

# LA LUCHA POR LA SALUD DE LA MUJER: FETICHISMO Y VERDAD. \*

JAIME BREILH P.\*\*

## RESUMEN

*Integra el asunto femenino con las condiciones históricas globales de la sociedad.*

*Ubica el problema en el contexto de recrudescimiento de las formas de explotación económica y de dominación política en América Latina aunque centra los análisis concretos en la heterogeneidad estructural y de la salud de la sociedad ecuatoriana mostrando los marcados contrastes y diferencias en el deterioro de la calidad de vida de la mujer, en la imposibilidad de acceso al consumo de servicios de salud para la mujer gestante y en las carencias de atención profesional del parto por regiones socio-económicas diferentes. Sustenta cómo las diferenciales en los patrones de reproducción social se manifiestan en los indicadores de morbi-mortalidad materna y femenina. Esboza planteamientos alternativos tanto conceptuales como para las políticas en un llamado a superar el pragmatismo reformista y propone trascender las superficiales reformas médico-asistenciales y administrativas para lograr el surgimiento de una nueva conciencia sanitaria.*

*En el caso específico de la salud femenina, da especial importancia a replantear la relación entre lo social y lo biológico para no confundir diversidad con inferioridad, asunto que ha creado grandes fetichismos sobre la supuesta inferioridad de la mujer por parte de la ciencia oficial.*

---

\* Ponencia presentada en el "Taller de Mujer y Salud", Quito, junio de 1989. Organizado por el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA).

\*\* Médico Epidemiólogo. Maestro en Medicina Social, Investigador del Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Quito. Profesor Universitario.

**“Los principios masculino y femenino son complementarios: de la unidad de esta diversidad surge la vida. No se puede crear para conservar sin que exista el elemento capaz de conservar para crear”.**

Franca Basaglia

(“Una Voz: Reflexiones sobre la Mujer”)

De pocos temas se ha dicho y escrito tanto en los últimos tiempos como del asunto de la mujer. Existe un abundante material literario y científico acerca de esa temática, desarrollada entre los fuegos cruzados de distintos enfoques teóricos y posturas políticas, con toda la riqueza, y a ratos confusión, que eso implica.

Desde una mirada epistemológica en el campo de la salud, se corroboran esa amplitud y dificultades y parece cierta la conclusión de Franca Basaglia, cuando advierte un lado negativo de ese crecimiento rápido en la cultura, que en su acepción más amplia incluiría la producción política, donde la velocidad, a menudo deteriora la calidad y profundidad del cambio<sup>1</sup>.

En efecto, hay que reconocer que los planteamientos sobre la salud de la mujer que han estado acumulándose rápidamente, y en este punto interesan sobre todo los que proceden de la orilla progresista, adolecen de cierto simplismo pragmático y de enfoques conceptuales y prácticos sobre la cosa específica, reñidos en última instancia con las líneas doctrinarias y políticas más generales que se ha pretendido implementar. Entonces, si bien es cierto que una dimensión crucial de la lucha por la salud de la mujer pasa por el enfrentamiento ideológico con los postulados y procedimientos más retardatarios que se esgrimen desde los sectores hegemónicos, y contra las mistificaciones de la óptica machista, parece que ahora es indispensable dedicar también un esfuerzo más serio a la depuración de las tesis y propuestas de las propias vanguardias, al menos en salud esa es una necesidad urgente.

Y es que existe una tendencia arraigada a mantener las tesis de lucha dentro de los mismos límites que imponen las fuerzas dominantes o con pliegos de peticiones desarticulados que impiden integrar estructuralmente, el asunto femenino con las condiciones históricas globales de la sociedad que se quiere transformar. Así, si las tesis por el reconocimiento del trabajo doméstico, por la conquista del dominio de la mujer sobre su cuerpo, por la defensa de sus funciones reproductivas se exponen como

un pliego aislado de un proyecto histórico global para la salud popular y sustentado en una concepción empírica-reduccionista se estará apenas tocando la superficie del problema y posibilitando una rápida apropiación de esos postulados por parte de las fuerzas reformistas y mediatizadoras, que continuamente remozan la dominación. Cabe decir que, en la lucha específica de la mujer sucede algo semejante a lo que pasa con las reivindicaciones económicas y salariales en el nivel más amplio: están bien como elementos tácticos, pero pueden ser castrantes cuando se los confunde con las tesis de fondo que expresan el interés histórico mediato.

En la presente década han recrudecido las formas de expoliación económica y dominación política en América Latina. Los platos rotos del agresivo endeudamiento en que incurrieron las empresas los están pagando los sectores populares. La crisis no sólo ha determinado una pérdida violenta de la capacidad adquisitiva de los salarios y el consiguiente deterioro de la calidad de vida sino que, al debilitar el poder interventor y benefactor del Estado, determinó un endurecimiento de las formas de subordinación política y cohesión ideológica con la "reorganización" en las metrópoli y la derechización de los regímenes, aún los social-demócratas, de América Latina. En ese contexto es inevitable que aparezca como uno de los más acuciantes desafíos en el terreno de la defensa de la población y de la salud en particular, el de la salud de la mujer, no únicamente porque conforma la mitad de la población nacional (49.7%), sino porque es un grupo particularmente afectado que, a más de sobrellevar la carga de las formas económicas opresivas que padece junto a la población masculina, padece además el peso de las desventajas específicas de la sociedad patriarcal, que produce su marginación y subvaloración, así como el de la doble jornada por trabajo doméstico y la sobrecarga de las funciones de su sistema de reproducción biológica.

