La salud materno-infantil, una visión de género

Genoveva Amador Fierros

El concepto de género cada vez va adquiriendo mayor claridad gracias a los debates sostenidos entre representantes de diversas corrientes ideológicas, en un legítimo esfuerzo por trascender las posiciones biologistas y rescatar como dimensiones clave a lo social, cultural, económico y político para analizar las diferencias entre hombres y mujeres y explicar cómo esas diferencias se expresan en la mayoría de los casos en condiciones desfavorables para la mujer, respecto de su rol y desarrollo en la familia y en la sociedad.

La tendencia en esas explicaciones a profundizar en las relaciones de "poder" o "dominación" del hombre hacia la mujer, vía el sistema cultural predominante,[1] posibilita que el enfoque de género aporte elementos que abren nuevos espacios para el replanteamiento de viejos problemas en diferentes áreas.

Particularmente en el área de la salud se están replanteando actualmente problemáticas cuyo contenido orienta a impugnar un paradigma de atención basado en la medicina curativa, sostenido por ideas biologistas, para dar paso a un nuevo modelo que considera las dimensiones sociales de la salud y la necesidad del trabajo intersectorial con la participación de la comunidad.

Aunque este nuevo modelo no ha logrado sustituir las viejas concepciones y prácticas en la atención de la salud, el enfoque de género dota de mayor complejidad a su problemática interna en la medida en que introduce nuevos cuestionamientos con respecto a la visión que hace homogéneos a hombres y mujeres como sujetos en igualdad de circunstancias, cuando el sistema sociocultural en el que están inmersos les marca pautas diferenciales de desarrollo y participación social que colocan en la realidad a las mujeres en desventaja, para poder disfrutar y legar a sus hijos una vida saludable.

La salud reproductiva, particularmente, ofrece un enorme potencial para incursionar en el estudio de género y sobre lo cual pretendo esbozar algunas líneas generales.

Algunos autores como Rendón, *et. al.*, y Royston, *et. al.*,[2,3] han encontrado relaciones causales entre la discriminación sexual y la mortalidad materna en América Latina. Otros análisis indican que la mortalidad materna en América presenta dos características comunes: aproximadamente entre el 90 y el 95% de las muertes maternas son evitables con los conocimientos y técnicas con las que se dispone actualmente, y que las mujeres más afectadas pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, como las que viven en zonas alejadas de centros hospitalarios.[4]

Lo que interesa destacar aquí es que precisamente el factor de discriminación sexual indicado por Royston como vinculado a la mortalidad materna, "[...] ha recibido escasa atención y se ha ocultado dentro del problema general de la pobreza y el subdesarrollo".[5]

Ello es entendible ya que desde el punto de vista médico, una defunción materna es conceptuada como "aquella que se produce como resultado de complicaciones obstétricas directas o indirectas",[6] y aunque desde el punto de vista epidemiológico se rescatan las condiciones socioeconómicas, siempre se mira a hombres y mujeres en igualdad de circunstancias o al menos con similares ventajas y desventajas con relación a la salud. Además, si en los países en desarrollo son incipientes las investigaciones formales sobre mortalidad materna en los términos que se han descrito,[7] mucho más aún aquellas en las que se busquen sus relaciones directas con la condición de género de la mujer. A ello habría que agregar que la cultura predominantemente machista en estos países actúa como limitante para que los grupos de la sociedad civil influyan en la clase gobernante para que se formulen y apliquen políticas de franco apoyo a la mujer. Políticas que trasciendan el discurso para expresarse en la mejora de las condiciones sociales, de la educación, cobertura, empleo y calidad de los servicios de salud. Todos ellos factores que desfavorecen la salud de la mujer en América Latina y que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), contribuyen a la mortalidad materna.[8]

En apoyo a lo anterior, cito ejemplos como el hecho de que un elevado número de mujeres estudiadas en una zona rural de Oaxaca, México, sentían una enorme presión social por tener muchos hijos bajo el argumento de la relativa falta de hombres en la comunidad.[9] Este comportamiento es el reflejo de patrones culturales que chocan con las elementales ideas y objetivos de los programas oficiales de salud reproductiva y planificación familiar, cuyas estrategias de promoción encuentran sus límites precisamente en la condición social de la mujer.

El nivel educativo de las mujeres es otro factor que se suma a los efectos combinados de la condición social no sólo como un riesgo para la salud, sino para las probabilidades de sobrevivencia. Según Abou Zahr, *et. al.*,[10] existe una relación inversa entre el grado de educación de las madres y los niveles de mortalidad materna.

