeres que llevaban a cabo actividades remuneradas se distribuían aproximadamente en la misma proporción entre la posta de salud de Edén y el servicio ambulatorio del INAMPS. Mientras que 30.2% recurrían exclusivamente al primero, 32.6% lo hacía al segundo. Sin embargo, la composición de ambos grupos era variable ya que entre las primeras predominaban trabajadoras del sector terciario (en especial empleadas domésticas y personas que trabajaban por cuenta propia), mientras que las demás procedían en igual proporción de los sectores terciario y secundario. Por su parte, las mujeres que acudían exclusivamente al SAMHO se distribuían equitativamente entre ambos sectores. El número de mujeres de este grupo que recurría a más de una alternativa era reducido, (Cuadro 4).

Nuevamente, las respuestas a la pregunta sobre la atención médica a los familiares de las mujeres encuestadas confirmaba la importancia de la posta de salud de Edén en la prestación de servicios de salud a la población local.

Entre las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas, 56.5% declaró que en caso de enfermedad de un familiar recurrían a la posta de salud de Edén, 27.2% de ellas en forma exclusiva. Las instituciones más solicitadas después de la posta de salud eran el INAMPS y

/el SAMHO.

el SAMHO. Al primero recurría en forma exclusiva 11.9% de las encuestadas, mientras que una proporción mayor (19.9%) lo hacía a manera de alternativa. Por su parte, sólo 9.3% acudía exclusivamente al SAMHO y una proporción relativamente mayor (12.6%) lo hacía en forma alternativa. (Cuadro 5).

Asimismo, una mayoría de 53.5% de las mujeres que llevaban a cabo actividades remuneradas declaró que en caso de enfermedad de un familiar recurría a la posta de salud de Edén, 25.6% de ellas en forma exclusiva. 16.3% de las mujeres de este grupo sólo recurría al SAMHO para la atención de sus familiares, mientras que 11.6% acudía exclusivamente al INAMPS. Sin embargo, el INAMPS era elegido como alternativa por un número mucho mayor (37.2%), mientras que el SAMHO lo era por un porcentaje muy inferior (23.3%). (Cuadro 6).

Los datos que se analizarán a continuación revelan en qué medida las mujeres de Edén eran alcanzadas por los medios de comunicación social.

### 3. Diarios

Más de 50% de las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas no acostumbraban leer diarios. Por su parte, del 45% que sí lo hacía, la mitad lo hacía regularmente y la mitad de vez en cuando.

En cambio, entre las mujeres que realizaban actividades remuneradas la situación era un poco diferente. En efecto, entre ellas no sólo el número de las que los leían regularmente se elevaba a 41.9%, sino que más lo hacían de vez en cuando (25.3%), mientras que sólo 32.6% no acostumbraban hacerlo. (Cuadros 7 y 8).

Los diarios leídos con mayor frecuencia por las mujeres de ambos grupos eran diarios locales, mientras que la lectura de los de la capital era muy reducida. Del total de 119 respuestas proporcionadas por las 97 mujeres que leían diarios (ordinaria o esporádicamente) sobre los diarios de su preferencia, 79% aludieron a los diarios locales, 11.8% a distintos diarios de la capital y 0.8% a un diario de un municipio vecino. 8.4% de las respuestas fueron incompletas.

En general los temas preferidos por las mujeres que leían diarios eran los mismos para ambos grupos. Sin embargo, el énfasis variaba. Mientras que las preferencias marcadas por las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas fueron, de mayor a menor "todo", "un poco de todo" o "cualquier cosa" (25.8%), los horóscopos (17.2%); las noticias en general (16.1%) el noticiario policial (5.4%) los accidentes (4.3%), aquéllas de las mujeres que realizaban actividades remuneradas señalaban en primer lugar los horóscopos (23.8%) seguidos de las noticias en general (21.4%), "todo" o "un poco de todo" (14.3%), los avisos clasificados (11.9%), la política (7.1%), que casi no figuraba entre las mujeres del primer grupo y finalmente, las noticias policiales, (4.8%) y las noticias deportivas (4.8%), que no fueron mayormente mencionadas por las primeras.

### /4. Revistas

#### 4. Revistas

Sólo 25.8% de las mujeres que realizaban únicamente actividades domésticas acostumbraban leer algún tipo de revista, mientras que la proporción de posibles lectoras llegaba a 9.3%. Por lo tanto, más de 60% de las mujeres del grupo no leían esta clase de publicaciones. La situación entre las mujeres que llevaban a cabo actividades remuneradas era un poco diferente, ya que el número de las que no leían revistas se situaba levemente por encima del 50%. De ellas, el número de lectoras habituales (41.9%) sumado al de lectoras ocasionales (7%), giraba en torno al 49%. (Cuadros 9 y 10).

La mayoría de las lectoras de ambos grupos se concentraba en los grupos de edades más jóvenes y su frecuencia mermaba apreciablemente a partir del grupo de edades de 22 a 30 años. Entre las mujeres que realizaban actividades remuneradas incluso no se registraban lectoras de revistas por encima de los 40 años.

Las publicaciones de mayor interés para las mujeres de ambos grupos eran las fotonovelas, principalmente entre las mujeres que trabajaban. De los cuarenta títulos de revistas mencionadas por ellas, 67.5% eran publicaciones de esta naturaleza, seguidas de las revistas dedicadas al público femenino (Claudia Manequim, etc.) y de las revistas noticiosas de variedades (Manchete, Cruzeiro, Veja, etc.), cada una de las cuales acumulaba un 10% del total de respuestas.

Por su parte, de las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas, las fotonovelas representaban 58% de los 88 títulos mencionados, seguidas de las revistas noticiosas de variedades, con 12.5%. Al parecer, las revistas femeninas despertaban menos interés entre ellas (4.5%), destacándose en cambio las historietas, con 7.95%, y las revistas religiosas, todas ellas de denominación protestante, con 6.8%. Estas publicaciones no fueron mencionadas ni siquiera una vez por las mujeres que realizaban actividades remuneradas. Las publicaciones relacionadas con la educación infantil (País y Filhos), por su parte, que fueron mencionadas una sola vez por ellas representaban 4.5% de las respuestas dadas por las demás.

El interés fundamental por las fotonovelas obedecía ciertamente al hecho de que las lectoras de revistas eran predominantemente jóvenes, pese a que prácticamente en todos los grupos de edades figuraron lectoras de fotonovelas. En cambio, las revistas religiosas sólo se mencionaron a partir del grupo de edades de 31 a 40 años. Por su parte, el interés por las revistas dedicadas a la educación parecía limitarse a los grupos medios, entre 22 y 40 años.

#### /5. Radio

## 5. Radio

El porcentaje de mujeres que acostumbra escuchar radio era aproximadamente el mismo para ambos grupos: 65.6% de las que sólo realizaban actividades domésticas y 65.1% de las que llevaban a cabo actividades remuneradas. Sin embargo, el porcentaje de las que escuchaban de vez en cuando era un poco mayor entre estas últimas, lo que llevaba el porcentaje de auditoras de este grupo a 81.89%, un poco más que el porcentaje de auditoras del otro grupo, que no pasaba de 76.15%. (Cuadros 11 y 12).

En ambos grupos, la mayor frecuencia de auditoras se concentraba en los grupos de edades más jóvenes, de 12 a 21 años.

Los programas que gozaban de la preferencia de la mayoría de las mujeres de ambos grupos eran los de divulgación musical, seguidos de los programas dirigidos por personalidades de la radio y de la televisión (Silvio Santos, Gil Gomes, Barros de Alencar, Ely Correia, Zé Bétio, etc.), que se caracterizaban sea por un diálogo constante y casi íntimo con el auditor respecto de sus problemas, sea por los chismes generalizados sobre la vida de los artistas o incluso por la teatralización de sucesos del mundo del crimen. Por otra parte, un gran número de mujeres de ambos grupos, no manifestó ninguna preferencia, declarando que escuchaba de todo y en muchos casos, mencionaron únicamente las radioestaciones que sintonizaban.

Entre las mujeres que sólo realizaban actividades domésticas, aparte de los programas ya mencionados, se destacaron los programas campesinos (Nhõ Juca, Nhõ Chico) y de música típica, las novelas, los noticieros y los temas religiosos. Algunos de estos programas no fueron mencionados en ninguna oportunidad por las mujeres que realizaban actividades remuneradas.

## 6. Televisión

El porcentaje de mujeres de ambos grupos que acostumbraban mirar televisión era superior no sólo al de mujeres que escuchaban radio sino también al de las que leían revistas o diarios: 74.83% de las que sólo realizaban actividades domésticas y 79.6% de las que llevaban a cabo actividades remuneradas. (Cuadros 13 y 14). A juzgar por los programas mencionados, las mujeres que realizaban actividades remuneradas sólo miraban televisión los sábados y domingos por la noche, mientras que las que sólo tenían actividades domésticas también veían por la tarde. Entre los programas preferidos en ambos grupos, las telenovelas ocupaban indiscutiblemente el primer lugar, seguidas de los filmes y de los noticieros.

For lo tanto, los medios de comunicación que despertaban mayor interés entre las mujeres encuestadas fueron los que hacían uso de la imagen o del sonido, o de ambos, comprobación que nos parece fundamental para cualquier programa que se pretenda llevar a cabo para ellas. Sin embargo, no hay que olvidar que entre los medios de comunicación impresos, los diarios tenían preferencia sobre los demás.

---

Cuadros 1 y 2  
RAZONES DE NO PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES (MUJERES QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

---

Razones	Mujeres que no realizan actividades remuneradas		Mujeres que realizan actividades remuneradas	
	Total	%	Total	%
Falta de interés	28	22,2	3	7,7
Falta de tiempo	24	19,0	16	41,0
Falta de conocimiento	19	15,1	7	18,0
Falta de ambientación	10	7,9	4	10,3
Dificultad de acceso	7	5,6	-	-
Cuidado de los hijos	5	4,0	-	-
Enfermedad, edad	9	7,1	3	7,7
Otras	-	-	3	7,7
En blanco	24	19,0	3	7,7
<b>T O T A L</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

---

/Cuadros 3 y 4

Cuadros 3 y 4  
ATENCIÓN MÉDICA

Atención médica	Mujeres que no realizan actividades remuneradas		Mujeres que realizan actividades remuneradas	
	Total	%	Total	%
Posta de salud	47	31,1	13	30,2
INAMPS	20	13,2	14	32,6
SAMHO	15	9,9	6	14,0
UNIMED	4	2,7	1	2,3
Privada	3	2,0	-	-
Sindicato	3	2,0	-	-
P.S. + INAMPS	13	8,6	-	-
P.S. + SAMHO	9	6,0	-	-
P.S. + privada	5	3,3	-	-
P.S. + Sindicato	1	0,7	-	-
P.S. + otros	4	2,7	2	4,6
P.S. + INAMPS + SAMHO	1	0,7	1	2,3
P.S. + INAMPS + Sind + privada	1	0,7	-	-
INAMPS + SAMHO	2	1,3	-	-
INAMPS + Privada	2	1,3	-	-
INAMPS + Sindicato	-	-	1	2,3
Servicio ambulatorio de la empresa	-	-	3	7,0
Otras	16	10,6	1	2,3
En blanco	5	3,3	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

/Cuadro 5 y 6



Cuadros 5 y 6  
 ATENCION MEDICA DE LOS FAMILIARES

Atención médica	Mujeres que no realizan actividades remuneradas		Mujeres que realizan actividades remuneradas	
	TOTAL	%	TOTAL	%
Posta de salud	41	27,2	11	25,6
INAMPS	18	11,9	5	11,6
SAMHO	14	9,3	7	16,3
UNIMED	3	2,0	2	4,6
Sindicato	5	3,3	-	-
Privada	1	0,7	-	-
P.S.+ INAMPS	18	11,9	7	16,3
P.S.+ SAMHO	12	7,9	2	4,7
P.S.+ UNIMED	1	0,7	-	-
P.S.+ Privada	3	2,0	-	-
P.S.+ sindicato	1	0,7	-	-
P.S.+ otra	5	3,3	2	4,7
P.S.+INAMPS+SAMHO	1	0,7	1	2,3
P.S.+INAMPS+privada	1	0,7	-	-
P.S.+SAMHO+ sindicato	1	0,6	-	-
P.S.+ SAMHO + ambulatoria	1	0,6	-	-
INAMPS + SAMHO	4	2,6	-	-
INAMPS + privada	4	2,6	-	-
INAMPS + ambulatoria	1	0,7	2	4,6
INAMPS + sindicato	-	-	1	2,3
INAMPS + Otras	1	0,7	-	-
Ambulatoria de la Empresa	-	-	2	4,6
Otras	11	7,3	1	2,3
En blanco	4	2,6	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Cuadro 7

LECTURA DE DIARIOS (MUJERES QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A veces	En Blanco	Total
12 - 15	3	4	7	1	18
	33,3	22,4	38,9	5,5	
16 - 21	11	6	1	-	18
	61,1	33,3	5,6	-	
22 - 30	18	8	15	-	41
	43,9	19,5	36,6	-	
31 - 40	12	9	7	-	28
	42,9	32,1	25,0	-	
41 - 55	18	5	1	-	24
	75,0	20,8	4,2	-	
+ 55	16	2	3	1	22
	72,7	9,1	13,6	4,6	
TOTAL	81	34	34	2	151
	53,6	22,5	22,5	1,3	100,0

/Cuadro 8

LECTURA DE DIARIOS ( MUJERES QUE  
REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS )

Edad	No	Sí	A veces	Total
12 - 15	2	-	1	3
	66,7		33,3	7,0
16 - 21	1	7	6	14
	7,1	50,0	42,8	32,6
22 - 30	4	5	1	10
	40,0	50,0	10,0	23,2
31 - 40	5	6	1	12
	41,7	50,0	8,3	27,9
41 - 55	1	-	1	2
	50,0		50,0	4,6
+ 55	1	-	1	2
	50,0		50,0	4,6
<b>TOTAL</b>	14	18	11	43
	32,5	41,9	25,6	100,0

Cuadro 9

LECTURA DE REVISTAS (MUJERES QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A veces	En Blanco	Total
12 - 15	5	10	2	1	18
	27,7	55,6	11,1	5,6	11,9
16 - 21	8	9	1	-	18
	44,4	50,0	5,6	-	11,9
22 - 30	24	11	6	-	41
	58,5	26,9	14,6	-	27,1
31 - 40	21	5	2	-	28
	75,0	17,9	7,1	-	18,5
41 - 55	21	2	1	-	24
	87,5	8,3	4,2	-	16,6
+ 55	17	2	2	1	22
	77,3	9,1	9,1	4,5	13,9
<b>TOTAL</b>	96	39	14	2	151
	63,6	25,8	9,3	1,3	100,0

Cuadro 10

LECTURA DE REVISTA (MUJERES QUE REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A Veces	Total
2 - 15	1	1	1	3
	33,3	33,3	33,3	7,0
16 - 21	2	11	1	14
	14,2	78,7	7,1	32,6
22 - 30	7	3	-	10
	70,0	30,0	-	23,2
31 - 40	8	3	1	12
	66,7	25,0	8,3	27,9
41 - 55	2	-	-	2
	100,0	-	-	4,6
+ 55	2	-	-	2
	100,0	-	-	4,6
<b>Total</b>	22	18	3	43
	51,1	41,9	7,0	100,0

/Cuadro 11

Cuadro 11

RADIO (MUJERES QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A veces	En blanco	Total
12 - 15	1	15	1	1	18
	5,5	83,3	5,5	55,5	11,9
16 - 21	3	13	2	-	18
	16,7	72,2	11,1		11,9
22 - 30	8	29	4	-	41
	19,5	70,7	9,8		27,1
31 - 40	8	18	2	-	28
	28,6	64,3	7,1		18,5
41 - 55	7	13	4	-	24
	29,2	54,2	16,6		16,6
+ 55	7	11	3	1	22
	31,8	50,0	13,6	4,5	13,9
TOTAL	34	99	16	2	151
	22,5	65,6	10,6	1,3	100,0

/Cuadro 12

Cuadro 12

RADIO (MUJERES QUE REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Si	A veces	Total
12 - 15	1	2	-	3
	33,3	66,6		7,0
16 - 21	-	14	-	14
		100,0	-	32,6
22 - 30	2	6	2	10
	20,0	60,0	20,0	23,2
31 - 40	2	6	4	12
	16,7	50,0	33,3	27,9
41 - 55	2	-	-	2
	100,0			4,6
+ 55	1	-	1	2
	50,0		50,0	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>43</b>
	18,6	65,1	16,3	