## EL CONTEXTO: HETEROGENEIDAD ESTRUCTURAL Y DE LA SALUD

La sociedad ecuatoriana se ha desarrollado históricamente como una formación profundamente heterogénea. Con una densidad media que no llega a 40 habitantes por km<sup>2</sup>, de los cuales 5'213.406 (49.7%) son mujeres, no sólo que esa población se reparte en un territorio muy diverso desde el punto de vista ecológico, sino que constituye una sociedad muy heterogénea desde el punto de vista de su organización económica y de su composición sociológica. En efecto, la población se distribuye en tres tipos de regiones claramente distinguibles: las **regiones metropolitanas** (formadas por los polos de capitalismo monopólico con desarrollo urbano-industrial de Quito y Guayaquil), las **regiones de transición** y penetración

intermedia de las relaciones de capital (formadas por las ciudades medias y sus áreas inmediatas de influencia) y las **regiones atrasadas** con marcada presencia de formas pre-capitalistas, sobre todo agrícolas (de muy baja concentración urbana y predominio de agricultura tradicional).

**Cuadro No. 1**

**MUJERES SEGUN REGION SOCIO-ECONOMICA<sup>1</sup> Y POR EDAD**

**% y Población en miles – Ecuador 1989**

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>METROP.</b>	<b>C. URB. MED.</b>	<b>BAJA CONC. URB.</b>
0 - 12	1.932.6	31.7	37.4	39.8
13 - 19	810.7	15.8	16.1	14.6
20 - 29	880.0	20.9	17.0	14.4
30 - 39	577.7	12.5	11.0	10.4
40 - 64	784.1	14.9	14.5	15.9
>65	228.3	4.2	4.0	5.0
<b>TOTAL</b>	<b>5.213.4</b>	<b>1.006.2</b>	<b>2.512.8</b>	<b>1.694.4</b>
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

1) Regiones que han sido explicadas anteriormente (Pág. 6)

FUENTE: Censo 1982, CONADE -CELADE Proyecciones 1984

ELAB: CEAS - Proyecto Trabajo y Salud de la Mujer

El cuadro No.1 muestra como se distribuyen las 5'213.406 mujeres que forman la población en 1989. De ellas casi el 20% viven en contextos metropolitanos, 48% viven en zonas de desarrollo medio y 32% viven en las zonas atrasadas de baja urbanización. Como lo evidencia el mismo cuadro, la proporción de mujeres de 0-12 años es mayor en las zonas atrasadas (39.8%), mientras que la población femenina de 13 a 39 años, que corresponde a las edades de mayor inserción productiva, se concentra preponderantemente en los polos metropolitanos. Finalmente, las mujeres mayores de 40 años tienden a acumularse nuevamente en las zonas más atrasadas. Estos datos permiten inferir que existe una acumulación de las mujeres en edades productivas en las zonas de mayor desarrollo empresarial, lo cual seguramente sucede como consecuencia de una migración desde los sectores de menor modernización urbana y económica hacia las metrópoli, donde se incorporan a la fuerza laboral en las fábricas o, lo que es más frecuente, se acumulan como masas de sub-

asalariadas o subempleadas (tareas domésticas, de venta ambulante y servicios) cuyas condiciones de vida llegan a ser tanto o más deterioradas que las del sector rural, como lo demuestran el estudio del CEAS "Ciudad y Muerte Infantil" o las investigaciones de BEHM-ROSERO de comparación de la probabilidad de muerte infantil por clases sociales entre ciudad y campo.

Si se analiza la distribución de la fuerza de trabajo femenina asalariada en las distintas regiones del país se puede constatar, conforme se observa en el cuadro No. 2, que los porcentajes de asalarimiento son mayores en la región metropolitana (18.2%), descienden en las regiones de concentración urbana media (15.7%) y aún más en la de baja concentración urbana (13.6%).

Los porcentajes de la zona metropolitana se explican por la existencia de mayores proporciones de asalariadas de punta (trabajadoras de industria manufacturera, electricidad, agua, minas y canteras, con altos niveles de escolaridad), así como asalariadas medias (trabajadoras ligadas a comercio, hotelería, transporte y empresas de finanzas) y empleadas liga-

**Cuadro No. 2**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ECONOMICAMENTE ACTIVAS EN LAS REGIONES SOCIO-ECONOMICAS<sup>1</sup>**

**Ecuador 1982**

REGION	MUJ. >13a.	ASALARIADAS <sup>2</sup>			CAPAS MEDIAS TEC-ADM.
		PUNTA	MEDIAS	ATRAS	
METROP.	432.135	2.9	1.7	13.7	15.3
C. URB. MED.	988.277	0.8	0.7	14.2	5.6
BAJA CONC.	641.750	0.3	0.3	13.1	2.8
TOTAL	2.062.162	1.1	0.8	13.7	6.8

1) Regiones explicadas anteriormente (ver pág. 6)

2) De punta = trabajadoras de industria, minas, energía con alta calificación. Medias = trabajadoras de comercio, servicios, transporte y empleadas técnico-administrativas públicas y privadas de alta calificación. Atrasadas = trabajadoras agropecuarias, de pesca y forestales de baja calificación.

FUENTE: Censo de 1982

ELAB: CEAS - Proyecto Trabajo y Salud de la Mujer

das al trabajo burocrático-administrativo, público y privado. Pero, del mismo modo, en las metrópoli se ubica un notable porcentaje de subasalarizadas o asalariadas atrasadas porque las grandes ciudades concentran la mayor proporción del subempleo en tareas como vendedoras ambulantes y empleadas domésticas.