Por otra parte, el que una cuarta parte de la fuerza laboral remunerada en América Latina se componga de mujeres,[11] habla de la creciente necesidad de incorporación del factor trabajo en los análisis sobre la salud de la mujer, no porque el trabajo en sí mismo sea un riesgo, sino por las condiciones relativas al tipo de trabajo, tanto como por la inversión de mayor esfuerzo al sumarlo a las faenas domésticas y a la presión psicológica de la responsabilidad en la administración del hogar y cuidado de los hijos, lo que sí repercute en el estado de salud.[12]

A las situaciones anteriores se agregan las limitaciones y problemáticas características de los sistemas de salud con relación a la cobertura de atención. La OPS calcula que más de 130 millones de personas en América Latina y El Caribe no tienen acceso a los servicios de salud tanto rurales como urbanos[13] y aunque esto afecta a hombres y mujeres, existen evidencias de riesgos específicos para las mujeres, emanados directamente de la calidad de la atención. Los resultados de un estudio realizado en la Ciudad de México arrojaron cifras significativas (con relación a la muestra estudiada) de muertes maternas que pudieron prevenirse de no haber sido por errores del hospital o de los profesionales.[14]

Todos estos ejemplos, resultado de investigaciones realizadas en varios países de América Latina, nos permiten hacer algunas reflexiones en torno al entramado de relaciones entre diversos factores que se revierten en menoscabo de la salud de la mujer.

La presión social de tener muchos hijos —característica más frecuente en zonas rurales—, aunada a factores fijos de identidad sexual con los consiguientes

roles de la madre, ama de casa, proveedora de cuidados, así como la tendencia a una mayor incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, conducen al ciclo de la mala salud. Por una parte, los procesos de desgaste del organismo cuando no existe un intervalo de al menos dos años entre un hijo y otro, entraña ya un riesgo para la salud de la madre y del niño. La fatiga física y la tensión emocional resultante de la doble jornada laboral coloca a la mujer en una situación de mayor susceptibilidad a enfermarse, ello sin tomar en cuenta las condiciones de desnutrición y miseria que aquejan a la mayoría de las mujeres que viven en zonas marginadas, así como los riesgos que enfrenta la mujer que por su bajo nivel educativo no busca servicios profesionales para la atención del embarazo o el parto y, en el peor de los casos, que no tenga acceso a ellos o que su vida dependa de la existencia o no de errores o descuidos de los profesionales de la salud.[15]

Éstas son situaciones específicas que convergen para convertirse en riesgo exclusivo de las mujeres. Pues no son sólo factores biológicos, sino sociales, culturales, económicos y políticos los que subyacen y generan la problemática, creando un círculo vicioso. Se trata pues de que una mujer saludable, con un adecuado nivel de educación, tiene mayores probabilidades de concebir un hijo sano, en tanto que una mujer desnutrida, con una mala salud reproductiva y bajo nivel de estudios, seguramente tendrá hijos igualmente desnutridos que recibirán por herencia el mismo ambiente precario que vive la madre. Y si el producto es una niña puede repetir la historia durante su infancia, adolescencia y edad reproductiva.

De esta manera se van reproduciendo carencias como patrones sociales en perjuicio de las mujeres, y son probablemente las que viven en zonas rurales marginadas las que sufren de un mayor impacto en su salud, según los datos que se muestran a continuación.

En una encuesta sobre Demografía y Salud[16] realizada por la OPS en 1993 en ocho países de América Latina y El Caribe —entre ellos México— se encontró que la educación y la zona de residencia son factores diferenciales importantes para la salud reproductiva de las mujeres, y para la sobrevivencia de los hijos de esas mujeres. Entre los datos de la encuesta me interesa destacar que las mujeres de las zonas urbanas tienden a procrear menor número de hijos que las mujeres cuya residencia está en zonas rurales, con una diferencia que oscila en un rango promedio de 3 y 6.5



hijos respectivamente. Los rangos de menor a mayor fecundidad entre los países fueron de 2.8 a 4 para la zona urbana y de 4.9 a 6.9 para la zona rural. Así también el uso de anticonceptivos entre las mujeres por zona de residencia es mayor en el área urbana con una tasa promedio del 57% y de 36% en las mujeres del área rural, lo cual sugiere que éstas, además de que conciben más hijos, sus embarazos son continuos o con menos espaciamiento entre ellos.