/Cuadro 13

Cuadro 13

TELEVISION ( MUJERES QUE NO REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A veces	En blanco	Total
12 - 15	-	17 94,4	-	1 5,6	18 11,9
16 - 21	2 11,1	13 72,2	3 16,7	-	18 11,9
22 - 30	6 14,6	30 73,2	5 12,2	-	41 27,1
31 - 40	5 17,9	23 82,1	-	-	28 18,5
41 - 55	6 25,0	15 62,5	3 12,5	-	24 16,6
+ 55	6 27,3	15 68,2	-	1 4,5	22 13,9
TOTAL	25 16,6	113 74,8	11 7,3	2 1,3	151 100,0

/Cuadro 14

Cuadro 14

TELEVISION (MUJERES QUE REALIZAN ACTIVIDADES REMUNERADAS)

Edad	No	Sí	A veces	Total
12 - 15	1 33,3	2 66,7	-	3 7,0
16 - 21	1 7,1	12 85,8	1 7,1	14 32,6
22 - 30	1 10,0	8 80,0	1 10,0	10 23,2
31 - 40	2 16,7	10 83,3	-	12 27,9
41 - 55	2 100,0	-	-	2 4,6
+ 55	-	2 100,0	-	2 4,6
TOTAL	7 16,3	34 79,1	2 4,6	43 100,0

/VII. SALUD



## VII. SALUD Y ENFERMEDAD

(El punto de vista de la población)

### 1. Consideraciones Generales

Una acción eficaz en la esfera de la salud implica el conocimiento de las formas de igualar el binomio salud-enfermedad, así como de las medidas de salud adoptadas habitualmente por la población. Buscamos tales medidas y actividades a través de las mujeres "madres de familia". El proyecto concedió una posición privilegiada a la mujer, no solamente, y no podría ser de otra manera, debido a las medidas preventivas primarias adoptadas en el campo de la salud materno-infantil, sino también porque se partió del supuesto de que los cuidados relativos a la salud de la familia de preferencia están a cargo de la "madre de familia". Otra suposición de la que partimos era la de que el intenso proceso de modificación (deterioro de la zona rural, industrialización, urbanización y todas sus consecuencias) habría afectado de modo significativo los papeles tradicionales desempeñados por la mujer y, por consiguiente, su acción como "agente de salud" experimentaría también alguna modificación. Por otra parte, es innegable que el proceso de divulgación de la medicina que acompaña al de la "modernización" abre nuevas perspectivas a los cuidados relativos a la salud.

Son algunas de estas dimensiones las que procuramos captar a partir de las declaraciones de 100 dueñas de casa de la zona urbana y 47 de la zona rural, que compusieron nuestra muestra. Vamos a plantear y examinar algunos de los datos relativos a un "cuadro mórbido", tal cual lo percibe la población, así como algunos de los procedimientos utilizados por ella para mantener o recuperar la salud. Analizamos preguntas del siguiente tipo: "¿Hay alguien enfermo en este momento? ¿Quién? ¿De qué? ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento? ¿Cuál? ¿Dónde? ¿Hubo alguien enfermo en el último año? ¿Quién? ¿De qué? ¿Recibió algún tratamiento? ¿Cuál? ¿Cuáles son las actitudes en caso de enfermedad? ¿Qué medicamentos posee y utiliza? ¿De qué tipo? ¿Para qué? Tratamos especialmente de captar (en este sentido, las preguntas antes mencionadas se constituyeron sobre todo en una estrategia para abordar el problema) las concepciones generales de la mujer, en relación con la salud y la enfermedad: "¿Qué es la enfermedad? ¿Qué es la salud? ¿Cómo sabe si alguien está enfermo? ¿Qué casusa la enfermedad? ¿Recorre a las bendiciones o plegarias? ¿En qué circunstancias?".

Por otra parte, buscamos las relaciones mantenidas por esta población con el Centro de Salud del Edén: "Utiliza o nó la posta? ¿Para qué? ¿Cuáles son las sugerencias? ¿Qué otras posibilidades de atención médica utiliza?" Finalmente, buscamos las concepciones específicas de la población femenina relativas al embarazo, al parto y al puerperio: "¿Qué es lo que la mujer debe o no debe hacer para que el bebé se desarrolle bien y para tener un buen parto? ¿Debe seguir un régimen?"

A fin de comprobar nuestras hipótesis relativas al "impacto de la modernización" sobre la mujer en medio rural, separamos los datos en dos grupos: uno relativo a la zona urbana y otro relativo a la zona rural.

/La llamada

La llamada zona rural, como ya se vió en el capítulo anterior, se compone básicamente de dos barrios rurales: Campininha e Iporanga, de los cuales el segundo fue más directamente afectado por el proceso de industrialización, asumiendo características propias, debido a su desarrollo desorganizado y al hecho de ofrecer el aspecto de una "zona mixta" (rural/urbana). Debido a tales características, los datos relativos a estos dos barrios fueron analizados separadamente. Así, pues, tuvimos en realidad tres "bloques" de respuestas femeninas: un conjunto referente al Edén (villa, sede del Municipio) y otro referente a la zona rural, dividido en dos subconjuntos: Campininha (barrio rural) e Iporanga (barrio rural, pero directamente afectado por el proceso de industrialización). No obstante, a pesar de estas distinciones no siempre se confirmaron nuestras expectativas en cuanto a diferencias porcentuales significativas entre los datos de las dos subzonas de la zona rural.

De este modo, introduciremos los datos separadamente por subzona cuando las diferencias así lo exijan, como fue el caso de la investigación diferenciada por el Centro de Salud de Edén, o algunas respuestas relativas al puerperio.

En la misma línea de análisis exploratorio, trabajamos también con la distinción en nuestra muestra de dos categorías de mujeres: las que ejercían actividad remunerada fuera de la casa, "trabajaban", y las que no ejercían tal tipo de actividad, "no trabajaban". Procuramos también trabajar los datos separados por intervalo de edad de las informantes. Sin embargo, la introducción de estas variables no introdujo diferencias significativas en los porcentajes de respuesta. De esta manera, presentaremos los datos en bloque (en lo que concierne a estas variables), introduciendo las distinciones relativas a intervalos de edades y actividad remunerada sólo cuando el análisis preliminar haya revelado diferencias significativas.

Otras dos palabras en relación con los datos. Como se puede apreciar, el tipo de informaciones analizadas en esta parte del trabajo difiere en su conjunto de las informaciones analizadas en otros capítulos. Trabajamos aquí con preguntas abiertas que permitían que las interrogadas se explicasen un poco. Dadas las características de nuestras informaciones, una rigidez estadística en el análisis necesariamente implicaría (dado que precisáramos "cerrar" antes las informaciones) un empobrecimiento.

Por esta razón, preferimos dar un tratamiento más cualitativo que cuantitativo a los datos. En interés de la verdad, siempre que fue posible trabajamos cruzando el mayor número posible de informaciones (edad, actividad profesional, zona residencial, número de hijos, etc.). Sin embargo, no siempre se podían presentar esos datos en forma de cuadro, pues los cuadros resultantes deberían ser, necesariamente, de entradas múltiples y extremadamente complejos. Por lo tanto, optamos por cuadros simples presentados en el anexo, utilizando en el texto sólo algunos porcentajes. Con mayor frecuencia preferimos trabajar los datos cualitativamente.

La reflexión sobre los datos así trabajados nos reveló algunos aspectos interesantes en relación con la comunidad. De modo general, pudimos

/percibir que

percibir que la población tiene una concepción nítida relativa a la salud y la enfermedad, así como a las atenciones que se han de prestar en caso de enfermedad; los recursos a que echan manos son variados y algo eclécticos, pero no por eso desprovistos de significación.

Nuestro problema, a nivel de las actividades prácticas del proyecto, será ajustar tal universo a las prácticas científicas relativas a la salud y, por otra parte, ajustar estas prácticas a tal universo. Para que las medidas iniciadas por el proyecto alcancen el dinamismo y la eficacia deseados y estén profundamente de acuerdo con las necesidades de la población, ésta debe ser parte activa (participar en el proyecto y ser incluida por él) y, por lo tanto, su concurso es imprescindible. En ese sentido, el doble ajuste a que nos referimos anteriormente reviste la mayor importancia. Además, una de nuestras entrevistadas, sensibilizada por la problemática de la salud, sugiere textualmente que el Centro de Salud del Edén 1/ debería tener un "servicio social para proporcionar orientación en materia de salud".

Además, el interés por la acción del Estado (considerado aquí de manera general) puede manifestarse en más de una forma, pero especialmente en las exigencias que las mujeres incluidas en la muestra hacían con relación a la P.S. Pudimos verificar que tales exigencias variaban de una postura realista (necesidad de servicio dental, medio de transporte-ambulancia-propio de la P.S.) ajustada a las necesidades más cotidianas a una postura "idealista" ajustada a una visión descentralizadora de la atención de la salud (necesidad de una maternidad en el propio Edén, por ejemplo). Finalmente, hay algunas exigencias que revelaron, por una parte, desconocimiento de los servicios allí instalados (exigencia de un pediatra en la P.S., cuando tal especialista ya existe desde hace tiempo; exigencia de un servicio de vacunación, que también existe, etc.) y, por otra parte, que la población ya se habituó, por lo menos en cierta medida, a pensar en la atención de la salud como parte de sus derechos. Como se puede apreciar, la comunidad como un todo tiene su propia concepción de sus necesidades, concepción que no se puede dejar de tener en cuenta en cualquier acción de salud que no quiera ser paternalista o "colonizadora". 2/

Apreciamos también que la población entrevistada, al contrario de lo que con frecuencia se imagina, tiene una noción propia y rica del cuerpo humano, que implica no sólo una concepción unitaria del cuerpo y del espíritu sino una visión de su integración con el ambiente total (mesológico, social,

---

1/ Usamos siempre la forma más conocida y utilizada por la población al referirse al Centro de Salud del Edén: "P.S.", es decir, posta de salud. No es formalmente correcta, pero éste ha sido el uso.

2/ En la inauguración de la actual P.S. del Edén (mucho más grande y mejor equipada que la antigua) por el Alcalde de Sorocaba, una de las mujeres presentes en las festividades para el acontecimiento le hizo saber que esperaban, como paso próximo y necesario, la inauguración de un nuevo cementerio.

/profesional,

profesional, psicológico). A este respecto, una esfera menos invadida (en el Edén) por la divulgación de la medicina, es decir, la esfera del embarazo y el puerperio, se muestra especialmente reveladora.

Apoyadas en su concepción del cuerpo humano y el mundo (que sin duda es parte de su concepción de la vida), las mujeres incluidas en la muestra interpretan los problemas de sus familiares (especialmente las criaturas) o los suyos propios y disponen las búsquedas de solución dentro o fuera del sistema médico de atención o en las diversas instancias de cura o prevención, concomitantemente.

Pudimos comprobar también, al nivel de estas observaciones generales, que existe en la comunidad un porcentaje bastante alto de leprosos, aparentemente debido a la proximidad del antiguo Sanatorio de Pirapitingui, en la carretera Sorocaba-Itú. Esta fracción de la población merece sin duda una atención especial (como reclama una de las portadoras del mal, que desearía contar con médicos especialistas en lepra en la P.S. del Edén) y existe la necesidad de proporcionar información a la población mayor acerca de la atención necesaria que ha de prestarse a la población enferma y del real significado de la enfermedad. Hacemos estas observaciones a partir de sugerencias de la investigación de campo, una vez que pudimos verificar que algunos de los portadores del mal se fueron a habitar en el Edén, debido a la proximidad del hospital, ya sea porque reciben en ese lugar su tratamiento, o porque trabajan en él (generalmente como cuidadores de enfermos, lavadores de platos, auxiliares de enfermería y hasta como conductores del ómnibus que se dirige al hospital). Hay pues, indicaciones de que parte de este personal es atendido por el propio sanatorio; los demás indican que recurren al "Palacio de la Salud" en Sorocaba. El motivo aducido por muchos ex-moradores del sanatorio para mudarse al Edén se relaciona con el hecho de haberse casado y tenido hijos, porque "ahí está prohibido vivir con niños".<sup>3/</sup>

---

<sup>3/</sup> Pudimos verificar que el sanatorio de lepra no se limita a un hospital y dependencias afines, sino que incluye un extenso terreno en el que habitan, en casas propias, portadores o ex portadores de la lepra. De este modo, una inmensa zona funciona casi como una comunidad, con proveedores de víveres, crianza de cerdos y gallinas, panadería, etc. Los ex leprosos o leprosos que, por cualquier razón, habían tenido que abandonar el local, recibieron indemnización del Gobierno del Estado (pues allí dejaron sus casas), además de recibir una "pensión". Por eso, con frecuencia los que fueron entrevistados en el Edén, preferían indentificarse como "jubilados por el servicio público".

/Finalmente,

Finalmente, aunque algunas entrevistadas hagan abierta referencia a su mal (o al de familiares), otras procuran ocultarlo o sólo aluden a él con renuencia, lo que indica la necesidad de proporcionar información a la población, para que enfrente el estigma social milenario que pesa sobre los afectados y que, sin duda, sólo puede tener consecuencias negativas para la erradicación del mal y la lucha contra él.

Otro dato de interés se relaciona con las concepciones de la población relativas a "problemas de nervios". Apreciamos que aunque muchas de las entrevistadas hagan referencia específica a que miembros de la familia (o ellas mismas) "sufren de los nervios", o "son nerviosos", no incluyen, a no ser de modo insignificante, este "sufrir de los nervios" entre las enfermedades "más comunes" entre las personas de su grupo deméstrico. Esta curiosa discrepancia apunta tal vez en dirección de una concepción original de la salud mental, que valdría la pena investigar posteriormente.

A continuación, se exponen y comentan nuestros datos.

## 2. Concepción de la salud y la enfermedad

Dijimos antes que las personas entrevistadas tenían un buen marco de referencia del binomio salud y enfermedad. Realmente, aunque las categorías para la explicación de la "enfermedad" sean más numerosas que las de la "salud", no son por eso menos expresivas. El mayor número de categorías puede indicar o mayor riqueza en la concepción de sus determinaciones o, lo que parece más probable, una dificultad para aprender el fenómeno, pues la salud es la norma y como tal no precisa ser explicada, mientras que la enfermedad y la muerte necesitan ser explicadas y justificadas.

### a) ¿Qué es la enfermedad? ¿Qué es la salud?

De manera general, la enfermedad aparece como aquello que interrumpe el funcionamiento ideal del organismo, mientras que la salud es definida de un modo más significativo (49% de las respuestas) como el funcionamiento de la vida en un patrón de normalidad ideal (el funcionamiento satisfactorio del cuerpo se identifica con el funcionamiento satisfactorio de la propia vida). Nada más coherente, por lo tanto, que una parte significativa de las respuestas (16.4%) relativas a la enfermedad la defina mediante su contrario, es decir, como la interrupción de esta normalidad ideal. Sumadas a éstas, las respuestas que perciben la enfermedad como aquello que lleva a una alteración en el comportamiento o en la actitud de los individuos afectados (13.7%), tenemos casi el 30% de las respuestas, lo que refuerza el raciocinio indicado. Realmente, la enfermedad es vista por una parte de la población femenina como algo que altera el funcionamiento del cuerpo, el comportamiento y la actitud de una persona (cuadro 1).