Las zonas de mediano desarrollo urbano o ciudades pequeñas, como áreas de transición, también concentran apenas niveles medios de mujeres trabajadoras, en éstas existe una gran proporción de las típicas amas de casa. Y por su lado, en las zonas atrasadas de muy baja urbanización existen los menores niveles de empleo formal y grandes masas de mujeres campesinas que, o no son formalmente asalariadas, o que lo son pero con bajos índices de registro de su trabajo.

Cuando se compara el deterioro de la calidad de vida de la mujer y su salud entre estas zonas caracterizadas por distinto grado de modernización productiva y social, se observan contrastes muy marcados y mayores que los que se logra obtener cuando se comparan los datos de las jurisdicciones administrativas clásicas que manejan los estudios convencionales (Sierra, Costa, Oriente y Galápagos).

Este proceso de deterioro de la mujer se ha recrudecido con la crisis al punto de que se ha hablado de una "feminización de la pobreza" en estos años, asunto que es especialmente grave si se toma en cuenta que en América Latina el 45% de los hogares tienen actualmente jefatura femenina y en las dos principales ciudades del Ecuador eso ocurre en 30% de las familias subasalarizadas<sup>2</sup>.

La composición porcentual de los distintos patrones de trabajo materno, doméstico y remunerado, cambian drásticamente entre regiones y, correspondientemente varían los patrones de crianza y cuidado del niño. Así como varían las formas, extensión e intensidad del trabajo materno, varían correlativamente los modos y cuantía de deterioro del consumo básico de la mujer. Por ejemplo, la exposición al hacinamiento extremo en la vivienda es de 28% en las zonas metropolitanas, de 32% en las zonas de concentración urbana media y asciende al 48% en las zonas de baja concentración urbana y disperso-rurales. El atraso educativo severo en mujeres mayores de 12 años es de 60% en las primeras zonas y de más de 75% en las zonas más atrasadas. La imposibilidad de acceso al consumo de servicios de salud para la mujer gestante también varía del 14% en las metrópoli hasta un alarmante 74% en las zonas atrasadas. Del mismo modo la dotación de recursos profesionales médicos por cada 10.000 mujeres en edad fértil muestra una elevada correlación ( $r = + 0.8$ ,

$p < 0.01$ ), con los índices de desarrollo empresarial de los cantones\*, igual fenómeno ocurre respecto a la cobertura de la población femenina por la seguridad social.

En última instancia, las variaciones interregionales de la calidad de vida que corresponden a la acumulación diferencial de los patrones de reproducción social, se manifiestan en contrastes de los índices de morbi-mortalidad materna y femenina.

Con el fin de tener una imagen del grado y contrastes del deterioro de la salud de la mujer en el país se pueden observar algunos indicadores que constan en el Cuadro No. 3.

Cuadro No. 3

**INDICADORES DE SALUD Y ATENCION DE LA MUJER SEGUN REGIONES SOCIO-ECONOMICAS<sup>1</sup>**

Ecuador - 1986

INDICADOR	REGIONES		ATRASADA
	METROPOLI.	TRANSICION	
MORTALIDAD MATERNA T x 100.000 n.v.	96	182	189
PARTOS NO PROFESIONALES %	13.7	51.9	72.6

1) Regiones explicadas anteriormente (ver pág. 6)

FUENTE: INEC

Se constatan dos hechos importantes. Primero, los niveles de mortalidad de las madres y los de desatención de su salud son alarmantemente altos. Si se compara la mortalidad materna, por ejemplo, de las mujeres ecuatorianas con la de mujeres de países más ricos (que fluctúan de 5 a 30 x 100.000 nacidos vivos) se nota que llega a ser hasta 5 veces más alta en promedio y hasta 35 veces más alta si tomamos el nivel de las regiones atrasadas.

\* Cantón es la jurisdicción administrativa intermedia ("county") en que están divididas las provincias del país.

La carencia de atención profesional del parto llega a ser en promedio de hasta 72%, con un claro incremento en las zonas medias y atrasadas respecto a las zonas metropolitanas. Esto evidentemente va aparejado con una similar gradiente del deterioro infantil, pues la tasa real de mortalidad infantil estimada por el CEAS según el método Brass-Trusell para 1980 fue de 62.2 por mil en las regiones metropolitanas, de 74.9 por mil en las medias y de 89.6 por mil en las zonas más atrasadas (mientras el Instituto Nacional de Estadística por el método de los registros de defunción informó de tasas por mil para las mismas tres regiones de 50.6, 49.2 y 48.7, debiéndose la inversión de gradiente al mayor subregistro de las zonas atrasadas). Los tipos de cáncer asociados con condiciones de pobreza extrema (cáncer de cervix y estómago) también han crecido notablemente en los últimos diez años. También el ritmo de incremento de la mortalidad por malaria en mujeres es muy marcado.

Pero no sólo las enfermedades y causas terminales de muerte del tipo de las infecciones, desnutrición y otras de semejante característica epidemiológica, asociadas con las carencias básicas, son las que afectan a la mujer, pues, como lo ha demostrado el CEAS por medio de un estudio acerca del "Deterioro de la Vida en Ecuador", también las llamadas enfermedades "modernas" surgen con incidencia creciente. Entidades como las cerebro-vasculares, hipertensivas, suicidio, cáncer de mama, diabetes, etc., han sufrido un marcado incremento desde la década anterior.