Respecto a la atención profesional del parto es mayor en la zona urbana, con una tasa promedio del 80% contra una tasa promedio del 41% en las zonas rurales de los países estudiados.

En consecuencia los niveles y tendencias encontrados sobre la mortalidad infantil son de 60 y 84 defunciones por cada mil nacidos vivos para las zonas urbana y rural respectivamente, con rangos de mayor a menor entre 79 a 38 para las zonas urbanas y 112 a 41 en las zonas rurales de los países estudiados.[17]

Por otra parte, la encuesta reveló que a mayor escolaridad de las madres, menor es el número de hijos que tienen, con un promedio de 2.7 hijos de madres que asistieron a la escuela por más de 7 años y de 6.3 hijos de madres sin ninguna instrucción. Una situación similar se encontró en el uso de anticonceptivos con una tasa porcentual promedio de 55% en las madres que fueron a la escuela por más de 7 años, y de 27.5% en las que no tienen ninguna escolaridad. En los ocho países estudiados más del 80% de los nacimientos de madres con educación secundaria fueron atendidos profesionalmente, lo cual indica que a mayor nivel educativo existen mayores probabilidades de buscar atención profesional.



Existe pues una relación inversa entre las mujeres de las áreas urbanas y rurales en América Latina con un marcado contraste en detrimento de la salud reproductiva de estas últimas que se manifiesta por la tendencia a procrear muchos hijos (más de 4), y con menos probabilidades de regulación de su fecundidad o espaciamiento entre ellos, y en obtener atención profesional del parto y de sobrevivencia de esos hijos. Esta situación, además del papel decisivo que juega la educación de las mujeres independientemente de la zona de residencia para garantizar mejores patrones de salud reproductiva, son indicadores que hablan parcialmente de las esperanzas en la precaria salud reproductiva de millones de mujeres que en América Latina están reproduciendo los patrones del ciclo de la mala



salud y heredándolos a sus hijos.

Habría que incluir, para un análisis más completo, indicadores relacionados con el trabajo y la calidad de la atención que reciben las mujeres en edad reproductiva y sus efectos combinados con la identidad de género.

Queda claro que la problemática no mejorará con la puesta en marcha de programas exclusivos de los ministerios o secretarías de salud de los gobiernos, sino que requiere de una planeación de desarrollo estratégico que incluya a los sectores salud, educación, servicios públicos, así como el incremento del crecimiento económico y la producción de empleos. Es importante además que las políticas de salud reproductiva trasciendan el enfoque médico-sanitario para trabajar conjuntamente con otros sectores en la definición, operación y evaluación de estrategias orientadas a garantizar entre otros aspectos un mejor nivel educativo de mujeres y niñas.

En México, por ejemplo, el último censo de población y vivienda realizado por el Instituto de Estadística, Geografía e Informática en 1990[18] reveló que el analfabetismo es mayor en las mujeres que en los hombres con una diferencia de 6.6% en las tasas globales. Ello sin tomar en cuenta a mujeres de 40 años y más con lo que la diferencia se elevaría a más del 15%. Es indudable que esto influye para que el impacto de los programas de salud reproductiva no sea homogéneo. De ahí la importancia de compartir responsabilidades con el sector educativo.

La relación educación-salud es una necesidad ampliamente explicitada por los gobiernos de América Latina como prioritaria, sin embargo los sectores encargados de operar las políticas gubernamentales no han logrado potenciar en términos del impacto en la sociedad. Las responsabilidades en las acciones de educación para la salud han recaído tradicionalmente en los ministerios o secretarías de salud de los gobiernos a través de sus dependencias operativas.

El que no se comparta la responsabilidad con el sector educativo, incluso desde el momento mismo de la formación magisterial, propicia que las estrategias para promover la internalización del discurso en la conciencia colectiva queden en el nivel de información.

Es necesario promover entre la niñez y la juventud valores como el trabajo compartido en el hogar y fuera de él, la participación conjunta y la responsabilidad compartida en la crianza de los hijos, no sólo en el aspecto económico, que parece ser lo que ahora más preocupa a las familias latinoameri-

canas, por la situación peculiar de la economía, sino en términos de tiempo y afecto que merecen los niños de la pareja.