Por otra parte, las causas de la enfermedad son también recordadas en esta cuestión: es difícil pensar en la interrupción de la normalidad, sin pensar justamente en lo que la causa ("la enfermedad es algo que la gente adquiere cuando el organismo está débil"; o "enfermedad viene de la sangre débil"; o incluso "cuando una persona no se trata, viene la enfermedad"). Las causas son buscadas o en el propio organismo (cerca del 0.6% de las respuestas) o en el medio ambiente físico o social (2.7%). Las respuestas

/fatalistas,

fatalistas, por otro lado, o las respuestas que buscan razones sobrenaturales o aun causas de carácter desconocido constituyen un porcentaje insignificante (cerca del 1.4% de las respuestas). Paralelamente, las causas o explicaciones de la salud son buscadas en el propio cuerpo (4.9% de las respuestas), es decir, causas orgánicas, o en el ambiente físico y social (4.9%); en lo que se refiere a la salud, las respuestas pocas precisas aparecen en número reducido y en proporción mucho menor en comparación con las respuestas del mismo tipo referidas a las enfermedades. En realidad, mientras casi el 6.2% de las respuestas relativas a la "salud" son de este tipo, alrededor del 11% de las relativas a la "enfermedad" figuran en esa categoría. Con relación a la enfermedad, la categoría aislada que reúne el mayor número de respuestas es aquella que llamamos de respuestas "calificativas" (27.4%), es decir, respuestas genéricas, que intentan dar una definición abstracta del fenómeno: "La enfermedad es una cosa seria", es "algo que complica la vida", es "horrible", etc. Se aprecia, pues, que la definición abstracta es más difícil de conseguir y son, sin duda, las experiencias personales, concretas, vividas, que ayudan con más frecuencia a establecer un marco de referencia. Por otra parte, las respuestas de la población (al contrario de la medicina, más interesada en los "cómo" del problema de la salud) se sitúan en un sistemático "porque": porque yo, porque ahora, porque en esta forma, etc. No parece absurdo pensar que esta forma de "lógica de lo concreto" se construye en el sentido de recuperar, por lo menos en palabras, el dominio de las personas sobre los hechos, de recapturar el sentido perdido de las cosas. En este "porque" (distinto del "porque" del médico) personalizado, concretado en un aquí y ahora, en una situación concreta de vida y, especialmente, exclusivo, que ayuda a abrir el abanico de las posibilidades de cura (o prevención) buscadas por la población.

Resumiendo, podemos decir que al ser, entendida la salud como el funcionamiento ideal de la vida (y del cuerpo), y la enfermedad como aquello que perturba, quiebra, o interrumpe tal funcionamiento (de la vida y/o del cuerpo), tal comprensión genérica presenta innumerables puntos de afinidad con la definición de la ciencia. Por consiguiente, una actividad especializada de salud que parta de las concepciones de la comunidad no necesita recuperar, discutir y aproximar concepciones diametralmente opuestas, por lo menos en lo que se refiere a las concepciones mismas. Por otra parte, a este respecto, las cuestiones analizadas para la zona urbana y la zona rural no revelan diferencias significativas (razón por la que las trabajamos en bloque).

b) ¿Qué causa la enfermedad?

Tuvimos antes algunos indicios relativos a las causas de la enfermedad, en la medida en que algunas mujeres, al explicitar su concepción de la enfermedad, ya exponían su visión de los motivos que la causaban.

No obstante, preguntamos específicamente a la totalidad de las mujeres incluidas en esta muestra cómo percibían las causas de la enfermedad. Este conjunto nos permite analizar tales conceptos de manera un poco más profunda.

Las respuestas de las "madres de familia", a este respecto son extremadamente importantes, dado que sin duda las podemos considerar como una fuente permanente de la práctica popular de la salud; por consiguiente, están más que aptas para responder con desenvoltura cuestiones relativas a esa práctica. Separamos las respuestas según lo que dijeran respecto a los niños o a los adultos de la familia y en algunas categorías de respuesta las diferencias son significativas.

/Analizando el

Analizando el conjunto de las respuestas a esta cuestión verificamos que si una informante única no consigue sintetizar e integrar un conjunto de causas agresoras del organismo y, por consiguiente, causantes de enfermedad, en conjunto, sin embargo, producen un estudio que abarca bastante: causas ambientales (mesológicas y climáticas), alimentos ingeridos (comida que hace mal, alimentación inadecuada), medio orgánico (organismo débil, mal funcionamiento de un órgano, "sangre débil", etc.), problemas en la relación con el medio (tomar mucho sol, la lluvia, el frío, beber algo helado con el cuerpo caliente, incluso la falta de higiene). El cuadro anexo, relativo a las causas de la enfermedad, es bastante explícito.

A juicio de las mujeres entrevistadas, pues, las causas de las enfermedades deben buscarse sobre todo en el medio ambiente considerado de un modo amplio. La categoría de respuesta que aisladamente reúne el mayor porcentaje es la que guarda relación con el ambiente considerado en su dimensión climática: el 20% de las respuestas relativas a los niños y el 19% de las relativas a los adultos. Los porcentajes son aquí equilibrados para los dos grupos, pero la proporción se modifica si a estas respuestas agregamos las que se relacionan con la "falta de cuidado en el contacto con el ambiente": sube a más del 25% en el caso de los adultos y a más del 30% en el caso de los niños. Si a estos porcentajes agregamos la "higiene" (o mejor, la "falta de higiene") que se puede considerar como una forma negativa de relacionarse con el ambiente, las diferencias entre los porcentajes relativos a adultos y a niños se hacen más significativas: alrededor del 27% para los adultos y casi el 40% en el caso de los niños.

Vemos, pues, que entre un cuarto y más de un tercio de las "madres de familia" supone que las condiciones climáticas afectan directamente al organismo (el cambio de temperatura, el frío, el sol fuerte); o lo afectan si una persona no sabe relacionarse con el clima de modo adecuado (toma baños fríos con el cuerpo caliente, bebe algo helado después de estar mucho tiempo expuesto al sol, etc.).

La comida que hace mal (sobre todo entre los niños) y el exceso de helados (sobre todo entre los adultos) aparecen también de manera significativa: "Comer alguna cosa que haga mal" (hace quedar enfermo); "abusar de las bebidas heladas" (ídem), etc. También son importantes los porcentajes relativos a problemas carenciales. Hablando especialmente de los niños, las mujeres consultadas indican también la "falta de cuidados" o de "celo materno" como causa de que las personas se enfermen. Las causas "sobrenaturales" o "fatalistas" son nombradas también en una proporción levemente superior al 5%: "Las personas se enferman como consecuencia del pecado", por ejemplo, o "tenía que suceder".

Al hacer una nueva lectura del cuadro 2 veremos que si casi el 15% de las mujeres no trató de explicar la enfermedad (respuesta "fatalista" sumadas a las "negativas", es decir, informantes que no intentaron ninguna explicación), por el contrario, más del 80% buscó explicar de modo objetivo las razones de la enfermedad.

Asimismo, es digno de señalar el hecho de que los niños son considerados más vulnerables o frágiles: si las agresiones del ambiente son recordadas en una proporción parecida entre adultos y niños, sin duda el cuidado en la relación con el ambiente debe ser mayor para los niños. Por otra parte,

la integridad de los niños depende de la madre (de un adulto, por consiguiente), mientras que la integridad del adulto depende fundamentalmente de él mismo (cuadro 2).

Parece que, si el ajuste entre el marco "popular" y el científico" es aquí menor, no están sin embargo tan distanciados. Si no, veamos lo que se ha averiguado hasta ahora: La salud es un estado de bienestar total (vida y organismo), "es la mayor riqueza de la gente"; la enfermedad rompe tal estado deseable. Además, al parecer se considera que la enfermedad es consecuencia de agentes agresores externos (respuestas más numerosas) e internos en el organismo (respuestas menos numerosas). Tales agentes están constituidos sobre todo por el clima (hasta ver como las madres que se dirigen con bebés a la P.S. los llevan sumamente abrigados), pero también por cosas que las personas ingieren o por falta de higiene; también se recuerdan causas orgánicas ("sangre débil", "debilidad del organismo", etc.) inclusive el esfuerzo excesivo, la tensión y el "stress" a que las personas se someten. Así, pues, las personas van a buscar en su vida cotidiana explicación para los hechos que las preocupan o que les causan problemas.

c) Señales de la enfermedad

En posesión de tal marco de referencia, las mujeres están en condiciones de "leer" las señales que les permitan estimar las condiciones de su salud y la de sus familiares.

De modo general, las "madres de familia" trabajan con un conjunto de señales, es decir, indicadores que, comparados con la "normalidad conocida" de la persona (adulto o niño), se transforman en un cuadro de síntomas de la enfermedad; tales señales pueden dividirse en dos grupos: señales objetivas y señales subjetivas.

Llamamos señales subjetivas a las que implican una alteración orgánica o del comportamiento de la persona, sobre todo estas últimas cuya lectura e interpretación depende casi fundamentalmente del conocimiento que la mujer tenga del probable enfermo. Así, entran en esta categoría la apariencia, o mejor dicho la alteración de la apariencia (abatido, pálido, amarillo, triste, ojos hundidos, etc.), alteraciones de la actitud o del comportamiento (niño sin ánimo para jugar, adulto sin ánimo para trabajar, no se ríe, no come, desanimado, etc.). Las señales objetivas, por otra parte, implicarían las alteraciones del comportamiento u orgánicas (sobre todo estas últimas) susceptibles de ser "leídas" e "interpretadas" incluso por personas que no mantengan una relación íntima y atenta con el "sospechoso". Claro está que los límites entre estos dos conjuntos no son tan fáciles de establecer (la "fiebre", por ejemplo, que podría ser interpretada fácilmente como un síntoma objetivo, dadas las condiciones de "lectura" de las madres, puede venir a ser una señal subjetiva); con todo, creémos que tal división es sugestiva en una tentativa de aproximación global del mundo de las representaciones relativas a la salud y a la enfermedad.

Como se puede apreciar, las mujeres trabajan con síntomas que puedan percibir más directamente por medio de los sentidos (especialmente el tacto y la visión). La "temperatura" ("veo si tiene temperatura") o la "fiebre" es bastante usada como señal indicativa de enfermedad. Como veremos, la fiebre, que aparece en casi el 20% de las respuestas, es uno de los motivos que más hacen que las personas recurran al médico (especialmente los niños son



llevados al médico en casos de fiebre). Vacilamos un poco en llamarlo síntoma "objetivo", dado que las madres perciben la fiebre por el tacto (y no con un aparato medidor de temperatura, como el termómetro) y esto siempre implica un conocimiento del niño, conocimiento éste que fue el criterio considerado importante por nosotros para hablar de factores "subjetivos". Los factores que implican una lectura de señales, a partir del buen conocimiento de la persona por parte de quien las interpreta, son utilizados tanto en el caso de los adultos como en el de los niños ("queda triste", "cambia de aspecto", "ojos hundidos", "desánimo", etc.), pero sobre todo en el caso de los niños. En compensación, las personas dependen más de la declaración explícita de los adultos. En otras palabras, del adulto se espera que dé a conocer a los demás su estado (por la queja explícita); por el contrario, el niño debe ser "leído".

Examinando con más detalle un pequeño grupo de respuestas, relacionadas solamente con los niños, y tomándolas en bloque, pudimos comprobar que no hay variaciones de respuesta según la edad de las entrevistadas; pensando en términos de síntomas "objetivos" y "subjetivos", vimos que el uso exclusivo de factores "subjetivos" se presentó en el grupo de las madres cuyas edades fluctuaban entre 29 y 50 años; ambos factores ("objetivos" y "subjetivos") fueron usados de modo combinado por igual número de madres, sin embargo, en un intervalo de edad aún más abierto; sólo un número pequeño de madres trabaja exclusivamente con síntomas "objetivos" para "diagnosticar" las enfermedades de sus hijos (cuadro 3).

Los datos hasta ahora analizados nos parecen ricos desde el punto de vista de la ruptura de ciertos estereotipos relativos a poblaciones de baja renta (y, en consecuencia, escasa escolaridad y, además, poca "exposición" a una "información científica"). En realidad, parece que en su conjunto las personas tienen un marco de referencia no despreciable y una preocupación por situar, analizar y explicar las situaciones de vida (vividas o no vividas directamente), además de una preocupada atención respecto de quienes los rodean más de cerca.

Un estereotipo común entre los especialistas en salud es la de que se puede prescindir del saber popular relativo a la salud dado que está desprovisto de significación, salvo la propia, por lo menos para el especialista. En otras palabras, la cuestión podría plantearse de la siguiente manera: ¿cuál es la necesidad de buscar un "saber popular" relativo a la salud y la enfermedad, si por una parte está penetrado de falsedad cuando no es todo falso), por otra parte está penetrado de un saber especializado que por diversas vías ya lo cogió en sus redes (y, por lo tanto, le contaminó la "pureza") y, finalmente, no consigue articularse como un saber coherente (conceptual, abstracto, práctico)? Sin entrar por el momento en el mérito de esas posiciones, no podemos olvidar que cualquiera que sea la "calidad" de este saber popular, es a través de este marco de referencia simbólico y práctico que una población dada va a orientar sus acciones de salud y apreciar los programas que le sean ofrecidos.

### 3. Cuadro Mórbido a partir de la población

Con relación a las concepciones de salud y enfermedad, sería todavía de interés examinar cómo la propia población traza su cuadro mórbido y cuáles son las discrepancias que podemos encontrar entre las diversas declaraciones, discrepancias que quedan en evidencia con un análisis comparativo del contenido interno de cada cuestionario.

Para trazar tal cuadro, preguntamos a las mujeres: "¿Hay alguien enfermo en su casa en este momento? ¿Quién? ¿De qué? ¿Está en tratamiento? ¿Dónde? ¿Hubo alguien enfermo en su casa el año pasado? ¿De qué? ¿Hizo tratamiento? ¿Dónde? Preguntamos también: "¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre las personas de su grupo doméstico?"

Analizando cerca del 50% de nuestros cuestionarios de acuerdo con la actividad de las informantes - "trabaja afuera", "no trabaja afuera" - pudimos ver que, en el momento de la entrevista, las del primer grupo acusan un menor porcentaje de enfermos en casa que las del segundo grupo. Podríamos sospechar que las mujeres que tienen actividad remunerada fuera de la casa disponen de menos tiempo para dedicar específicamente a la salud de la familia, ya que, como vimos, una gran parte de las señales con que la población femenina trabaja para saber cuando alguien está enfermo entrañaba un gran contacto de ella con la persona "sospechosa" y bastante observación de las personas que la rodean. No sería improbable que las mujeres que "trabajan afuera" dispongan de menos tiempo para la "lectura" e interpretación de las señales (subjetivas y objetivas, pero sobre todo subjetivas); de este modo, los casos de enfermedades se reducirían a las situaciones más dramáticas o más notables. Podría confirmar esta suposición el hecho de que es menor el porcentaje de "hijos enfermos" en el grupo de las mujeres que tienen actividad fuera de la casa que entre las demás. Si los niños realmente se resienten por una falta de atención materna, cuando las madres salen para el trabajo, o qué tipo de repercusión (positiva o negativa) tiene tal hecho en la vida y en la salud de los familiares es una cosa que podrá mostrar la acción de salud que se desarrollará .

El cuadro de las "enfermedades actuales" revela que aunque la salud sea una condición considerada ideal y normal, apenas alrededor del 66% de la población consideraba que gozaba de este estado ideal (cuadro 4).

Las enfermedades señaladas como actuales fueron principalmente la bronquitis (casi el 35% de los niños enfermos), problemas reumáticos (columna, "pico de papagayo", dolor en los miembros, etc.), corazón y presión (alta sobre todo), nervios, debilidad y mareos, problema de bebida, además de lepra (casi el 25% del total de los que "están enfermos en este momento"). En 36 familias tomadas aleatoriamente, 6 mantenían alguna relación con el Sanatorio de Pirapitingui (cerca del 16.67%) y de ellas, 4 señalaron la lepra como su mal (11.1%). Como ya dijimos, aunque en otros momentos del cuestionario el mal se hiciera evidente, al ser interrogados respecto de las "enfermedades" actuales, no siempre ella fue incluida. La mayor parte de estas personas se decían jubiladas por el Servicio Público del Estado.<sup>4/</sup>

---

<sup>4/</sup> Véase la nota 3.

Del conjunto de las personas enfermas en el momento de la entrevista, casi el 88% declaró estarse tratando. Sólo el 12% no hacía tratamiento y, entre estas personas, figuraban una niña cuya madre no dejó que fuese operada por quinta vez "de un tumor en la mano izquierda" y un adulto que declaró no seguir ningún tratamiento por falta de dinero.

De estas personas, sólo el 12.5% seguía un tratamiento en la P.S. del Edén, y los demás se distribuían de la siguiente manera: 24% en el INAMPS, 8.3% en Santa Casa, igual porcentaje en el Centro de Salud de Sorocaba, con médico particular y en el SAMHO. El "Palacio de la Salud" recibe el 12.5% de los enfermos. El porcentaje restante se divide entre varios locales de atención (UNIMED, Pronto Socorro de Fratura, etc.) y hasta en casa (cuadro 5).