Varias agencias internacionales<sup>3</sup> han producido interesantes recopilaciones de datos sobre la salud de la mujer, sistematizando indicadores y comparaciones internacionales que describen un panorama de graves contornos, sin embargo, es indispensable avanzar en una formulación distinta a la luz de las nuevas concepciones.

En definitiva, la imagen epidemiológica de la mujer en el país no sólo exige redoblar los esfuerzos para el avance la investigación sino que vuelve absolutamente indispensable cambiar esa óptica empobrecida que descontextualiza los problemas y apenas los describe aisladamente descuidando todas las relaciones epidemiológicas más profundas. A continuación se esbozan algunos planteamientos alternativos tanto conceptuales como para las políticas.

## UNA NUEVA PROPUESTA PARA SALUD

La implementación de un proyecto histórico progresista para la salud de la mujer debe insertarse en un planteamiento global de lo político y la



realidad nacional. La formulación de planes específicos de acción no debe surgir como un proceso puramente técnico-formal y aislado respecto a esa propuesta histórica más amplia, sino encuadrada en una concepción objetiva de la sociedad y en una postura definida frente a los intereses sociales contrapuestos que en ella se expresan.

Es indispensable conocer los procesos más generales que definen las características y patrones globales del comportamiento de la salud-enfermedad de la mujer (contradicciones de la estructura económica y fuerzas socio-políticas, así como las condiciones culturales correspondientes); establecer las propiedades y relaciones particulares de los problemas de salud específicos que surgen en el seno de esa problemática general; y desprender de lo anterior los lineamientos y mecanismos de acción que asuman el punto de vista social concreto del interés mayoritario. Dicho en otros términos, se trata de entender como la "totalidad" (socio-económica) determina las condiciones y límites del desarrollo de la "parte" (patrones femeninos de salud) pero, a su vez, como las condiciones específicas de la "parte" (salud de la mujer) contribuyen, dentro de esos límites, en la configuración del objeto-problema del quehacer, según el momento y el sitio que se hayan seleccionado para actuar.

Los planes que no reconocen esas relaciones básicas separan el análisis de la parte (salud) respecto al todo (sociedad) y al hacerlo restringen la comprensión de los problemas particulares a sus aspectos más superficiales, impidiendo reconocer las causas de fondo, la esencia de los problemas y el modo como las leyes de la totalidad social y el movimiento del todo produce las características de la parte. Es por eso que bajo esos encuadres conservadores todo se reduce a la elaboración de los conocidos "diagnósticos" que registran las expresiones terminales de tipo biológico-individual (ejemplo: indicadores de morbilidad y mortalidad) y factores "causales" aislados, como la educación y el saneamiento, desprendidos de su contexto histórico y desprovistos de una concepción integradora del todo social, que sustente el conocimiento de su génesis y el significado real de sus expresiones y relaciones históricas. Por tanto, no se trata solamente de saber y constatar por ejemplo, que existen problemas vinculados al embarazo, la lactancia, la crianza temprana, las jornadas y modalidades de trabajo y los problemas jurídicos correspondientes, es cuestión de integrar todos estos problemas, reconstruyendo su unidad y su relación con las leyes sociales más generales. Si se despoja a estas reivindicaciones de su contenido y unidad histórica entonces se pierde la posibilidad de conocer sus causas fundamentales y hay el peligro de reducirlas a interpretaciones culturalistas o superficiales. Como lo explica Evelyn Reed "es cierto que las mujeres en general, incluso las de clases superiores, sufren de alguna forma el chovinismo masculino. En

algunas ocasiones y para algunos objetivos es útil y necesario que las mujeres pertenecientes a estratos sociales distintos constituyan organizaciones propias y actúen unitariamente para eliminar injusticias y desigualdades impuestas a su sexo. . . sin embargo, ni siquiera la garantía de ver realizadas estas reformas urgentes eliminará las causas fundamentales de la opresión de la mujer, que radican en la estructura de clases de nuestra sociedad. Respecto a todas las cuestiones fundamentales, concernientes a la propiedad privada, las mujeres económicamente poderosas están a favor del mantenimiento del "statu quo" y de su posición privilegiada, exactamente igual que los hombres ricos"<sup>4</sup>. De esa manera es que las reivindicaciones como la de la legalización del aborto, aisladas, llegan a tener las mismas limitaciones que la lucha economicista aislada por los salarios.

En efecto, una vez atomizado el sujeto social y rotos los lazos colectivos solidarios por la economía privada de mercado, cada familia o pareja, debe salvarse o ahogarse contando con sus propios medios y pasa a depender de la "economía familiar" y donde la continuidad de la posesión privada, pequeña o grande, debe garantizarse a través de la herencia y la imposición abierta o velada de restricciones a la mujer. Con la privatización de la economía surgió la necesidad histórica del matrimonio monogámico y la sociedad patriarcal y entraron en juego nuevas fuerzas y relaciones que restringieron los derechos de la mujer y la devaluaron socialmente. "Las mujeres que habían vivido y trabajado juntas, educando en común a sus hijos, se dispersaron como esposas de un solo hombre, destinadas a su servicio y al de una sola casa. La primitiva e igualitaria división sexual del trabajo entre los hombres y las mujeres de la comunidad, cedió paso a una división familiar del trabajo, en la cual la mujer era alejada cada vez más de la producción social, para convertirse en sierva del marido, de la casa y de la familia"<sup>5</sup>. Si bien en las fases pre-capitalistas de la economía rural las mujeres conservan aún algo de status y un papel económico más importante, las modalidades modernas de asalariamiento y pérdida total de propiedad por grandes masas, han desplazado a buena parte de las mujeres al trabajo doméstico, manual y subvaluado, o a las tareas marginales o menos remuneradas de la producción. Entonces las mujeres quedaron relegadas dentro de los muros restrictivos del hogar y expuestas en tiempos modernos a la manipulación consumista y las que tardíamente empezaron a conquistar un sitio en la producción han sido sistemáticamente discriminadas. La manipulación y aprovechamiento que durante largos años han padecido las mujeres en el campo del consumo surge y se afianza en el sistema en que el hombre ha sido explotado en la producción. Ante tales circunstancias, los enunciados políticos como los de la Dra. Nafis Sadik acerca de que "el grado de libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida puede ser la clave para el