Creo que este aspecto no ha sido suficientemente valorado y tiene que ver directamente con la posibilidad de contrarrestar las marcadas diferencias de género a las que se hizo alusión antes, sobre factores fijos de identidad sexual que se convierten al mismo tiempo en factores de discriminación hacia la mujer y que trascienden el ámbito de "poder" hasta afectar la salud reproductiva. De esto dependerá en muchos sentidos la posibilidad de tener hijos sanos con todos los beneficios para la familia y la sociedad que ello significa. ♦

Notas

[1] Según Corvalán, Graziella, "el sistema cultural moldea, reafirma y convierte en acción los elementos provenientes de las dimensiones económica, ideológica y política, que a su vez se constituyen en la base de la condición de dominación de la mujer". Cfr. Corvalán, Graziella. "La relación de los géneros y la explicación sociocultural", en: *Entre el silencio y la voz.* Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos Asunción, 1989.

[2] Rendón, Lisa Langer, Ana y Hernández, Bernardo, "Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* volumen 115, número 6, Washington, D.C., diciembre, 1993.

[3] Royston E., Armstrong, S., "Prevention Maternal Deaths", en *Ibid.*, p. 474.

[4] OPS/OMS, "Prevención de la mortalidad materna en las Américas: Perspectivas para los años noventa", en: *Serie Comunicación para la Salud,* número 2, OPS, Washington, D.C.

[5] Royston, *op. cit.*, p. 476.

[6] Rendón, *op. cit.*, p. 476.

[7] Según la OMS, en 1987, 73 de 117 países en desarrollo no pudieron proporcionar información sobre la mortalidad materna a esta organización por falta de datos confiables. Se estima que existe un subregistro importante de muertes que va del 30% en los países desarrollados al 70% en los países en desarrollo. Ello se debe principalmente a los abortos clandestinos, sobre los cuales se estima que en México, por ejemplo, se realizan al menos 800 000 procedimientos anuales.

[8] OPS, "Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas", documento citado en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, volumen 115, número 6, diciembre, 1993.

[9] Browner, Ch., "The Politics of Reproduction in a Mexican Village", 1986, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, op. cit.*, p. 474.

[10] Abou Zahr, C. y Royston, E., *Maternal Mortality, A Global Fact Book.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991.

[11] Rendón, Lisa, *et. al., Op. cit.*, p. 476.

[12] Según Texeira, existen otros factores de discriminación sexual con respecto al trabajo de la mujer, relacionados con una remuneración menor tanto como con el riesgo de la inestabilidad en el trabajo; que el supuesto de la competencia y la igualdad propugnada por corrientes feministas se superpone a las condiciones de desigualdad para poner doblemente en desventaja a la mujer: "Una al enfrentarse a la realización de un esfuerzo cuya norma la fija usualmente la capacidad física del hombre; otra, el pago menor por un esfuerzo que es mayor con respecto a su capacidad relativa". Texeira, B. Tussara, María, "La mujer y el trabajo productivo en México, hipótesis del cambio en la salud de la mujer mexicana", en: *Estudios sobre la mujer*, Serie de lecturas III, INEGI, 1986.

[13] OPS/OMS, *op. cit.*, p. 4.

[14] Reyes, S. y Bobadilla, J. M., citado en Rendón, *op. cit.*

[15] Aunque no es posible dar cifras exactas sobre la mortalidad materna en América Latina, debido al subregistro que según la OPS puede ser mayor a un 70% de los casos, es posible dar una idea del problema a partir de un diagnóstico elaborado por esta organización que reveló que aunque en varios países, entre ellos México, han disminuido las tasas de mortalidad, todavía se observa que las tasas más elevadas pueden llegar a ser hasta 120 veces más altas que aquellas alcanzadas por países como Canadá, el cual en 1987 reportó una tasa de 4 muertes por 100 000 nacidos vivos.

[16] Los países encuestados fueron Bolivia, Colombia, México, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Perú; en OPS, *Población y Salud en América Latina, encuestas sobre demografía y salud* (DHS), OPS, Oficina para América Latina y El Caribe, 1993.

[17] Cabe señalar que Brasil, Colombia y México destacan por observar las menores tasas de mortalidad infantil con relación a los otros cinco países estudiados, pero por otro lado México y Perú sobresalen como los países en los que existen marcados contrastes entre las defunciones de las zonas urbana y rural, lo que sugiere que las zonas rurales están desatendidas en servicios de salud o que se está prestando atención de mala calidad.

[18] INEGI, *La mujer en México, XI Censo de población y vivienda, 1990*, octubre, 1993.