Interrogados con respecto a las enfermedades en los últimos 12 meses, las respuestas nos muestran algunos elementos interesantes; una parte importante de las enfermedades actuales eran las mismas de los últimos 12 meses (cerca del 40%); la gran mayoría de las afecciones tenía relación con menores de 14 años, casi un 60%. Entre las entrevistadas se mencionaron 3 defunciones (un niño de pulmonía, un adulto de lepra y una mujer, de más de 60 años, de derrame cerebral). Por otro lado, poco menos del 50% de la población declaró no haber tenido casos de "enfermedad" en su familia en el último año (cuadro 6).

Dividiendo la muestra de mujeres según su actividad (remunerada o no remunerada), se repite la situación señalada anteriormente con relación a las enfermedades contemporáneas a la aplicación de los cuestionarios: los casos de "enfermedad" entre las familias de las mujeres que "no trabajan afuera" son proporcionalmente más numerosas. Como dijimos antes, sólo podemos sugerir que las mujeres que, "no trabajan afuera" disponen de más tiempo para dedicar a la salud de la familia. Es claro también que configurar la situación de enfermedad para quien trabaja y depende de la licencia es mucho más complicado. Cualquier otra relación (positiva o negativa desde el punto de vista de la salud) sólo se podrá encontrar en el trabajo específico y más pausado, junto a la comunidad.

El cuadro de los locales de atención en el último año es naturalmente más abierto que el anterior, en relación con los problemas actuales. No obstante, se repiten las grandes líneas. Se recurre a la P.S. del Edén básicamente en el caso de gripe y bronquitis, así como de heridas casuales. Los casos más complicados o de tratamiento con internación son referidos de acuerdo con la propia orientación de los Centros de Salud, hacia otros locales. (El Centro de Salud funciona como centro de selección y referencia). El INAMPS y la Santa Casa son en este caso las mayores opciones de la población. Al contrario de la situación anterior, todas las personas entrevistadas declararon haber seguido un tratamiento (Cuadro 7). En realidad, sólo alrededor del 2% hizo tratamiento en su casa y las demás personas buscaron atención médica.

A ese respecto, los datos examinados separadamente para la zona rural introducen una diferencia altamente significativa, pues casi el 30% de las personas de esta zona declararon haber seguido un tratamiento en su casa, ya sea por considerar el problema pequeño y relativamente sin importancia, porque es "crónico" (como declara una mujer de más de 60 años, que

sufre de úlcera varicosa), o incluso (un menor número) por la imposibilidad de hacer un tratamiento. Claro está que las distancias mayores sólo podrían disminuir la frecuencia, ya sea a la P.S. de Edén, o a Sorocaba. En todo caso, la propia distancia ya lleva a las personas a hacer ellas mismas una "selección" de lo que precisa o no precisa atención más especializada. El análisis del material revela también que la P.S. del Edén es utilizada tanto en la zona urbana como en la zona rural, sobre todo para hacer frente a los problemas de los niños. Las mujeres recurren más a ella que los hombres. Estos datos son confirmados por entrevistas realizadas con personal de la P.S. de Edén (médicos y auxiliares de enfermería) y consultas a los ficheros. Según uno de los médicos entrevistados, la mayor clientela está constituida por niños afectados principalmente por problemas respiratorios y gripes. En seguida vienen las mujeres. Las quejas son variadas, pero versan inclusive sobre problemas cotidianos en casa y, sobre todo, con los maridos. La queja de "nervioso" es muy común; los hombres jóvenes casi no van a la P.S.; los hombres que recurren a la P.S. de Edén son principalmente los viejos y los jubilados. En las palabras del mismo médico: "Vienen primero los niños, después las mujeres y, finalmente, la legión de los viejos".

No obstante, la demanda de la P.S. local está largamente condicionada y no podría dejar de estarlo, por la política más amplia de salud (tipo de servicios prestados por los Centros de Salud), por los servicios realmente instalados (vacunación, salud materno-infantil, atención dental preventiva a los niños en edad escolar y, finalmente, atenciones de urgencia). De este modo, la demanda "espontánea" se reduce a las consultas y atenciones de urgencia. En este particular las personas que trabajan disponen también de otras opciones.<sup>6/</sup>

Es interesante tener presente este cuadro para poder compararlo con las reivindicaciones de la población.

a) Enfermedades más comunes

Para tener más claro el cuadro de las concepciones generales relativas a la salud y la enfermedad, debemos examinar también lo que la población considera como sus problemas más frecuentes o más comunes. No existe un acuerdo muy grande entre estos datos y la información relativa a quién está o estaba enfermo y de qué. En aquéllos cuadros parecen haber entrado los casos considerados más graves o aquéllos que de alguna forma movilizaron más a la familia.

Al ser interrogados sobre los cuadros más frecuentes o comunes, muchos de los casos "crónicos" fueron dejados de lado, sobre todo aquéllos más graves. Tal hecho parece confirmar, de otro modo, la idea de que la enfermedad es algo que quiebra la normalidad.

Siendo así, las enfermedades serias o graves, o agudas, no podrían ser consideradas como cosa común y/o frecuentes. En el anexo incluimos los datos que ahora comentamos. Es fácil comprobar que, aunque la gripe había aparecido en bajos porcentajes en cuadros anteriores, aquí ocupa más del 50

---

<sup>6/</sup> Además del INAMPS, los convenios realizados por las propias firmas para la atención de la salud de sus funcionarios y familiares a cargo.

de las respuestas referentes a enfermedades infantiles y casi el 50% de las respuestas relativas a enfermedades de adultos. Entre los niños, los problemas intestinales (incluida la helmintiasis) ocupan, según las madres, casi el 11% en el cuadro de afecciones. Las quejas de dolor de cabezas son bastante numerosas, principalmente entre los adultos. Entre los niños la queja es sobre todo de dolor de oídos. El dolor es una de las señales más importantes para indicar que algo no anda bien, pero el dolor de cabeza aparece enumerado entre las enfermedades más comunes entre los adultos. Como veremos más adelante, gran parte de la farmacia casera (y también de las infusiones) es utilizada para el dolor de cabeza. Este cuadro merecería una atención especial en la acción de salud que desarrollará el proyecto (cuadro 8).

Asimismo, como ya dijimos en la introducción, los casos de lepra acusados aquí (y también en las cuestiones anteriores) son menos numerosos de lo que revelaron los propios cuestionarios, en su conjunto. Por otra parte, según las madres, no hay ningún caso de niños que presenten el mal, aunque haya familias de padres leprosos (padre y/o madre). Parece, pues, importante una educación más consciente de la población, que eventualmente haga menos pesado el estigma social de la enfermedad y, por otra parte, una atención completa a los enfermos y sus familias.

Es también interesante la discrepancia, ya señalada, entre estos cuadros y el cuadro específico de la salud mental.<sup>7/</sup> Tomando una fracción de los cuestionarios para ejemplificación, notamos que, en 20 cuestionarios, 9 mujeres acusan problemas de nervios en la parte específica del cuestionario. De estos casos, sólo uno pasó por el médico, pero sin acusar desmayos o convulsiones. De estos nueve casos, ocho no aparecen en las cuestiones generales referentes a la salud. En éstas aparece solamente un caso. Por otra parte, en este mismo conjunto la única mujer que habló de los "nervios" como "enfermedad común" en la familia no acusa ningún problema en la parte física del cuestionario. Del conjunto total del cuestionario, pues, encontramos un caso de disritmia cerebral, informado en las cuestiones relativas a enfermedad, y también en la parte específica.

Es evidente que los encuestadores podrían haber evitado tales discrepancias con una interrogación más cuidadosa; sin embargo, en ese caso se habría perdido la información indirecta que tiene relación con la aparente poca claridad con que la población percibe aquéllo que llama de modo genérico "problema de nervios". Un análisis pormenorizado de los datos relativos a la salud mental podrá ser revelador de esas concepciones.

#### 4. Cuidados con la Salud

Algunos de estos cuidados ya fueron analizados anteriormente (sección 7.3).<sup>8/</sup> Con todo, vamos a intentar retomarlos en bloque.

Después de preguntar a las mujeres si los casos de enfermedades (actuales o pasadas) habían recibido tratamiento (de qué tipo, es decir, especializado o no y dónde) preguntábamos directamente: ¿Qué es lo que usted hace primero en

---

<sup>7/</sup> Esta misma muestra de mujeres respondió a un cuestionario específico sobre salud mental, realizado por un siquiatra.

<sup>8/</sup> También en la sección 6.2 cuando se analizaron los recursos médicos de que dispone la comunidad.

caso de enfermedad?" Esta pregunta fue seguida por otras que trataron de abarcar las diversas preocupaciones "convencionales" (búsqueda de atención médica y paramédicas) y "no convencionales" (automedicación o medicación casera con "remedio de farmacia", medicación casera propiamente dicha, a partir de infusión de hierbas especialmente; y una medicación que llamaremos "mágica", a falta de un término mejor, basada en plegarias y bendiciones; y, finalmente el ruego religioso, en la forma de promesas, oraciones, etc.).

La primera comprobación es que las acciones relativas a la salud desarrolladas por las "madres de familias" son, como ya dijimos, numerosas y bastante eclécticas. En su conjunto, la población podría ser acusada de cualquier cosa menos de dogmatismo, en lo que se refiere a las prácticas...

Precisamos, pues, examinar un gran número de preguntas para componer un cuadro de los "cuidados con la salud" desarrollados en la localidad del Edén. Del conjunto de las mujeres entrevistadas en la zona urbana, alrededor del 50% declara recurrir al médico en primera instancia, a la primera señal de enfermedad. Como no podía dejar de ser, el porcentaje de mujeres que va al médico como primer recurso baja a cerca del 30% en la zona rural. Con respecto a estas diferencias, las consideraciones que podemos hacer son las mismas anteriormente señaladas: las dificultades son mayores en la zona rural, donde hay el problema de las distancias, de la falta de medios de transporte, de la necesidad de locomoción con los niños (con frecuencia más de uno), la ausencia de la casa por un período mayor dadas las dificultades indicadas y, finalmente, aunque no menos importante, el poder adquisitivo de los trabajadores de la zona rural es relativamente más bajo que los de la zona urbana. Con todos esos problemas, sin embargo, casi el 30% de las mujeres de la zona rural recurre al médico en primera instancia. Considerado desde este punto de vista, el porcentaje recién señalado nos hace darnos cuenta del alcance del proceso de divulgación de la medicina.

Los datos analizados por nosotros revelan que tanto para las mujeres de la zona urbana como para las de la zona rural, los niños se constituyen en el mayor factor de preocupación ya que el recurso inmediato al médico es mayor cuando se trata de los niños.

Una respuesta dada con frecuencia por un gran número de madres (independientemente de la zona, hechas las distinciones examinadas anteriormente) es: "Tomo la temperatura, doy un comprimido y llevo al médico" o "veo si tiene fiebre, doy un comprimido y llevo al médico". Si éstas son algo más que meras formas verbales, es decir, si indican realmente la cronología de las acciones maternas, se puede dar el caso de que las madres llevaran a los hijos ya medicados al doctor o al Centro de Salud y, por consiguiente, los niños presentasen al llegar un cuadro menos preocupante. De hecho, oímos decir a algunos profesionales que "las madres no saben cuándo llevar a los hijos a la Posta, ya que a menudo los niños no presentan nada perceptible"; por otra parte, ellas tampoco sabrían "explicar de modo adecuado lo que el niño tiene, o mejor dicho, el motivo de su preocupación".

Naturalmente, como vimos, las mujeres entrevistadas trabajan con señales extremadamente subjetivas y muchas veces llevan (cuando viven en el propio Edén y no trabajan afuera) los niños al Centro de Salud, para eliminar cualquier duda. Sin olvidar que al usar al médico se puede ejercer una de las pocas prerrogativas de la ciudadanía...

Es sobre todo la fiebre (cualquier alteración en la temperatura, desde que la madre la percibe con el tacto) lo que lleva a las personas a recurrir al médico. Además de la fiebre, un "dolor fuerte" parece tener peso suficiente para llevar a adultos y niños en busca del profesional. Los niños son llevados al médico, sin sombra de duda, cuando presentan cualesquiera de estos síntomas: disentería, vómitos, garganta (inflamada), "infección" (no fue posible detectar lo que sea esta infección), "dolor fuerte". Además, los cuadros que las madres no consiguen explicar, las fiebres persistentes y la demora en producirse una mejoría, así como las "cosas graves", son motivos para recurrir a la P.S. u otro local, tanto por las madres de la zona urbana como por las madres de la zona rural.

a) Uso de "remedios de farmacia"

Además de recurrir a los médicos de la P.S., u otros, la población tiene y utiliza una gran existencia de remedios. De modo general, los remedios son para la fiebre (los más utilizados), la gripe (y resfriados) y los dolores en general. Los remedios más comunes, o mejor dicho los más buscados, son aquéllos que se cree combaten la fiebre (que aparece el gran síntoma o la gran enfermedad) y el dolor (especialmente de cabeza). Viene después la gripe y el resfriado, la tos (catarro, "pecho cargado", bronquitis, etc.). Un cuadro de remedios, por lo tanto, coherente con el cuadro de las enfermedades mencionadas como las más comunes entre las personas de las familias entrevistadas. La mayoría de las mujeres indicó tener en casa remedios "multifuncionales" (que sirven o son usados para la fiebre, el dolor y la gripe), especialmente Novalgina y Aspirina. Cada familia poseía como promedio de 2 a 3 medicamentos en casa.

Al preguntárseles quién indicaba tales medicamentos, las mujeres señalaron que el médico los había indicado, sobre todo los específicos. Los analgésicos y antitérmicos parecen indicados por el farmacéutico local o como de "conocimiento general". La diferencia entre la lista de los remedios indicados por el farmacéutico y la de los de "conocimiento general" estaba en el hecho de que la primera incluía un mayor número de nombres que la segunda. De "conocimiento general" eran sobre todo la Novalgina, el Mejoral Infantil, el AAS y el Conmel. Con relación a los "remedios de farmacias" no existe diferencia entre la zona urbana y la zona rural (ya sea Campininha o Iporanga) ya sea en cuanto a los remedios usados, a los usos o a las indicaciones.

b) Uso de "remedios caseros"

Examinando la farmacopea popular a base de plantas medicinales, notamos que más del 70% de la población del Edén echa mano de hierbas de usos bastante variados. En este caso hay significativas variaciones porcentuales según las zonas y subzonas consideradas. Así, los porcentajes del Edén urbano (78% de la población femenina entrevistada dice recurrir a las infusiones de hierbas) y de Iporanga (77%), el barrio rural más comprometido con el proceso de la industrialización, son inferiores a los porcentajes de Campininha (84%), barrio más decididamente rural.

Al parecer, no cabe duda alguna de que el hecho de mantener un mayor aislamiento relativo de la ciudad y disponer al mismo tiempo de una fuente más cierta de remedios caseros puede condicionar en Campininha el uso relativamente más frecuente de tales medicinas.

Sin duda, el "remedio de farmacia" tiene un efecto generalmente más rápido y espectacular que el de sus congéneres caseros y, por otro lado, "ya viene listo" (como dice una mujer entrevistada); no hay necesidad de buscar, recoger, preparar y, por lo tanto, conocer. El uso del remedio casero implica también una mayor frecuencia y de modo general implica que el usuario esté en casa o en un lugar donde sea fácil preparar dicho remedio. Lo que hay que saber del "remedio de farmacia" ya viene, por así decirlo, condensado en la etiqueta mientras las infusiones de hierbas y los remedios caseros implican un conocimiento necesario al mismo tiempo específico y vasto.

En general, la fuente de este conocimiento, o de este saber, es atribuida por las entrevistadas a la familia, sobre todo a las madres de las entrevistadas, lo que no impidió que algunas mujeres dijeran haberlo aprendido con "el médico".<sup>9/</sup>

No se debe pensar que las infusiones de hierbas más usadas sean muy diferentes entre la zona urbana y la zona rural; por el contrario, son fundamentalmente las mismas (de la misma forma que son semejantes las quejas referentes a las "enfermedades más comunes"). Se utilizan las infusiones de hierbas para problemas intestinales (especialmente "vermes") sobre todo de los niños y las más utilizadas son la menta, anís y el poleo; para combatir los estados gripales ("resfriado", "enfriamiento"), se usan infusiones de hierbas como el toronjil, el poleo, la menta, la hoja de naranjo; para el hígado, se utilizan infusiones de hierbas como el boldo de Chile, el ajenojo, la hoja de higuera; existe también el uso intensivo de infusiones de hierbas calmantes como la flor del naranjo y el toronjil. A decir verdad, hay infusiones de hierbas para prácticamente todos los males corrientes, pero no por eso menos comprometedores del buen desempeño de la persona: estómago, riñones, susto (de los niños), estreñimiento, dolor de barriga, dolor de cabeza, diarrea, dolor de muelas, alergia, picada de insectos, reumatismo y hasta quemaduras.