futuro. . . "es de enorme trascendencia, pero, si no se llena ese postulado de un contenido y mecanismos históricos concretos para su liberación, o si se reduce el ámbito de las soluciones a las fórmulas de un asistencialismo paternalista, quedaría reducido a un simple elemento retórico.

En ese contexto histórico fue forjándose, en un mundo para ellas triplemente opresivo, un proceso de organización y lucha femenina, la cual está expuesta a una desviación que también ha confundido y mediatizado el movimiento social más general: el pragmatismo reformista, modo de acción que encuentra un campo fértil para desarrollarse en la salud.

## UN MODO DISTINTO DE PENSAR SOBRE LA SALUD

La salud-enfermedad es una expresión particular de las condiciones de vida históricamente determinadas que sobrellevan los grupos sociales. La sociedad no es homogénea y la distribución cuali-cuantitativa de las condiciones de vida, depende de las formas de organización social de la producción, las cuales en una sociedad como la nuestra generan grandes diferencias en la calidad de vida y en la exposición a procesos deteriorantes que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos de los miembros de los diversos conglomerados. La calidad de vida depende por lo tanto de las formas de reproducción social que caracterizan a las distintas clases sociales y que determinan la aparición, en cada una de éstas, de un conjunto de procesos protectivos, benéficos o potenciadores de la vida, los cuales entran en contradicción respecto a los procesos destructivos que esas mismas clases padecen y que forzan la aparición de enfermedad y muerte. Entonces, los específicos procesos biológicos y su negación los procesos fisiopatológicos y etiopatogénicos se mueven entre los límites que determina esa permanente contradicción de las fuerzas protectoras y las destructivas que enfrentan los miembros de una clase. Por eso la salud y la enfermedad constituyen una unidad en oposición y desarrollo permanente. La patología es por tanto una parte o expresión de ese movimiento y, aunque se torna evidente en los cuerpos y mentes individuales, sin embargo tiene su explicación en el movimiento colectivo de la reproducción social: la salud y las expresiones biológicas que aparecen en los individuos se comprenden en el movimiento de la calidad de vida del conglomerado de procedencia. Aquí también, es necesario aclarar que esa relación entre las condiciones de reproducción social de la clase y las expresiones individuales de salud y enfermedad no es algo lineal y mecánico, está sujeto a leyes particulares, constituyéndose en un espacio con una legalidad propia, con procesos genéticos especiales. Esos procesos que intermedian en la génesis de enfermedad y posibilidades de salud pueden llamarse **procesos epide-**

**miológicos mediadores.** Algunas de las mediaciones se dan el terreno de la colectividad inmediata y la familia en la forma de estrategias comunitarias y familiares de vida, otras mediaciones cuya raíz está en las condiciones de trabajo y consumo de las clases, pasando por los procesos familiares se tornan evidentes en los individuos en la forma de procesos mediadores dados en: la base nutricional y estado metabólico, la capacidad de reposición muscular y nerviosa, las expresiones de estrés, la configuración de la capacidad inmune y la configuración ergonómica. Es a través de esas mediaciones que llegan a producirse y manifestarse los estados de salud-enfermedad en personas concretas.

El peso determinante de lo social (movimiento superior) frente al desarrollo y configuración de lo biológico (forma de movimiento subordinado) se abre paso por medio de un vasto conjunto de procesos contradictorios que, siendo específicos y relativamente autónomos, deben encuadrarse necesariamente con arreglo a las premisas, contenido y dirección que les impone el movimiento social. Es así como en cada momento del desarrollo de una sociedad y en cada una de sus clases componentes existen patrones típicos de deterioro y de salud-enfermedad a los que denomino **perfiles epidemiológicos**. En el caso específico de la salud femenina es especialmente importante replantear la relación entre lo social y lo biológico que ha sido tan maltratada, confundiendo como lo señala Franca Basaglia la diversidad con inferioridad. Pero más allá de los grandes fetichismos sobre esa supuesta inferioridad biológica, cuya demostración falaz se orquestó aún por medio de un forjamiento escandaloso de datos por parte de la ciencia oficial\*, se han extendido en las ciencias de la salud un conjunto de otras mistificaciones, sobre todo en el terreno de la salud mental. La alta prevalencia de problemas como la depresión han sido endosados a las diferencias biológicas como tales, en lugar de comprenderse como consecuencias de las restricciones y sobrecargas que pesan sobre la específica biología de la mujer.

