

SALUD, GÉNERO Y DESARROLLO EN LA INDIA

Tanusree Raha

Jesus and Mary College, Universidad de Delhi, Nueva Delhi

A pesar de los progresos que ha realizado la India en muchos ámbitos, persiste una pauta generalizada de desigualdad entre hombres y mujeres, sobre todo en lo que se refiere al acceso a la salud, la nutrición y la educación. Aunque es difícil hacer generalizaciones en un país tan grande como la India, con sus amplias variaciones culturales, la posición inferior de las mujeres es bien patente y visible no solo en los ámbitos de la educación y la salud, sino también en los procesos de ejercicio del poder y toma de decisiones.

Actualmente, en el siglo XXI, en un país con más de mil millones de personas, todavía hay muchísimas como ella...

Tiene 35 años. Cuando nació, su madre estaba desnutrida y agotada por la sobrecarga de trabajo. Era muy pequeña y presentó bajo peso al nacer; su desarrollo fue lento. De niña recibió pocos alimentos saludables, incluso menos que sus hermanos. Durante casi toda su infancia estuvo desnutrida o subalimentada. No pudo ir a la escuela, a diferencia de sus hermanos, y tuvo que quedarse en casa para ayudar a su madre en las tareas domésticas y el cuidado de sus hermanos y hermanas menores.

Cuando llegó a la adolescencia, tenía los huesos pélvicos deformados y era más baja de lo que le habría correspondido. Siguiendo la tradición, la casaron pronto y tuvo su primer hijo con solo 15 años. Sus posteriores y numerosos embarazos fueron muy seguidos, con un espaciamiento insuficiente entre uno y otro para poder recuperarse. Desde entonces siempre ha estado anémica, una condición agravada por la anquilostomiasis que también padece. Durante uno de sus embarazos sufrió fiebres palúdicas y abortó. Su estado nutricional era deficiente y estaba extenuada de fatiga. Tenía tanto trabajo –atender a sus hijos, terminar las tareas domésticas, acarrear agua y trabajaren una fábrica local de ladrillos- que empezó a temer el siguiente embarazo. Cuando llegó, acudió a una mujer del pueblo para que le diera algo para interrumpirlo. Se puso muy enferma, pero funcionó.

Amamantó a todos sus hijos, aunque a menudo le resultaba difícil y fatigoso. Una vez, para no perder su empleo, le pidió a su hija mayor que le diera al bebé un biberón de leche diluida con agua. La criatura murió a los 4 meses, de diarrea.

Igual que hiciera antes su madre, nunca acudió a un centro de salud durante sus embarazos. Estaba demasiado lejos. Una comadrona tradicional la asistió en los partos. La falta de higiene le provocó graves infecciones puerperales.

Aunque sobrevivió a todas ellas, a los 35 años todavía tiene fuertes dolores de “barriga”, que se reavivan de vez en cuando. Además, después de tantos embarazos, es probable que sufra un prolapso parcial del útero, lo que a menudo le provoca fuertes molestias, sobre todo después de una dura jornada de trabajo acarreando ladrillos o grandes cubas de agua.

Es pobre, pertenece a una casta baja, y vive en una aldea atrasada, pero **por encima de todo es mujer...**

Estas secuelas tan adversas para la salud son resultado del bajo valor que se otorga a las mujeres en las sociedades fuertemente patriarcales. Los hombres son los actores significativos en todas las esferas de la vida: la familia, el hogar y el ordenamiento social. Su principal papel es de “sostén”, en el sentido de que se les considera como proveedores de ingresos (*breadwinner*, los que ganan el pan), por importante que sea la contribución de la mujer al proceso productivo. Su otro papel es el de “reproductores”. Las mujeres solo traen las criaturas al mundo y son los hombres quienes les dan una identidad social: quienes se reproducen son ellos.

Resulta fácil apreciar hasta qué punto este tipo de estructura social infravalora a las mujeres y su posición inferior queda patente sobre todo en los momentos del ciclo vital en los que son biológica y socialmente más vulnerables, concretamente, en la primera infancia y en la etapa reproductiva. Cada año nacen doce millones de niñas y un 25% de ellas no viven para poder celebrar su decimoquinto aniversario. Las que sobreviven se enfrentan con un mundo que les niega la comida, la atención de salud, la educación, el empleo e incluso la dignidad y el respeto.

¿CUÁNTAS MUJERES VIVEN EN LA INDIA?