La farmacopea popular es extensa y rica (y más en la zona rural que en la zona urbana) y hasta, podría decirse, refinada. Sin embargo, la lista de las infusiones de hierbas comunes no varía tanto y las más utilizadas, como dijimos, son las infusiones de hierbas para afecciones intestinales (especialmente de los niños) y las infusiones calmantes (niños y adultos).

Como promedio, cada informante utilizaba 2,8 plantas medicinales.

#### c) Plegarias y bendiciones

En la esfera de un cuidado menos convencional, aparecen sobre todo la bendición y la plegaria. Aquí el recurso a tales prácticas parece ser equilibrado entre la zona urbana y la zona rural. En la conclusión, formularemos algunos comentarios a ese respecto. Entretanto, cabe recordar que el recurso a la hechicera(o bendecidor), ocurre sobre todo en los siguientes cuadros: "buche virado", "pierna corta" (problemas de diarrea), susto (cuando el niño pasa por una situación que lo espanta), debilidad y mal de

---

<sup>9/</sup> Cabe mencionar también el uso de antiguos almanaques, como el del Laboratorio Catedral, o de textos de homeopatía, aunque fueron mencionados sólo una vez, por un viejo habitante de Campininha.



ojo; también se bendice, y con mayor frecuencia, en casos de "sanguijuelas", "Biassustada" (vermes, dolor de cabeza, bronquitis, erisipela, quemadura de los niños y hasta "mal de semioto", lombrices, etc.). Las mujeres recurren a bendecidores no sólo del Edén y sus alrededores (Mato Dentro, Cajura), sino también de Sorocaba y hasta de Itú.

Así, pues, se aprecia que hay un cuadro mórbido de definición exclusivamente popular (mal de ojo, pierna corta, susto, debilidad, etc.) para el cual el recurso a la bendecidora (o al bendecidor) es el único posible, o casi el único, porque siempre quedan los recursos a otras esferas (promesas, oraciones, etc.); claro está que el mismo cuadro puede ser reinterpretado de otras maneras por personas representantes de otros campos del conocimiento (médico o no). Sin embargo, se recurre al bendecidor también en cuadros mórbidos en que son comunes el recurso al médico, o al medicamento "de farmacia", o aún al medicamento casero. Es el caso de los "nervios", de la erisipela, del dolor de cabeza, de los problemas intestinales, de las "sanguijuelas" y de las "lombrices". Tal hecho muestra claramente que no hay campos de actuación "exclusiva" de la medicina y de las diversas, así llamadas, medicinas alternativas. El campo de intersección es vasto.

##### 5. Opiniones relativas al centro de salud del Edén

En lo referente a la atención médica, sin embargo, las madres no dejan de tener una opinión bien formada y reivindicaciones precisas.

En cuanto a la P.S. del Edén, gran parte de las mujeres entrevistadas desearía ver instalaciones en ella para brindar completa atención a las mujeres embarazadas (incluido el hospital), pero sobre todo experimentan la necesidad de un servicio dental ("que no sólo extraiga las piezas dentarias sino también las trate") para adultos y niños de todas las edades. El servicio nocturno y la atención todos los días de la semana es la reivindicación constante. Una de las entrevistadas recordó también la necesidad de que la P.S. contara con una ambulancia propia, dado que la comunicación en el Edén es bastante difícil. Para la zona rural el problema se agrava ya que el acceso de Iporanga y Campininha al Edén es bastante difícil, especialmente Campininha que no cuenta con transporte directo a la sede del distrito. De ese modo, con frecuencia los usuarios prefieren ir a Sorocaba, tomando el ómnibus en la carretera Sorocaba-Itú (caso de Iporanga) o en Itavuvu (caso de Campininha). Preferir es un verbo suave, en verdad, dado que la única otra alternativa si el individuo no dispone de un medio de transporte particular (suyo, de un pariente, de un amigo o de un vecino), lo que en general es raro, es cubrir a pie los muchos kilómetros (que dependen del lugar de residencia) que lo separan de la sede del distrito.

Del total de las entrevistadas, encontramos que el 28.3% de las entrevistadas respondió que ninguna persona de su familia tenía ficha de atención en la P.S. del Edén; el 69.6% respondió afirmativamente. Cerca del 2% de las entrevistadas no supo dar ninguna información. A ese respecto, si examinamos los datos relativos a la zona rural únicamente, verificaremos que los porcentajes se aproximan a los de los totales generales: el 67.4% de las "madres de familia" declara que alguna persona de su casa tiene ficha en la P.S. del Edén y casi el 33% responde negativamente. Sin embargo,

/si analizamos

Si analizamos por separado a Campininha e Iporanga, veremos que la segunda mantiene un índice más bajo de recurso a la P.S. de Edén: sólo el 59.1% de las familias tienen por lo menos un miembro con ficha en la P.S. mientras que la primera eleva el porcentaje hasta el 75%.

Vemos, pues, que a pesar de toda la dificultad relativa, los habitantes de Campininha son los que proporcionalmente más utilizan la P.S. de Edén. La mayor parte de las mujeres de Iporanga adujo convenios y el INAMPS para no utilizar la P.S. de Edén. En Campininha casi el 50% de las mujeres que respondieron negativamente dijo no tener una idea clara o no conocerla; una va a la P.S. de Cajurú.

Estos datos parecen apuntar en dos direcciones: una tiene relación con el alcance del proceso de ampliación de la atención médica y de su importancia en la zona rural; la otra indicaría que la población de Campininha es la que más carece de recursos alternativos y, por consiguiente, la que debería recibir una atención muy especial del proyecto.

#### 6. Concepciones relativas al embarazo y al parto

Analizamos las respuestas de la totalidad de las mujeres de la zona rural incluidas en la encuesta y de una pequeña fracción de las mujeres de la zona urbana (30 casos sobre 100), con miras a diseñar un perfil cualitativo de la población del Edén en lo que se refiere específicamente a las concepciones relativas al embarazo y al parto.

##### a) Embarazo

Como se puede comprobar en el cuadro 9, aproximadamente el 60% de las mujeres entrevistadas de la zona urbana utiliza la interrupción (o el atraso, tomando el síntoma en su inicio) de la menstruación como el hecho indicativo, por excelencia, del embarazo. La falta de menstruación aparece en el 30% de los casos como síntoma exclusivo; cerca del 20% lo utiliza conjuntamente con otros síntomas (náuseas, mareos, desmayos, vómitos, debilidad, sueño, pereza, estado nervioso, deseo específico de alimentos, dolor al orinar, dolor en los pechos, etc.). La lista de las señales es extensa y nunca se utilizan menos de dos, además de la interrupción de la menstruación. Un porcentaje menor (10%) se refiere al examen médico (utilizado) para confirmar o no confirmar un estado del que se sospecha, a partir del atraso menstrual. Por otra parte, el porcentaje de las respuestas negativas ("no sé") es pequeño (13% del total) y corresponde a las respuestas de niñas de 12 a 13 años. A este respecto, las respuestas de la zona rural presentan un porcentaje todavía menor (la mitad del anterior, es decir, alrededor del 6.5%).

Dado el pequeño número de mujeres en cada intervalo de edades no haremos mayores comentarios sobre la distribución de las respuestas según la edad de las entrevistadas; sin embargo, podemos observar que, a ese respecto, no hay en general mucha discrepancia en las respuestas. Por otro lado, las respuestas de la zona rural son en su conjunto poco discrepantes de las de la zona urbana. Entre las mujeres de la zona urbana entrevistadas se menciona la interrupción de la menstruación en más del 70% de los casos (contra el 60% de la zona urbana).

/Cerca del

Cerca del 37% de las mujeres de la zona rural sólo utilizó como referencia la interrupción de la menstruación; alrededor del 35% la utilizó conjuntamente con otros síntomas: "náuseas, deseo de comer ciertos alimentos" (mujer de 24 años); "mareos y vómitos" (mujer de 28 años); "se siente mal; falta de apetito, náuseas" (mujer de 21 años); "el estómago devuelve el alimento, casi no come" (mujer de 32 años). El recurso al examen médico o de laboratorio acusa un porcentaje bastante menor entre las entrevistadas de la zona rural - 2% contra el 10% de la zona urbana - "después de que se interrumpe la menstruación, espero un mes y recurro al INPS 1/ para el prenatal" (madre de 34 años). (Cuadro 10.)

Podemos imaginar que este bajo porcentaje refleja las mayores dificultades relativas de las mujeres de la zona rural para recurrir al médico y realizar los exámenes: la mayor distancia por recorrer hasta algún lugar de atención, los medios de transporte más escasos (o inexistente) y el poder adquisitivo menor como promedio para la zona rural podrían ser algunos de esos factores.

Cabía esperar, sin duda, respuestas de esta naturaleza. Ninguna mujer ignora (salvo algunas jóvenes incluso entre ellas no podemos tener certeza de que su respuesta negativa encierre real ignorancia) la relación entre el embarazo y la interrupción de la menstruación; además, un hecho de la naturaleza como el embarazo trae consigo señales inconfundibles. Un alto porcentaje de las respuestas que hablan también (o solamente) sobre otros síntomas (repugnancia, mareos, náuseas, debilidad, escalofríos, sueño, etc.) parecen revelar, al contrario de lo que se podría suponer, un buen grado de conocimiento del cuerpo y de percepción de sus alteraciones. Sin duda, hay renuencia a hablar de asuntos considerados íntimos, como el sexo, la menstruación, el embarazo y asuntos conexos. Las mujeres entrevistadas por nosotros mostraron con frecuencia una cierta incomodidad al conversar sobre tales asuntos, con personas absolutamente desconocidas que, para invadirles su intimidad, apenas tenían la débil disculpa de una investigación que realizaban. Sin embargo, lo que no podemos hacer es confundir la timidez, la resistencia, la falta de conocimiento específico o especializado con la ignorancia general. Por el contrario, una vez vencida la resistencia, las mujeres demuestran un gran interés en conversar sobre tales asuntos y en aumentar (y no corregir) sus conocimientos relativos al tema. Nos parece que cualquiera actividad que comprometa a la mujer (de cualquier edad) no precisará partir de "cero" en lo que se refiere al conocimiento del cuerpo o al interés por su conocimiento.

Una de las entrevistadas (joven de 20 años, soltera, estudiante) considera que el progreso del Edén afectó sobre todo la vida de las mujeres muy jóvenes, casi niñas. De este modo, es bastante grande el número de madres solteras de 14 o 15 años, de jóvenes de esa edad o mayores que se prostituyeron o incluso de casamientos precoces debido al embarazo. Desde el punto de vista de la investigación, conseguimos realmente determinar que había un cierto número de casamientos de mujeres muy jóvenes e innumerables familias que incluyen nietos muy pequeños, sin referencia a los padres. Es

---

1/ INPS - Instituto de Previsión social. Actualmente es el INAMPS, pero las entrevistadas usan siempre el nombre antiguo.

claro que no tenemos nada concluyente, pero parece haber una indicación segura de que en la acción que ha de desarrollar el proyecto se deba prestar atención especial a la población femenina de entre 12 y 15 años de edad.

Examinaremos ahora las respuestas relativas al embarazo propiamente dicho.

Al ser interrogadas respecto de lo que perturbaba el embarazo, las mujeres incluidas en la muestra dieron una gran variedad de respuestas. Esta cuestión nos pone, al contrario de la anterior, decisivamente ante la esfera de las concepciones: ya no nos encontramos en una esfera en la que se pueden establecer algunas relaciones de causa y efecto sin sombra de dudas (embarazo, interrupción de la menstruación), sino en una esfera en la que entran en juego la observación, los conocimientos viejos y nuevos y las relaciones de causa y efecto bien o mal establecidas. Finalmente, aquí vislumbramos de hecho el mundo de las representaciones.

La gran riqueza de las respuestas nos acarreó problemas de análisis. A fin de destacar los aspectos más significativos, nos vimos obligados naturalmente a agrupar las respuestas o dividir las. Tal procedimiento implica un empobrecimiento, razón por la cual utilizaremos las declaraciones en el cuerpo de la exposición, destinando al anexo los datos agrupados de acuerdo con la sistemática adoptada en toda esta parte del trabajo. Las respuestas más numerosas, aisladamente, son aquéllas que apuntan hacia las condiciones de la madre como factor de interferencia negativa en el embarazo. "Falta de salud, anemia, alimentación insuficiente e inadecuada", dice una mujer de 39 años. "Falta de tratamiento, falta de prenatal", responde otra de 32 años. "Si la mujer tiene perfecta salud, nada acontece. Si tiene algún problema de salud, todo provoca problemas", considera otra de 43 años. Las condiciones de trabajo de la mujer embarazada son también insistentemente citadas como factores negativos en la gestación: "Excesos en los modos de vida y debilidad", dice una mujer de 35 años; "cargar peso, hacer servicios pesados, agacharse mucho", responde una niña de 13 años; "hacer fuerzas", dice otra de 14 años; "levantar algo pesado, pasar nerviosa" dice una mujer de 26 años. La nerviosidad aparece como uno de los factores negativos y, en esta línea, podemos incluir también el susto. Las caídas fueron citadas tres veces: por una joven de 19 años, una mujer de 36 años y otra de 63 años.

Comparando estos dos conjuntos de respuestas de la zona urbana con las de la zona rural, veremos que la riqueza de respuestas es aún mayor. Algunos factores son citados de modo más frecuente en la zona rural: las caídas, por ejemplo (algunas especifican mejor: caer sentada). Algunas respuestas son francamente indicativas de un saber más rico y detallado. Así, una de las mujeres (23 años) dice: "El embarazo puede ser perturbado por el susto, una caída, levantar peso; después del séptimo y octavo mes, la mujer no puede estirar los brazos para arriba, pues la criatura puede nacer con el cordón en el cuello". Del mismo modo, otra considera que la mujer "no puede beber infusiones de hierbas, remedios amargos, hacer fuerza y caerse" (58 años). Los "remedios amargos" aparecen en la declaración de otra mujer de 65 años. También dice otra que hace mal para el embarazo "beber alcohol, tomar limonada, comer verdura y cargar peso" (20 años). A propósito, los remedios e infusiones de hierbas aparecen varias veces (o infusiones calientes), pero una de las mujeres dice que la mujer debe evitar tomar remedio, pues hay remedios que hacen que la criatura

nazca lisiada (31 años). Finalmente, otra madre considera que la mujer embarazada "no debe tomar remedios que el médico no ordenó" (cuadros 11 y 12).

Así, pues, se observa que las respuestas relativas a remedios son de diversos tipos e indican un contacto más íntimo con la esfera de la atención médica, hasta la persistencia o continuidad de un saber de otro tipo.

b) Parto

Con relación al parto, las mujeres respondieron a dos preguntas: una que trataba de percibir lo que ellas entendían por un "buen parto" y otra que tenía relación con las precauciones tomadas durante el embarazo para ayudar al parto. Es curioso observar que la proporción de respuestas negativas ("no sé") es mucho mayor para la segunda pregunta (en realidad, son casi el doble).

Con relación al parto, casi el 60% de las mujeres de las dos zonas consideran que un buen parto es el parto normal, es decir, el parto sin fórceps, sin cesárea y positivamente rápido y sin dolor. "Buen parto", dice una joven de 19 años (Zona urbana), "es cuando no se siente nada, ningún dolor". "Es aquél sin complicación, normal y rápido" dice una mujer de 35 años (Zona urbana); el parto es bueno "cuando es normal y no hay cesárea", dice otra mujer de 63 años (zona urbana). En la zona rural las mujeres manifiestan lo siguiente: "Buen parto es el parto normal, cuando la mujer no precisa llevar puntos" (23 años); "buen parto es el normal" (dos mujeres de 23 y 31 años); "buen parto es el normal, sin dolores; comienza a sentir dolores y después de tres horas nace la criatura" (mujer de 26 años); "buen parto es cuando la criatura nace luego y la placenta sale luego" (65 años).