Podría ilustrarse la necesidad del enfoque epidemiológico con un breve ejemplo. Si se requiere tomar acción frente a problemas de alta prevalencia en la población de mujeres que desempeñan trabajo manual en el país, tales como anemia nutricional, trastornos músculo-esqueléticos, venopatías y problemas de salud mental, una mirada asistencialista tomaría en cuenta preponderantemente la planeación de servicios para asistir casos clínicos de los "efectos finales", desconectándolos de los procesos de las distintas dimensiones que se esbozan en el esquema correspondien-

---

\* Es el caso de las investigaciones de Cyril Burt, denunciadas por Stephen Gould en su obra "La Falsa Medida del Hombre", mediante las que se pretendió convencernos de una supuesta inferioridad femenina en cuanto a la capacidad cerebral y a las pruebas de inteligencia.

te ("Determinación Epidemiológica de Problemas Prevalentes") y que dan cuenta de los procesos epidemiológicos que participan en la producción de esos "efectos" a través de la triple carga que padecen las mujeres trabajadoras: la del deterioro de las condiciones de reproducción social en el trabajo y consumo, la de la segunda jornada de labor doméstica y la carga de las demandas adicionales de su aparato reproductor, con lo cual la representación que se asume de esos trastornos sería unilateral, empobrecida y simplista y sólo podría sustentar una planeación parcelada, que enfocaría la corrección de los efectos, más no de las relaciones socio-epidemiológicas más profundas.

En contraposición a esos planteamientos han surgido las tesis populares que pugnan por difundirse, incorporándose como instrumentos de conciencia y organización.

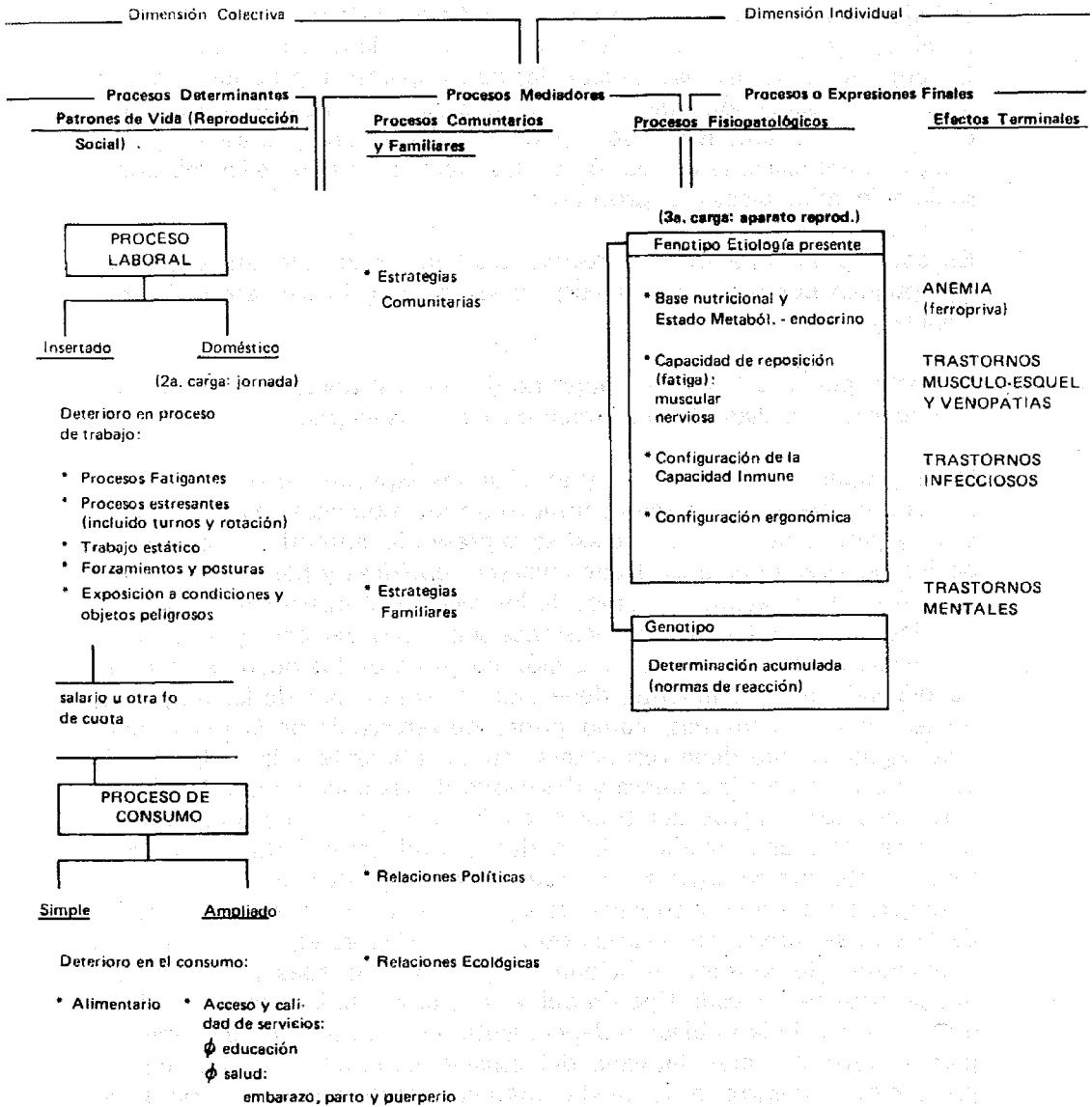
La lucha por la salud de la mujer no debe constituirse con un carácter tecnocrático y aislado del movimiento social más amplio.