Un pequeño porcentaje se acordó de hablar del médico como factor de un buen parto. "Buen parto es el parto con médico en el hospital", dice una mujer de 62 años (zona urbana). Por el contrario, hubo una mujer de la zona rural que veía en la presencia del médico una señal de que el parto no era "bueno", sin complicaciones. Tal hecho refleja, sin duda, la experiencia de quien va a las enfermerías de los hospitales, cuando el médico sólo es llamado cuando la enfermera partera no puede resolver. Así, una mujer joven de 27 años (zona rural) dice que el "buen parto es el normal, sin la ayuda médica, con la ayuda de la enfermera". Solo una mujer consideró que el "buen parto" es el "parto con cesárea". Un buen número de las mujeres que consideraron la operación cesárea un "mal parto" y prefieren el parto normal (a pesar de los dolores) se refieren sin duda al hecho de tener que enfrentar el trabajo normal poco tiempo después del nacimiento del hijo y con la operación cesárea hay mayores dificultades.

Aunque la mayoría de las mujeres haya tomado como referencia del buen parto sólo la situación de la parturienta, un pequeño porcentaje (equilibrado entre la zona urbana y la zona rural) de poco más del 15% toma también en cuenta la situación del bebé: "La criatura nace bien, saludable, sin defectos". Cerca del 3% de las mujeres dice no saber lo que es un buen parto, pues sólo conoce situaciones negativas (cuadro 13).

Presentamos a continuación algunas declaraciones que, de cierta manera, sintetizan las opiniones de las mujeres con relación al parto: "Buen parto es aquél en que la persona fue tratada de manera correcta y la criatura nace saludable" (niña de 14 años, zona rural). "Buen parto es cuando tiene un parto normal porque la persona (parturienta) queda con problemas"

/(mujer

(mujer de 38 años, zona rural). "No habiendo necesidad de operación, ya es un buen parto" (una mujer de 40 años, zona rural). "Para tener un buen parto, la persona debe rogar a Dios, quedarse quieta, orar y tener una partera con mucha devoción" (mujer de 68 años, zona rural). "Ningún parto es bueno. La gente pasa por el parto porque tiene que pasar por él" (28 años, zona urbana).

No es preciso hacer hincapié sobre la atención que cualquier programa debe prestar a la mujer embarazada. Aunque el número sea pequeño para apoyar afirmaciones categóricas, es suficiente para sugerir que la preocupación por hablar del bebé surgió sobre todo entre las mujeres jóvenes. Podemos suponer que sean ellas las que menos probablemente habían pasado por la experiencia del parto, y por eso, hacen consideraciones de tipo general.

En cuanto a "que hacer para tener un buen parto", podemos notar que en conjunto las mujeres entrevistadas piensan de manera bastante amplia; el buen o mal suceso depende de las condiciones generales de salud de la mujer (2.5%), de las condiciones en el momento del parto: calma, relajación, participación (5%); de la atención médica (9%); de la atención unida a las condiciones de vida de la embarazada (14%).

Más del 40% de las mujeres cita las condiciones de vida de la mujer encinta y el 30% de ellas, de modo exclusivo. Las condiciones de vida de la mujer encinta son consideradas de dos maneras: la mayoría de estas mujeres hablan de la vida activa: ejercicio, movimientos, caminar bastante, trabajo normal, buena alimentación, etc. (34%); pero hay un porcentaje menor que piensa de modo diferente: evitar el trabajo, el ejercicio excesivo, ciertos alimentos (verdura, pimienta, por ejemplo), hacer reposo (8%). Hubo personas que mencionaron la bebida y los cigarrillos como nocivos en el período de gestación (cuadro 14).

### c) Puerperio

Para componer este cuadro examinamos cuatro preguntas: ¿Debe hacer dieta la mujer? ¿En qué consiste ella? ¿Cuál es su duración? ¿Qué ocurre si la dieta es interrumpida?

Entramos de nuevo en el mundo de las concepciones, que nos remiten a las representaciones populares relativas y en último análisis, a la propia vida. Tropezamos con la misma dificultad presentada antes, cuando tuvimos que analizar la esfera de las concepciones: las respuestas son ricas y las combinaciones, innumerables. Por consiguiente, hicimos un cuadro de "restricciones", "recomendaciones" aisladamente. La combinación será mostrada en las respuestas específicas.

Algunas consideraciones iniciales:

- 1) El porcentaje de respuestas negativas ("no se" "no se debe hacer" y "sin respuesta" es muy superior en la zona urbana (30% en la zona urbana y 10.87% en la zona rural). En aquélla, más del 40% de las respuestas negativas fueron dadas por jóvenes de 12 a 19 años, correspondiendo cerca del 30% al intervalo de 12 a 14 años. En la zona rural, las respuestas negativas aparecen de manera apreciablemente equilibrada, desde el intervalo de 15 a 19 años hasta el de 30 a 39 años.
- 2) Separando las respuestas por las recomendaciones y restricciones específicas, encontramos en la zona urbana 37 respuestas para 30 cuestionarios examinados, lo que da como promedio una recomendación por

mujer entrevistada. Por el contrario, en la zona rural, la riqueza es mayor pues tenemos 115 respuestas para 46 cuestionarios examinados, lo que da un promedio de 2.6 recomendaciones por mujer entrevistada. Trabajamos con 13 categorías de respuestas para la zona rural y 9 para la zona urbana. La única restricción a una conclusión definitiva de que el saber popular es más rico en la zona rural se debe al hecho de que no hayamos trabajado con la totalidad de las respuestas de la zona urbana, pero la indicación porcentual parece valiosa en este sentido.

Pasando a las respuestas propiamente dichas, podemos ver que el mayor porcentaje de respuestas, aisladamente, recae sobre el rubro "restricciones alimentarias". Es decir, el 25% de las mujeres piensa que la dieta debe incluir algún tipo de prohibición alimentaria. Las más frecuentes son la restricción para comer repollo, cebolla, carne de cerdo, huevos, pimienta, pescado, los cuales son definidos como "alimentos corruptos". Hay también una categoría de las comidas pesadas o grasosas. Sin embargo, las "comidas pesadas" y los "alimentos corruptos" no fueron categorías mutuamente excluyentes. Así, el repollo y la carne de cerdo se incluyen también en la categoría de las "comidas pesadas". Hay también la restricción de frutas, especialmente cítricas (limón, naranja), pero también las uvas y los bananos enanos. Entre los alimentos prohibidos entran, con alguna frecuencia (especialmente en la zona rural), las bebidas heladas. La recomendación de una alimentación abundante o especial (pollo, patatas) agrupa un porcentaje menor (menos del 8%) y sólo aparece en la zona rural.

La segunda categoría más representada es la de "restricciones de peso", "hacer trabajos pesados" (como lavar ropa). Otra categoría bien representada es la que habla de los peligros del tiempo, o mejor dicho, de la relación inadecuada con las condiciones ambientales. Cabe recordar que ésta era una categoría importante en lo relativo a las causas de las enfermedades. Tomar "frío" entra como una restricción importante. Otro grupo importante de restricciones se relaciona con el agua: no bañarse, no tomar baños calientes, no mojarse (mojarse en la lluvia en la categoría "contacto con el tiempo"), pero especialmente no lavarse la cabeza.

El plazo de duración de los cuidados después del parto varía de 15 días a tres meses, pero la mayoría concuerda en que la "dieta" debe durar 40 días.

A continuación enunciamos algunas de las declaraciones más significativas: "durante 40 días la mujer no debe hacer mucho esfuerzo, no puede pasar nerviosa, no puede tomar helados, comer huevos, pescado ni pernil" (19 años, zona urbana).

"cuando yo hacía dieta, no comía mangos, huevos, pescado ni banano enano" (48 años, zona urbana).

"La mujer no debe tomar frío, comer huevos ni cosas pesadas durante 40 días" (30 años, zona urbana).

"La mujer debe evitar las comidas fuertes y frutas como la naranja y la piña, no puede bañarse, principalmente en agua caliente, tomar frío ni escuchar mucho ruido" (36 años, zona rural).

/"No debe

"No debe exponerse al frío ni tomar helados" (14 años, zona urbana).

"La mujer debe hacer reposo, el cual, según los puntos, debe durar unos 20 días; hacer solamente trabajos livianos durante 30 días; comer cosas livianas, no comer pescado, frutas ácidas ni carne de cerdo; no debe lavarse la cabeza durante 40 días" (28 años, zona rural).

"No comer pescado, cebolla, huevo ni repollo, no lavarse la cabeza, tomar baño rápido, no tomar viento, no recibir el reflejo del sol en la vista, no debe andar mucho ni tomar bebidas heladas" (40 años, zona rural).

"La mujer no debe mantener relaciones sexuales, comer alimentos sazonados con pimienta, cargar peso ni andar nerviosa" (24 años, zona rural).

"La mujer no debe tomar frío, mojarse, comer alimentos recalentados, nada de sales, vinagre, pimienta ni cebolla. Sólo comida fresca. No debe comer arroz ni cebolla porque produce picazón en los genitales" (38 años, zona rural).

Examinando los motivos de la debida mantención de la dieta, es decir, las consecuencias que tendría interrumpirla, vemos que los problemas mencionados con más frecuencia son los siguientes: dolor de cabeza, locura (queda débil de ideas) y, en general, queda enfermo, tiene recaídas fuertes. Las razones de los problemas son más difíciles de encontrar; gran parte declara no saber por qué se presentarían los problemas si interrumpiesen la dieta; otras declaran que lo aprendieron así (que es una variante de la respuesta anterior); otras todavía dicen que los problemas ocurren porque los alimentos o situaciones específicas "atacan la sangre" o porque la mujer está débil. No aparecen las razones más elaboradas o el establecimiento de relaciones de causa y efecto, como las que acostumbra establecer el científico. La relación establecida no es en términos de causas finales o últimas, sino de causas inmediatas: "hago dieta porque de lo contrario me enfermo". Lo que está contenido enteramente en las consecuencias.

Analizando de manera más minuciosa, vemos que el 40% de las mujeres de la zona urbana no exponen razones para la dieta y sólo el 16% de las mujeres de la zona rural están en la misma situación. Tales respuestas negativas no aparecen en los intervalos de 40 años para arriba, a no ser de modo insignificante.

Exponemos ahora algunas respuestas significativas:

"Si la mujer interrumpe la dieta, la sangre sube a la cabeza y ella queda loca" (32 años, zona urbana).

"Si la mujer interrumpe la dieta, puede darle una recaída y a veces puede hasta morir; una recaída de la dieta no se cura más, puede ser un dolor de cabeza que dura toda la vida" (40 años, zona rural).

"Cuando tuve mi segundo hijo, lavé ropa y tuve mucha pérdida de sangre. Después de eso, no hice más esfuerzo. En el momento puede no ocurrir nada, pero después de los 40 años viene la debilidad y se pierde la visión (31 años, zona rural).

Tomé un baño frío antes de los 15 días, comí piña y limón, casi me morí" (26 años, zona rural).

/Finalmente,



Finalmente, tres declaraciones sumamente importantes desde el punto de vista de las concepciones de la zona rural:

"La mujer que interrumpe la dieta puede quedar enferma, puede sufrir una recaída, porque la enfermedad se queda un tiempo en el cuerpo para después salir. Si no se hace dieta, no sale del cuerpo" (14 años).

"Si se interrumpe la dieta, la "madre del cuerpo" (el útero) no vuelve a su lugar. Sigue buscando la criatura" (24 años).

"La interrupción de la dieta provoca enfermedad al pulmón, reumatismo, la persona pasa a sufrir de los nervios y, a partir de cierta edad, queda sin resistencia y se muere prematuramente, porque su cuerpo está diferente, está deteriorado" (35 años).

Vemos aquí algunos ejemplos (de los pocos) de explicación del problema: "Queda enfermo porque el cuerpo está diferente o porque la madre del cuerpo está buscando la criatura".

## 7. Conclusión general

Como se puede apreciar, el proceso de divulgación de la medicina alcanzó de modo decisivo a la población; el recurso a la atención médica y el uso de remedios "de farmacia" son evidentemente amplios. Inclusive, se reclama una atención más extensa y diversificada.

Por otra parte, la población sigue haciendo uso de recursos menos convencionales: desde la infusión de hierbas y otras prácticas de la medicina casera hasta las bendiciones y plegarias (sobre todo éstas en el campo de los "menos convencionales"). En el campo de los problemas relacionados con la maternidad, el mundo de las concepciones "extramédicas" es especialmente rico.

Creemos no exagerar al decir que el problema de la salud y su corolario, la enfermedad (que es en cierta medida el problema de la propia vida y de su corolario, la muerte), aparece pensando de modo coherente y constituye una preocupación constante, dado el "arsenal" de medicamentos y prácticas.

En otras palabras, el grado de conciencia relativa de la salud es alto; basta sólo considerar el elevado porcentaje de mujeres que atribuyen a la salud "o a su falta" las condiciones generales y específicas de la vida de las personas.

No es exagerado tampoco decir que hay una gran conciencia del cuerpo, "propio o no"; no sólo un cuadro de las alteraciones posibles sino de los factores que pueden afectarlo. En cuanto a tales factores, la visión es amplia: son orgánicos, climáticos, mesológicos y sociales, como hasta del ambiente que podríamos llamar psicológico de las personas.

Hay, pues, conciencia del funcionamiento unitario del cuerpo y la mente y de su relación con el ambiente total. Desde este punto de vista, las prácticas consideradas al comienzo como eclécticas, pueden ser pensadas, al contrario, como orientadas por esa visión que llamamos unitaria del cuerpo y de su relación con el ambiente. Explicando mejor, no hay incompatibilidad, del punto de vista de la población, entre el recurso al médico y al hechicero alternativamente, pues no se están combinando prácticas orientadas por concepciones diversas, según su eficacia específica. Al contrario, como el punto de partida es cómo se entiende el cuerpo, la salud y la enfermedad, las acciones

/pueden ser

pueden ser tanto médicas como "mágicas", y hasta preferible que lo sean, pues las dos juntas dan cuenta, desde punto de vista de la población, de esta globalidad. Es claro que hay ciertos cuadros "mórbidos" que sólo existen desde el punto de vista de la población: es el caso del "mal de ojo", por ejemplo, y como tal la única cura posible sólo puede buscarse fuera de la medicina, en los recursos "mágicos". Sin embargo, hay otros que son tratados por la medicina: es el caso de los "vermes", "lombrices" o "sanguijuelas" para las cuales se busca la cura también en la esfera de lo mágico. O, también, los cuadros de dolor de cabeza.

Por lo tanto, no podríamos suponer que hay campos en los cuales sólo actúa la medicina científica y otros en los cuales sólo hay "medicina mágica". Se recurre a ambas; suponer que el recurso a la esfera mágica es fruto de la "ignorancia" y la "supervivencia" de prácticas en vías de desaparición, sería descartar la explicación. En verdad, la primera hipótesis sería inspirada mucho más por una visión distorsionada que tiende a percibir el saber ajeno como no saber y desprovisto de significado y coherencia. La segunda hipótesis parecería confirmada por la mayor riqueza relativa de concepciones del medio rural.

Por otra parte, hemos visto que el recurso a las bendiciones y plegarias es bastante generalizado; parece que si algunas concepciones "empobrecen" (como es el caso del campo relativo al embarazo y al parto), las prácticas alternativas está lejos de desaparecer. ¿A qué atribuir ese vigor? ¿A la dificultad para obtener atención médica? Pero si son las mismas personas que recurren a unos y a otros. Al parecer, pues, esa concepción unitaria del cuerpo y esa visión global de la salud permite la adopción de prácticas a primera vista incompatibles unas con otras. Es como si hubiese un acervo total de conocimientos al que las personas fuesen a buscar las prácticas que mejor respondiesen a sus necesidades definidas a propósito.

/Cuadro 1

Cuadro 1

CONCEPCIONES RELATIVAS A LA ENFERMEDAD

Concepciones	Zona urbana	Zona rural
Descripción de síntomas	16,44	15,21
Cuadros específicos	9,59	13,04
Alteraciones de actitudes y/o alteraciones del comportamiento	13,70	19,57
Definiciones cualitativas	17,40	19,57
Definiciones circulares (abstractas)	10,96	6,52
Causas sobrenaturales o desconocidas o fatalistas	1,37	6,52
Causas ambientales (físicas o sociales)	2,74	4,35
Causas orgánicas	9,59	-
Otras causas y sin respuesta	18,21	15,22
TOTAL	100,00	100,00

/Cuadro 2

Cuadro 2

CAUSALIDAD DE LA ENFERMEDAD

Causalidad de la enfermedad	Niños	Adultos
Causas ambientales (mesológicas, climáticas)	20,0	19,2
Falta de cuidado en el contacto con el medio ambiente	13,0	6,4
Comida que hace mal (tomar bebidas heladas)	11,0	9,6
Por exigir demasiado al organismo	1,0	9,6
Falta de celo de la madre (niños)	5,0	8,5
Falta de cuidado propio (adultos)		
Falta de higiene	6,0	1,1
Carencias generales (falta de vitamina, por ejemplo)	12,0	11,7
Falta de fondos socioeconómicos	7,0	7,5
Contaminación, virus, contacto con las personas	1,0	-
Causas sobrenaturales, inexplicables o fatalistas	6,0	6,4
Causas orgánicas	4,0	6,4
Otras causas	2,0	3,2
Sin respuesta	12,0	10,6
TOTAL	100,0	100,0

/Cuadro 3

Cuadro 3

IDENTIFICACION DE LA ENFERMEDAD: CLASIFICACION POR TIPO DE SINTOMAS

Categoría de los "enfermos"	Niños		Adultos	
	Total	%	Total	%
Síntomas subjetivos	29	50,0	20	41,7
Síntomas objetivos	22	37,9	8	16,7
Queja explícita	2	3,5	19	39,6
No sabe (no nota)	5	8,6	1	2,1
TOTAL	58	100,0	48	100,0

/Cuadro 4

Cuadro 4

¿HAY ALGUIEN ENFERMO EN LA FAMILIA EN ESTE MOMENTO?

Situación de las entrevistadas	Sí	No	Total
Trabaja	20%	80%	100,0%
No trabaja	40%	60%	100,0%
TOTAL	34%	66%	100,0%

/Cuadro 5

Cuadro 5

LOCAL DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA

Local del tratamiento Afección	INAMPS	SANTA CASA	C.S. EDEN	MEDICO PARTICULAR	PALACIO DE LA SALUD	SAMHO	P.S. DE FRACTURAS	UNIMED	SANATORIO PITRAP	LEPRA	EN CASA
Lepra					██████████				██████████		
Herida		██████████	██████████								
Fractura							██████████				
Bronquitis			██████████								
Nervios	██████████			██████████							
"Aturdimiento e inconsciencia				██████████							
Ulcera			██████████								
Corazón y presión	██████████					██████████					
Parálisis Infantil	██████████										
Gripe			██████████								██████████
Otras afecciones y sin información					██████████		██████████				██████████

Cuadro 6

¿HUBO ALGUIEN ENFERMO EN LA FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO?

Situación de las entrevistadas	Si	No	Total
Trabaja	46,7	53,3	100,0
No trabaja	58,1	41,9	100,0
TOTAL	54,7	45,3	100,0

/Cuadro 7



Cuadro 7

LOCAL DE ATENCION DE LA ENFERMEDAD EN EL ULTIMO AÑO

AFECCION	LOCAL DE TRATAMIENTO										
	C.S. EDEN	INAMPS	SANTA CASA	SAMHO	PALACIO DE LA SALUD	SANATORIO DE LEPROSOS	HOSPITAL EN SAO PAULO	HOSPITAL STA. LUCINDA (Sorocaba)	HOSPITAL STA. EDUVIGIS (Sorocaba)	HOSPITAL EVANGELICO (Sorocaba)	EN CASA
Accidente, fractura		██									
Bronquitis	██	██									
Cólico intestinal											██
Disentería	██		██								
Problema intestinal	██		██								██
Gripe	██										██
Neumonía y bronconeumonía		██	██								
Reumatismo "Columna"		██	██								
Corazón/presión				██							
Derrame		██									
Garganta/oído			██								
Parálisis infantil			██								
"Nervios"		██									
Disrritmia cerebral			██								
Lepra					██	██					
Hemorragia (uterina)							██				
Histerectomía							██				
Nefritis							██				
Úlcera duodenal								██			
"Tumor en la mano"										██	
Cirugía										██	

Cuadro 8

ENFERMEDADES MAS COMUNES EN LAS FAMILIAS DE LAS ENTREVISTADAS

(Desde el punto de vista de las entrevistadas)

Enfermedades más comunes	Niños		Adultos	
	Total	%	Total	%
Gripe - resfriado - garganta	66	54,5%	46	47,4
Bronquitis - Tos	7	5,8	5	5,2
Vermes - lombrices - sanguijuelas	4	3,3	-	-
Diarrea - dolor de barriga	9	7,4	-	-
Enfermedades infantiles (sarampión, etc.)	3	2,5	-	-
Dolores reumáticos	1	0,8	6	6,2
Dolores (de cabeza, oído, muelas)	11	9,1	10	10,3
Nervios - mareos - debilidad	3	2,5	4	4,1
Corazón - presión	-	-	3	3,1
Fiebre	4	3,3	2	2,1
Lepra	-	-	3	3,1
Várices (hemorroides)	1	0,8	1	1,0
Otras	2	1,7	6	6,2
Sífilis	-	-	1	1,0
No están enfermos	-	-	2	2,1
Sin respuesta	6	5,0	2	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>96,7</b>	<b>91</b>	<b>93,9</b>

Cuadro 9

¿COMO SABE QUE (LA MUJER) ESTA EMBARAZADA?

Zona urbana

Intervalo de Edad	Señales utilizadas							No sabe
	Falta de menstruación	Falta de menstruación más otros síntomas	Falta de menstruación más examen médico	Náuseas (vómitos)	Mareo - Desmayo - Sueño (debilidad)	Mareo - Nervios	Náuseas "Antojo" - dolor en las mamas	
12 - 14	-	-	-	20,0	-	-	-	50,0
15 - 19	22,2	28,6	33,3	-	-	-	-	25,0
20 - 29	11,1	28,6	-	40,0	-	-	-	25,0
30 - 39	55,6	-	-	20,0	-	una resp.	una resp.	-
40 - 49	-	14,3	33,3	-	-	-	-	-
50 - 59	-	14,3	33,3	20,0	-	-	-	-
60 y más	11,1	14,3	-	-	-	-	-	-
TOTAL	30,0	23,3	10,0	16,7	3,3	3,3	3,3	13,3

/Cuadro 10

Cuadro 10

¿COMO SABE QUE (LA MUJER) ESTA EMBARAZADA?

Zona rural

Intervalo de edad	Falta de menstruación	Falta de menstruación más otras señales	Falta de menstruación más examen médico	Náuseas - Mareo Sueño	Mareo - Nervios	Náuseas "Antojos"	Náuseas - Asco a los alimentos	No sabe
12 - 14	-	12,5	-	-	-	-	-	25,0
15 - 19	-	6,3	-	una resp.	-	-	-	75,0
20 - 29	52,9	25,0	-	una resp.	-	100,0	-	-
30 - 39	25,5	25,0	una resp.	-	-	-	100,0	-
40 - 49	-	6,3	-	-	-	-	-	-
50 - 59	5,9	18,8	-	-	-	-	-	-
60 y más	17,7	6,3	-	-	-	-	-	-
TOTAL	36,96	34,78	2,17	4,35	-	4,35	10,87	100,0

/Cuadro 11

## Cuadro 11

## LO QUE PERTURBA EL EMBARAZO

(Zona urbana)

Intervalos de edad	Lo que perturba el embarazo	Condiciones de salud	Condiciones (1) de trabajo	Susto Estado nervioso Caída	(2) deseo no realizado	Tomar remedios para provocar el aborto	Falta de higiene, Reposo, alimentación	Exámenes y pérdidas graves	Otras	Nada hace mal	No sabe
12 - 14	-	22,22	-	-	-	-	20,0	-	50,0	-	66,66
15 - 19	-	11,11	30,0	-	-	-	20,0	-	-	-	33,33
20 - 29	-	22,22	10,0	-	-	-	20,0	25,0	50,0	100,0	-
30 - 39	74,14	33,33	30,0	-	-	33,33	-	50,0	-	-	-
40 - 49	14,29	11,11	10,0	50,0	-	-	20,0	-	-	-	-
50 - 59	14,29	-	10,0	50,0	33,33	-	-	-	-	-	-
60 y más	-	-	10,0	-	33,33	20,0	25,0	-	-	-	-
TOTAL	14,29	18,37	20,41	4,8	6,12	10,20	8,16	8,16	4,08	6,12	

1/ Cargar peso, agacharse, trabajos pesados.

2/ Deseo de comer alguna cosa, no comer ("pasarse el deseo").

Cuadro 12

## LO QUE PERTURBA EL EMBARAZO

(Zona rural)

Intervalos de edad	Lo que perturba el embarazo												
	Condiciones de Salud	Condiciones de trabajo	Susto - Estados nerviosos - Caída	Pasar deseos	Tomar abortivos	Necesidades - Falta de alimentos	Remedios	Cigarrillos - Bebidas	Excesos	Ambiente	Nada	No sabe - Sin respuesta	
12 - 14	-	7,14	4,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	7,14	9,10	-	-	-	-	25,0	-	-	-	37,5	140
20 - 29	62,5	7,14	22,73	25,0	40,0	100,0	-	25,0	50,0	25,0	-	12,5	
30 - 39	37,5	35,71	36,36	-	40,0	-	37,5	25,0	50,0	75,0	-	7,5	
40 - 49	-	14,29	9,1	-	-	-	-	25,0	-	-	-	-	
50 - 59	-	21,43	9,1	25,0	20,0	-	62,5	-	-	-	-	12,5	
60 y más	-	7,14	9,1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	9,64	16,87	25,30	4,82	6,02	2,41	9,64	4,82	4,82	4,82	1,20	9,64	

Cuadro 13  
¿QUE ES UN BUEN PARTO?  
Zona urbana/zona rural

¿Qué es un buen parto?	Parto normal sin forceps, sin operación cesárea		Parto normal sin complicaciones, sin dolor, rápido		Parto con médico en el hospital		Normal, sin médico, sólo con enfermera		Parto con operación cesárea		Nacer bien, saludable sin defectos		Otros		Nunca vi No existe		Sin respuesta	
	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.	Z.U.	Z.R.
Intervalo de edad																		
12 - 14	16.67	8.70	-	-	-	-	-	-	-	-	20.0	22.2	-	-	-	-	40.0	-
15 - 19	-	-	14.29	12.5	-	-	-	-	-	-	-	11.11	-	1 resp.	-	-	40.0	50.0
20 - 29	25.0	34.78	14.29	25.0	-	1 resp.	-	1 resp.	-	-	-	-	-	-	1 resp.	1 resp.	20.0	12.5
30 - 39	33.33	30.43	42.85	50.0	-	-	-	-	1 resp.	20.0	22.22	-	-	-	-	-	-	37.5
40 - 49	-	8.70	14.29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 - 59	16.67	13.04	14.29	12.5	-	-	-	-	-	40.0	22.22	-	-	-	-	-	-	-
60 y más	5.33	4.35	-	1 resp.	1 resp.	-	-	-	-	20.0	22.22	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL PARCIAL	38.71	42.59	22.58	14.83	3.22	1.85	-	1.85	-	1.85	16.13	16.67	-	3.70	3.22	1.85	16.13	14.81
TOTAL GENERAL	41.18		17.65		2.35		1.18		1.18	16.47		1.18		3.53		15.29		

Cuadro 14

## ¿QUE HACER PARA TENER UN BUEN PARTO?

Area	¿Qué hacer?	Zona urbana	Zona rural	TOTAL
	Vida activa (trabajos, ejercicios, movimientos, caminatas)	23,33	14,89	18,18
	Vida activa y buena alimentación (frutas, verduras)	-	2,13	1,30
	Atención médica adecuada	16,67	4,26	9,10
	Atención médica más alimentación, más vitaminas, más ejercicios y cuidados	6,67	19,15	14,29
	Alimentación	3,33	2,13	2,60
	Evitar ejercicios en exceso. Hacer reposo	-	12,77	7,79
	Tratamiento casero	-	2,13	1,30
	Salud, valor y confianza en Dios	6,67	2,13	3,90
	Momento del parto	3,33	6,38	5,19
	Depende de la naturaleza de la mujer. Depende de la salud	6,67	-	2,60
	No sabe	33,33	34,04	33,77
				142



## VIII. LA SALUD DE LA MUJER

### 1. La atención de la salud de la mujer

Partiendo del principio de que los centros de salud sólo atienden a las mujeres durante el embarazo y de que las postas que prestan servicios por convenio o que pertenecen al sistema de previsión social sólo lo hacen cuando la mujer presenta alguna patología, puede afirmarse que la mujer carece de atención en el período escolar, durante su adolescencia y en el período pre-concepcional, por lo cual llega al embarazo sin garantías de éxito en el proceso reproductivo. La falta de atención en los períodos entre embarazos y después de la menopausia pone aún más de manifiesto el desamparo en que se encuentra. A través de la información reunida junto con la misma muestra de 194 mujeres de 12 años o más utilizada para profundizar el conocimiento de las cuestiones relacionadas con el trabajo femenino (Capítulo 5) se puede demostrar esta afirmación de manera más que concreta respecto de la población femenina de Edén.

### 2. La Menarquía

La primera menstruación es el fenómeno más expresivo de la pubertad y refleja la madurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios. No obstante, fuera de los patrones normales, la edad de la menarquía puede constituir una respuesta anormal del desarrollo físico y psíquico de la mujer. En el último decenio se observó que la edad de la primera menstruación ha venido disminuyendo debido a diversos factores, que aún se están estudiando.

En la población de Edén, se comprobó que una gran proporción de la población femenina (20.1%) tuvo una menarquía tardía, después de los 15 años (cuadro 1). Sin embargo, se observó que la primera menstruación tiende a adelantarse. De acuerdo con el cuadro 2 el porcentaje de las mujeres que menstrúan por primera vez después de los 16 años decrece gradualmente del grupo de edades de más de 40 años (38.8%) al grupo de edades de 15 a 21 años (7.5%).

En la época de la menarquía es cuando se produce la mayor diferenciación entre los sexos. La mujer pasa a tener una nueva estructura corporal y es aceptada como adulto por su comunidad, creándose nuevas expectativas sociales; las relaciones con su medio varían junto con el despertar de la sexualidad. Cuando el proceso se presenta precozmente queda por saber si esta maduración física y sexual se acompaña de una maduración psicológica.

### 3. Iniciación sexual y gravidez precoz

En el cuadro 3 se comprueba que 10.0% de las mujeres de 12 a 15 años y 33.3% de las mujeres de 16 a 21 años ya tenían vida sexual activa, lo que significa un inicio precoz en las actividades sexuales.

La proporción significativa de mujeres que iniciaron su vida sexual activa de manera precoz puede significar la búsqueda de una unión sexual estable como forma de garantía para la supervivencia social de la mujer.

/En cambio

En cambio, la gravidez en la adolescencia representa un doble problema desde el punto de vista social. Dentro de la sociedad moderna significa una gravidez desamparada para la cual no hay garantías puesto que en esta edad la mujer generalmente está desocupada o subempleada y en nuestro país carece de derechos previsionales. Desde el punto de vista fisiológico es una exposición a una condición de maduración definitiva de su crecimiento óseo y el desvío de energías destinadas al desarrollo, aún incompleto, hacia la gestación.

En lo que toca a Edén, 10.0% de la población femenina se encuentra expuesta al riesgo de un embarazo precoz (vida sexual activa entre los 12 y los 15 años) mientras que, históricamente, 5.2% tuvo embarazos durante la adolescencia (cuadro 4).

#### 4. Natalidad

Para 53.1% de las entrevistadas, el número ideal de hijos era como máximo 0.2, mientras que 75.8% declaró desear 03 hijos (cuadro 5). Sabiendo además que 49.5% de las mujeres no querían más hijos de los que ya tenían, puede concluirse que existe una necesidad probada de que el número de hijos sea bajo (cuadro 6). En este sentido, se observó que 45.6% de las mujeres que empleaban métodos anticonceptivos lo justificaban por la falta de dinero (cuadro 7).

Examinando los cuadros 8 y 9 sobre el número de embarazos y el número de hijos vivos, puede concluirse que existía un número significativo de mujeres que habían tenido 0.4 o más embarazos y tenían 0.4 o más hijos, contrariamente al número ideal que mencionaron.

#### 5. Uso de anticonceptivos

La tasa de mujeres con vida sexual activa era de 68.6% del total de mujeres en esta situación, mientras que sólo 36.10% evitaba tener hijos. El método anticonceptivo más utilizado era la píldora con 24.81% de las respuestas (cuadro 10).