Debe propender a robustecer y ampliar los espacios de participación\* de las organizaciones de masas rompiendo los esquemas de gestión verticales y paternalistas, para que así se expresen las auténticas aspiraciones de los sectores populares. Debe favorecer políticas y planes que impulsen un control nacional, propio, de los recursos e instrumentalizar actividades que fortalezcan las decisiones soberanas del país y el espíritu internacionalista que vincula la acción conjunta de los pueblos del mundo dependiente. Finalmente, debe asumir los intereses de las mayorías, de las clases subalternas, como punto de referencia de la planeación. Esto significa que debe reconocerse como inherente a la lucha por la salud de la mujer: la defensa y desarrollo de las condiciones de trabajo (incluidos los peligros del trabajo en la agricultura, la manufactura e industria de avance medio y la moderna producción industrial de alto rendimiento con su organización estresante), la protección específica de la mujer, tanto de la que realiza trabajo doméstico no remunerado como de la que se inserta en diversas otras formas laborales, la conquista de condiciones de consumo suficientes, seguras y adaptadas a las necesidades particulares de cada tipo de población, tanto de la fuerza de trabajo directa como de la población dependiente, la consecución de elementos para la estructuración humana del espacio comunitario y familiar, la protección y desarrollo del medio ambiente, el derecho a la forja de su

---

\* La **participación** popular es una estrategia que puede tener diversos contenidos y orientación, dependiendo del grado de poder y control popular que posibilita. La concepción hegemónica relega la participación a las instancias "periféricas" y secundarias de la gestión, tornándola un instrumento de manipulación política y aprovechamiento de mano de obra barata para las acciones del Estado.

DETERMINACION EPIDEMIOLOGICA DE PROBLEMAS PREVALENTES EN LA MUJER TRABAJADORA



Tomado de: Breilh, J. - Una Nueva Propuesta para Salud (Cap. 6o. de "Deterioro de la Vida en Ecuador.

cultura, libre organización y expresión y, como parte del avance del sistema de servicios de salud, la desaparición del actual sistema de salud discriminatorio, que ofrece bienes y servicios de diferente calidad a las distintas clases sociales, siempre como consecuencia de su capacidad de compra en el mercado de servicios privados o por su importancia relativa para la producción y el control político por parte de los grupos de poder.

En síntesis, el quehacer en salud más que la reparación de daños finales y enfermedades aisladas, debe ser un instrumento de potenciación de todas "las fuerzas capaces de humanizar la sociedad buscando acabar con las condiciones que estructuralmente producen la situación actual de desigualdad social y económica. . . dicho en otra forma, la política de salud debe identificar la lucha particular en el ámbito de la salud con la estrategia general de transformación histórica de la sociedad. . . y reconocer que la fuerza fundamental para el cambio es la propia población"<sup>6</sup>.

La defensa de las funciones reproductivas de la mujer es un terreno de especificación importante donde ocurren contradicciones sociales decisivas. Así por ejemplo, cuando se analiza la relación entre la nutrición y dichas funciones reproductivas, pueden manifestarse intereses contradictorios, ya que, ante la demostrada asociación entre el estado nutricional y la fertilidad<sup>7</sup> (en el sentido de que las mujeres mejor nutridas tienen menarquía o primera menstruación más temprana, menores irregularidades menstruales, amenorrea postparto más corta, con menor tasa de abortos y menopausia más tardía, y por consiguiente son más fértiles), mientras a las mujeres del sector popular les es indispensable defender y promocionar su nutrición, habría cierta tendencia de relegar esa acción por parte de representantes de los grupos hegemónicos en aquellas regiones donde no concurren otros procesos sociales reductores de la fertilidad y fecundidad.

En el dominio de los problemas de la lactancia la transformación de las concepciones y hábitos producidos como consecuencia del desarrollo de la estructura productiva y de los consecuentes cambios en la organización y división del trabajo han ocasionado un cambio de la jornada de trabajo materno, de las condiciones de crianza de los niños y aún de aspectos como las propias concepciones sobre la alimentación y puericultura. Desafortunadamente el papel jugado por la ciencia convencional frente a esos problemas ha sido totalmente negativo, al punto que podría establecerse que la indiferencia o aún complicidad de la medicina respecto a la desaparición creciente de la alimentación al pecho, mediante la inducción bajo pretextos pseudocientíficos, de la alimentación artificial temprana han arrastrado consecuencias funestas para la salud de la madre y del lactante. Las vitales funciones de la alimentación al pecho han sido

mergadas (funciones nutricionales, inmunológicas, cardio-vasculares, psicoafectivas, protectoras de la madre frente a las neoplasias y respecto al espacio intergenésico, económicas por atenuar el déficit de abastecimiento protéico e incrementar el ahorro y demográficas anticoncepcionales). Un análisis objetivo de esas funciones permite comprender la falacia de que la alimentación artificial temprana es un sustituto adecuado y pone al descubierto el otro tipo de intereses que participan modelando las acciones que se propugnan por vías formales y aún se filtran hacia las informales.

## **LA REFORMA SANITARIA COMO INSTRUMENTO ESTRATEGICO**

El cambio de la gestión en salud debe trascender las superficiales reformas médico-asistenciales y administrativas para constituirse en un proceso de profunda revisión de los principios tradicionales que animan la gestión, tanto en los movimientos populares como en el Estado y en un giro total de los ejes del quehacer.