La investigación reveló además que 77.8% de las entrevistadas conocían algún método anticonceptivo y que la píldora era el más conocido, con 73.2% de las respuestas. Sin embargo, ello no significa que supiesen utilizarla correctamente o que conociesen los problemas que puede acarrear (cuadro 11).

La alta incidencia de mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos hormonales entrañaría la realización de un control periódico (anual) de sus condiciones físicas, principalmente ginecológicas, pese a lo cual sólo 19.1% de toda la población femenina se había hecho un examen ginecológico hacía menos de 1 año. Además, estos exámenes se habían realizado debido a que en el momento de la consulta se presentó alguna patología y no porque se tratase de un control del uso de este método anticonceptivo (cuadro 12).

Sin embargo, para garantizar el proceso de reproducción habría que analizar si existe necesidad de limitar el número de hijos y darles a las mujeres conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, así como sobre los inconvenientes de su uso indiscriminado. Debe estudiarse en el seno de la comunidad la importancia de contar con un servicio de control ginecológico para las mujeres que evitan embarazos a través de métodos anticonceptivos, principalmente hormonales.

## 6. Atención prenatal

La verdadera atención del parto debe ir precedida de una evaluación gestacional durante las consultas prenatales las que de acuerdo con la OMS, deben ascender a once para ser considerada de buena calidad, en circunstancias que en los estratos más pobres el número de consultas disminuye a 05.

En el cuadro 13 se observa que 32.3% de las 133 mujeres que estuvieron embarazadas no acudieron a ninguna consulta prenatal y 4.5% realizaron a lo más 2 consultas, de lo que se deduce que un significativo 36.8% prácticamente no recibió atención médica antes del embarazo en contraposición a los patrones usuales menos severos de la evaluación cualitativa.

En un servicio prenatal ideal, todas las mujeres se habrían inscrito en el primer trimestre del embarazo. En nuestra muestra se observó que 51.1% acudieron a la primera consulta en el primer trimestre, y 16.5% de ellas fueron por obligación, aparte de 32.3% que solamente se inscribieron (cuadro 14).

Debido a la costumbre ya establecida de efectuar exámenes prenatales, un dato significativo para la evaluación cualitativa de la atención prenatal es la exigencia de exámenes de laboratorio. Mencionó dichos exámenes el 54.8% de las mujeres encuestadas y esta información comprende todos los exámenes que eventualmente se efectuaron durante el embarazo (cuadro 15).

A través de esta información (prestación de la atención prenatal, número de consultas, período de inscripción y exámenes de laboratorio realizados) puede concluirse que en su último embarazo aproximadamente la mitad de esta población de mujeres recibió una atención prenatal precaria o simplemente no tuvo atención.

Otro dato importante es que en el momento de realizarse la encuesta, 7.2% de las mujeres estaban embarazadas, frecuencia que es altamente significativa.

Dada esta situación la atención prenatal en Edén es un hecho prioritario que debe discutirse con la comunidad.

En lo que respecta a las pérdidas fetales durante el período de gestación, hecho que se vincula estrechamente con la atención prenatal, se logró obtener una tasa histórica del número de embarazos entre las mujeres en estudio y del número de las pérdidas fetales ocurridas.

Durante un período indeterminado, las 133 mujeres que estuvieron embarazadas: registraron 607 embarazos y 78 pérdidas fetales (cero al término del período de gravidez).

Por lo tanto, en la muestra, 12.85% de los embarazos terminaron en pérdidas fetales, las que pueden clasificarse de la siguiente manera según el período del embarazo en que se produjeron:

1. Muerte fetal precoz (★)	80.72%	a)
2. Muerte fetal indeterminada (★★)	28.00%	a)
3. Muerte fetal tardía (★★★)	19.76%	a)

★ De cero a 20 semanas de embarazo.

★★ De 20 a 28 semanas de embarazo.

★★★ De 28 semanas hasta el término del embarazo.

(a) Frecuencia por 1 000 embarazos.

/Por lo

Por lo tanto, una elevada frecuencia de embarazos terminaron en pérdidas fetales y la tendencia se acentúa más en las primeras 20 semanas de embarazo. Una forma de disminuir estas tasas sería mejorar la atención prenatal ofrecida en la población femenina.

En lo que respecta al aborto provocado, 2.6% de las mujeres entrevistadas mencionaron que se habían provocado abortos, lo que representa 18% de las contestaron que a lo menos un embarazo había terminado en pérdida del feto. Como de acuerdo con el código penal brasileño el aborto es un delito tanto para quien se somete a él como para quien lo provoca, lo más probable es que estos abortos se hayan realizado sin el mínimo de garantías en lo que toca a las condiciones psicológicas y físicas y a la vida de las mujeres en que fueron practicados. Por lo tanto, estimamos que el aborto y sus problemas es uno de los temas que necesariamente deberá discutirse con la comunidad de Edén.

A través del número de embarazos se logró además, establecer la tasa histórica de mortalidad infantil y de mortalidad preescolar, pero sin establecerse ni el momento ni el lugar del fallecimiento.

1. Mortalidad neonatal (*)	26.35%	a)
2. Mortalidad infantil tardía (**)	57.66%	a)
3. Mortalidad infantil (***)	84.01%	a)
4. Mortalidad preescolar (****)	62.67%	a)

\* De cero a 28 días de vida

\*\* De 21 días a 1 año de vida

\*\*\* De cero a 1 año de vida

\*\*\*\* Más de 1 año de vida

a) Frecuencia por 1000 embarazos.

Esta información revela que entre los niños de las mujeres entrevistadas y en un período histórico no determinado, se registró un alto índice de mortalidad en los primeros años de vida. Para establecer si se mantiene esta tendencia es preciso hacer nuevas indagaciones.

Puede concluirse que en Edén debe asignarse prioridad a la atención materno-infantil. Por este motivo hay que estudiar y aplicar a corto plazo un servicio de atención médica a la mujer en todos los grupos de edades, puesto que no se puede pensar en ella únicamente cuando se encuentra embarazada.

/Cuadro 1

Cuadro 1

EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION

Edad de la menarquía	Total	Porcentaje
Aún no ha menstruado	6	3,1
de 9 a 12 años	69	35,6
De 13 a 14 años	78	40,2
De 15 o más años	39	20,1
Sin respuesta	2	1,0
Total	194	100,0

/Cuadro 2

Cuadro 2

EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION, SEGUN EDAD DE LA ENTREVISTADA

Edad de la menarquía	Edad actual			
	De 12 a 21 años	De 22 a 30 años	De 31 a 40 años	40 años o más
Aún no ha menstruado	6 11,4	0 0,0	0 0,0	0 0,0
De 09 a 12 años	21 39,6	16 30,8	16 40,0	16 32,6
De 13 a 14 años	22 41,5	29 55,8	15 38,5	12 24,5
15 años o más	4 7,5	7 13,4	9 22,5	19 38,8
Sin respuesta	0 0,0	0 0,0	0 0,0	2 4,1
TOTAL	53 100,0	52 100,0	40 100,0	49 100,0

/Cuadro 3

Cuadro 3

VIDA SEXUAL POR EDAD DE LA ENTREVISTADA

Edad	De 12 a 15 años	De 16 a 21 años	De 22 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 55 años	Mayor de 55 años
Vida sexual						
Tiene vida sexual activa	2 10,0	11 33,3	44 84,6	37 92,5	22 84,6	17 73,9
No tiene vida sexual activa	17 85,0	21 63,6	7 13,5	3 7,5	2 7,7	4 17,7
Sin respuesta	1 5,0	1 3,0	1 1,9	0 0,0	2 7,7	2 8,7
TOTAL	20 100,0	33 100,0	52 100,0	40 100,0	26 100,0	23 100,0

/Cuadro 4

Cuadro 4

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

Edad	Total	Porcentaje
Nunca estuvo embarazada	56	28,9
Menos de 17 años	10	5,2
De 17 a 30 años	123	63,4
De 31 a 40 años	2	1,0
Sin respuesta	3	1,5
TOTAL	194	100,0

Cuadro 5

NUMERO DE HIJOS QUE DESEARIA TENER

Número de hijos	Total	Porcentaje	% acumulado
Ninguno	3	1,5	1,5
01	10	5,2	6,7
02	90	46,4	53,1
03	44	22,7	75,8
04	23	11,8	87,6
05 o más	11	5,7	93,3
No lo ha pensado	13	6,7	100,0
TOTAL	194	100,0	100,00



Cuadro 6

DESEO DE TENER MAS HIJOS

Deseo de tener más hijos	Total	Porcentaje
No aplicable	64	33,0
Sí	28	14,5
No	96	49,5
No lo ha pensado	6	3,0
TOTAL	134	100,0

Cuadro 7

RAZONES POR LAS CUALES EVITA TENER HIJOS

Razón por la cual evita tener hijos	Total	Porcentaje
Falta de dinero	26	45,6
Otros motivos	31	54,4
TOTAL	57	100,0

/Cuadro 8

Quadro 8  
NUMERO DE EMBARAZOS

Número de embarazos	Porcentaje
No ha estado embarazada	29,4
De 0 a 3	34,5
4 o más	34,5
Sin respuesta	1,5
TOTAL	100,0

Quadro 9  
NUMERO DE HIJOS VIVOS

Número de hijos vivos	Porcentaje
No tiene hijos	32,5
De 0 a 3	41,2
4 o más	24,8
Sin respuesta	1,5
TOTAL	100,0

Cuadro 12

CONTROL POR EXAMEN GINECOLOGICO

Control por examen ginecológico	Total	Porcentaje
Nunca se ha sometido a control	96	49,5
Se hizo hace menos de 1 año	37	19,1
Se hizo hace 1 año o más	59	30,4
Sin respuesta	2	1,0
TOTAL	194	100,0

Cuadro 13

NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES REALIZADAS EN EL ULTIMO EMBARAZO

Número de consultas	Total	Porcentaje
No tuvo atención prenatal	43	32,3
1 a 2 consultas	6	4,5
3 a 5 consultas	21	15,8
6 a 7 consultas	23	17,2
8 a 11 consultas	26	19,5
12 o más consultas	14	10,6
TOTAL	133	100,0

Cuadro 10

USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Uso de anticonceptivos	Total	Porcentaje
Ño evita tener hijos	85	63,9
Toma píldoras	33	24,8
Otros medios	15	11,3
TOTAL	133	100,0

Cuadro 11

CONOCIMIENTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Conocimiento de los anticonceptivos	Total	Porcentaje
Tiene conocimiento	90	77,8
No tiene conocimiento	37	19,1
Sin respuesta	6	3,1
TOTAL	133	100,0

/Cuadro 14

Cuadro 14

PERIODO DEL EMBARAZO EN QUE INICIARON LAS CONSULTAS

Período del embarazo	Total	Porcentaje
No tuvo atención	43	32,3
1º trimestre	68	51,1
2º trimestre	19	14,2
3º trimestre	3	2,2
TOTAL	133	100,0

Cuadro 15

REALIZACION DE EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE EL EMBARAZO

Exámenes de laboratorio	Total	Porcentaje
No tuvo atención prenatal	43	32,3
No se hizo exámenes	17	12,7
Se hizo exámenes de laboratorio	73	54,8
TOTAL	133	100,0

/EXPECTATIVAS Y

### EXPECTATIVAS Y EVALUACION FINAL

Como se sabe, la expansión del capitalismo fue gradualmente dando muerte a la dimensión humanística en el ejercicio de la medicina y de la enfermería, dimensión que piensa recuperarse incluyendo estudios humanísticos en los cursos ordinarios. Sin embargo, la práctica de la antropología cultural en el campo de la salud revela que esto solo no basta y que avanzar paralelamente al lado de las disciplinas técnicas es muy poco y conduce prácticamente a formar la misma clase de técnico que se formaría sin su ayuda. Por lo tanto, la disciplina de la antropología cultural se propone hacer que su participación en la formación de médicos y enfermeras no se limite a uno o dos semestres de los estudios ordinarios, sino que se transforme en un elemento de esta formación, que pase a formar parte de ella.

Por lo tanto, en lo que toca a la universidad, se espera que en participación en un proyecto indisciplinario con la medicina preventiva que haga intervenir directamente a los alumnos en una comunidad que permita ganar terreno en la lucha por la efectiva integración de la disciplina en la formación de los alumnos; en lo que atañe a la comunidad, asegurar que las acciones de salud que en ella se lleven a cabo partan de un conocimiento efectivo de dicha comunidad que tenga en cuenta ante todo sus concepciones y prácticas en relación con el binomio salud/enfermedad y a su percepción de los procesos en que está participando.

Por otra parte, para la medicina preventiva, la cuestión más importante planteada por el trabajo de investigación realizado en el distrito de Edén, en Sorocaba, era la participación de los estudiantes de medicina y enfermería en el problema de que, al cabo de treinta años de existencia, sus facultades no realizaban una labor docente asistencial.

De existir, dicha labor docente asistencial ya habría propiciado un replanteamiento total de los programas de estudio de medicina y enfermería, teniendo presente la necesidad de formar profesionales generales para la atención primaria de la salud.

Por lo general, los programas de las escuelas de medicina brasileñas, entre los que se incluyen los de las facultades de medicina y enfermería de Sorocaba, favorecen la formación asistencial hospitalaria del alumno, con lo cual éste casi no tiene contacto con la asistencia primaria de la salud ni con los problemas básicos de salud de la población.

El hecho de que esta discusión tuviese lugar entre los alumnos y también entre los profesores universitarios favoreció una alianza concreta entre los profesores de disciplinas tales como la antropología cultural y la medicina preventiva. Cabe señalar el papel crítico del análisis desarrollado por estas disciplinas en sus programas oficiales de estudio que llevan la discusión fuera de la sala de clases y van abarcando gradualmente a los grupos más interesados en poner a la universidad al servicio de la comunidad.

El hecho de que los alumnos participasen en la investigación-acción del distrito de Edén se convirtió en la razón de ser de la propia investigación, y por el momento se estudia la posibilidad de llevar a cabo un trabajo similar en la zona urbana más próxima a la facultad, conocida como Villa Barcelona,

/donde a

donde a través de la acción conjunta de profesores y alumnos se seguirían aplicando los mismos principios de participación e investigación.

Esta participación interesa a los alumnos proque su órgano representativo, el Centro Académico Vital Brasil, posee un Departamento de estudios médicos sociales y siempre luchó por aumentar el grado de responsabilidad de la enseñanza por la comunidad en que está situado.

Por otra parte, la ampliación de la atención primaria de la salud a la población urbana de Sorocaba se aproxima aún más a la labor docente asistencial propuesta por la investigación, porque varios de los profesionales de la salud vinculados a ella son elementos que también están relacionados con el sistema local de prestación de servicios de salud pública. Estos profesionales cuentan con el efecto alentador de esta labor para dar nueva orientación al sistema de salud inadecuado actualmente vigente.

Esta acción organizativa de los alumnos y de las disciplinas señaladas fortalece la propuesta de replanteamiento de los programas de estudio y demuestra, a través de sus resultados, que la necesidad fundamental en lo que toca a la atención de la salud de la población es la aplicación de un sistema que asigne prioridad a la atención primaria, que en la actualidad es precaria.

En lo que respecta a la comunidad del distrito de Edén, se destaca la necesidad de un programa de atención a la mujer que la considere como un todo, ampliando las acciones de salud a todo el período de su vida y no solamente a la mujer embarazada y enfrentándolo dentro de la realidad social en que vive, considerándola como trabajadora. Como reveló la investigación el hecho de que las concepciones de salud y enfermedad que tiene la comunidad no se aparte por completo de las concepciones de base científica, ciertamente facilitará el diálogo. Como se vio, aunque junto a prácticas características de una concepción "científica" se den prácticas sobrenaturales o basadas en un conjunto de conocimientos "rústicos" la comunidad asocia en gran parte las decisiones sobre las enfermedades con factores ambientales o sociales. Por lo tanto, la relación entre ambas clases de prácticas, lejos de llevarnos a descartar las prácticas rústicas en favor de las científicas, permitirá a partir de ellas, valorizando a quienes las representen, realizar una labor común de salud.

Finalmente, deseáramos afirmar que los profesores y alumnos que participan en el proyecto deberán enfrentar la continuación de la labor desarrollada en Edén y su ampliación gradual a otras regiones de Sorocaba, como condición para la existencia del pensamiento crítico que habrá de proporcionar replanteamientos de la red de salud y del papel de los centros de enseñanza conjuntamente con la población a quien interesa directamente este cambio.