Para constituirse el proceso de reforma sanitaria deben cumplirse varios requisitos que se han explicado más ampliamente en otro documento<sup>8</sup>. En la dimensión técnica es indispensable cambiar el marco de interpretación funcionalista y descriptivo, adoptando los innovativos aportes teórico metodológicos y técnicos de la nueva Salud Pública o Medicina Social latinoamericanas, especialmente en los campos de la epidemiología y de la teoría de la organización. Sólo de esa forma se logrará el surgimiento de una nueva conciencia sanitaria. En cuanto al aspecto administrativo, la planificación, organización y ejecución de acciones deben girar alrededor del desarrollo de la participación popular y con miras a racionalizar, redireccionar y dinamizar acciones de salud bajo un sistema único de cobertura y calidad universales y homogéneas. Desde el punto de vista político es indispensable que se forje un movimiento de reforma sanitaria que permita la alianza de clases en la lucha por el derecho a la salud, éste se fundamentaría en la "ampliación del horizonte de visibilidad por parte de los sectores populares, la deselitización de la investigación en salud y la superación de la actitud corporativista de los profesionales, de los técnicos y en general de los trabajadores de la salud en búsqueda mancomunada del ejercicio efectivo de dicho derecho como expresión particular de la lucha por la abolición de las desigualdades económicas y sociales.

El ámbito y contenido del quehacer así como los criterios de prioridad tienen que replantearse.



En primer término la construcción objetiva de los problemas de la salud femenina a escala nacional debe reconocer la heterogénea distribución de los patrones de salud-enfermedad en las regiones socio-epidemiológicas antes esbozadas. En especial debe profundizarse en el conocimiento cabal de los perfiles epidemiológicos de: las **trabajadoras obreras** de las grandes áreas urbanas, de las **empleadas públicas** de esas mismas áreas, de las **trabajadoras subasalariadas** (mal llamadas informales) de las urbes, de las **trabajadoras campesinas** de las zonas industrializadas y preempresariales del sector agropecuario y de las **trabajadoras en el sector doméstico**. Hay estudios que se han adelantado sobre la regionalización epidemiológica de los problemas de la mujer en nuestra formación social.

En la lucha por la defensa de la calidad de vida general deben introducirse las tesis específicas sobre la salud de la mujer. Esto se refiere a los aspectos de la lucha por la **salud de los trabajadores** que implica la formación de comisiones de salud en las unidades de producción de todo tipo. También es clave la defensa del **consumo popular** en lo que atañe a los problemas de alimentación, vivienda, transporte, recreación, proceso educacional, comunicación de masas, protección y desarrollo del medio ambiente. Al igual que en la lucha por las condiciones de trabajo, aquí la lucha debe encaminarse a **levantar la conciencia colectiva** sobre la importancia de las condiciones de vida frente a la producción de enfermedades. Para consolidar estas conquistas, no sólo es importante institucionalizar aspectos como el cálculo médico-epidemiológico de la tabla de salarios sino que debe consolidarse un claro cuerpo legislativo que garantice el acceso a los bienes de consumo básicos, su seguridad y calidad. En este campo se abre la ardua tarea para desterrar las malas políticas de expendio de medicamentos para la mujer que son iatrogénicos o inútiles. En todo ésto, al igual que en el proceso de defensa del trabajo las conquistas deben expresarse en renovadas disposiciones jurídicas y su avance debe respaldarse en el uso de la información científica que debe fortalecerse y crecer bajo nueva modalidad y contenido.

Un mecanismo central de la reformulación de la salud es el surgimiento de un **sistema nacional de atención en salud**, donde los problemas específicos de la mujer no sean mediatizados o aún empeorados por una práctica de bases incorrectas. Un sistema nacional único, totalmente integrado que rompa la distribución clasista de servicios de salud que ahora impera y donde la atención a la mujer se ofrece bajo las más severas restricciones.

En definitiva lo peor que podría hacerse frente a los desafíos presentes es mantener la lucha en el terreno y dentro de los límites impuestos por las fuerzas hegemónicas. Esa sería una conducta equivocada e irres-

ponsable que acabaría por evaluar el método del "reparto de las migajas" como medio para lograr la nueva mujer latinoamericana.

Las notas y reflexiones preliminares que reúne el presente documento contienen algo de la riqueza y también de las limitaciones de un estudio de la problemática femenina vista por un hombre, por un trabajador de la ciencia. Más allá de la identificación del autor con una visión igualitaria de la sociedad y del anhelo por un mundo económicamente más justo, está la honda convicción de que una parte decisiva de la utopía de un mundo mejor será la conquista de una vigencia plena de las capacidades postergadas de la mujer. Cuando ese mundo advenga, se hará totalmente visible la enorme magnitud del error más grave de la sociedad machista y patriarcal: el de haber confundido diversidad biológica con inferioridad natural y haber colocado entre paréntesis el potencial biológico particular con que la mujer aporta, y aportará aún más, a nuestra más profunda liberación.

### CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. BASAGLIA, F. Una Voz: "Reflexiones sobre la Mujer". Puebla, Universidad Autónoma, 1986, pp. 13.
2. PADILLA, D. Mujer, Crisis y Estado. Quito. ILDIS, 1988.
3. Trabajos como:  
SADIK, N. Estado de la Población Mundial. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1989.  
OPS/OMS. La Salud de la Mujer en las Américas - Washington, Publicación Científica 488, 1985.  
OMS. La Salud y la Condición Jurídica y Social de la Mujer - Ginebra, FHE, S.F.
4. REED, E. Sexo Contra Sexo o Clase contra Clase. México, Editorial FONTAMARA, 1984, pp. 39-40.
5. REED, E. Ibid, pp. 25
6. GRANDA, E. y BREILH, J. Op Cit., pp. 83-84.
7. DELGADO, H. Efecto de la Nutrición en la Vida Reproductiva de la Mujer., São Paulo, Seminario Latinoamericano sobre Población y Salud, 1985.
8. GRANDA, E. y BREILH, J. Op. cit., pp. 86-89.