Se acaba de completar el primer censo de la India de este nuevo siglo y, aunque todavía no se han hecho públicas las estadísticas detalladas, se ha anunciado que la población india es de 1.027 millones de habitantes, con una minoría de las mujeres. Sorprendentemente, si se tienen en cuenta los avances de la ciencia médica, en nuestra población la relación entre los sexos sigue siendo adversa para las mujeres. Ha aumentado marginalmente de 927 mujeres por cada 1000 hombres en 1991 a 933 mujeres por cada 1000 hombres en 2001, pero esto no es para echar las campanas al vuelo: en 1981 eran 934...

Si las mujeres y los hombres recibiesen un trato de igualdad en la India, cabría esperar que hubiese alrededor de 105 mujeres por cada 100 hombres. Por lo tanto, en la población actual de mil millones de habitantes debería haber 512 millones de mujeres. En cambio, las estimaciones indican que solo son 489 millones. ¿Qué se ha hecho, entonces, de esos otros 20-25 millones de mujeres en la India? Es lo que se conoce como el síndrome de las “mujeres perdidas”. Algunas no han llegado a nacer y el resto mueren porque no tienen la oportunidad de sobrevivir.

En estos momentos se está discutiendo si la posible existencia de feticidios o incluso de infanticidios femeninos está contribuyendo a esta proporción de mujeres tan adversa. Numerosos estudios dan cuenta de casos de infanticidio femenino, aunque esta información está basada en “rumores”, debido a la reticencia de las personas a hablar demasiado abiertamente por temor a las acciones penales. El *modus operandi* parece ser que los padres de las niñas habían ordenado a las comadronas que provocasen su muerte y esto se conseguía dándoles leche envenenada o asfixiándolas con un trapo.

La práctica de la amniocentesis y el uso de ultrasonidos para determinar el sexo del feto, con vistas al posterior feticidio determinado por el sexo es una práctica más universal. Existe una preferencia universal por los hijos varones, porque pueden transmitir el apellido de la familia, y también porque serán fuente de apoyo

económico y de seguridad en la vejez, mientras que las niñas se perciben como una carga. El “síndrome del hijo varón” es tan potente que incluso los médicos cobran más cuando el resultado de la prueba para determinar el sexo es “favorable”. Un artículo publicado en uno de los principales diarios en inglés explicaba que un médico de un centro de diagnóstico cobra 800 rupias cuando se trata de una niña y 1.000 rupias en el caso de un niño. Aunque se trata de una práctica ilegal, estos centros de diagnóstico que realizan pruebas para determinar el sexo del feto continúan proliferando en toda la India, especialmente en el Norte, donde el “síndrome del hijo varón” está particularmente arraigado. Las razones que suelen dar las mujeres para explicar su preferencia por los hijos varones son predecibles: las presiones de sus familias que esperan que tengan un heredero. Algunas dicen sentir la necesidad de “equilibrar” sus familias, puesto que ya tienen una hija. Curiosamente, las familias que solamente tienen hijos no sienten la necesidad de “equilibrarlas” teniendo niñas.

Las pruebas de determinación del sexo son caras, pero los recursos ingeniosos con que se anuncian atraen a la gente. Frente a una clínica de abortos, un cartel proclamaba: “Pague ahora y ahorre luego”. Una clara referencia a la necesidad dominante de ahorrar gastos no teniendo hijas a las que luego habrá que dar una dote. El mensaje para los futuros progenitores es claro: si engendran hijas tendrán problemas financieros. Es preferible gastar ahora algunos miles de rupias en las pruebas prenatales de determinación del sexo y en abortos selectivos en función del sexo del feto, que gastar luego millones en el pago de la dote, después de ahorrar durante años.

Seguramente no existe otro país donde a las mujeres se las llame *devis* o diosas y a la vez se nieguen sus derechos y estén discriminadas. Esta discriminación es particularmente notoria en los estados del Norte de la India que presentan altas tasas de natalidad y de mortalidad infantil y materna, bajos niveles de alfabetización, especialmente entre las mujeres, y una proporción adversa de mujeres en relación con la de hombres. Dichos estados, demográficamente atrasados, se han calificado como estados *bimaru*. En hindi, *bimar* significa enfermedad, o mala salud. A la vista de los datos estadísticos del censo de 2001 sobre la proporción de niños y niñas en los grupos de edad más, tal vez podríamos usar el acrónimo DEMARU (D de hijas – *daughters*, en inglés– y MARU, que en hindi significa matar), o sea, eliminación de las hijas, para designar a cuatro estados del Norte de la India donde la práctica del feticidio femenino está muy generalizada.

DISCRIMINACIÓN DE LAS NIÑAS EN MATERIA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS

Veamos ahora que ocurre con las niñas, cuando tienen la fortuna de llegar a nacer. Se ha comprobado que, a diferencia de lo que ocurre en otros países donde las niñas gozan de ciertas ventajas biológicas que favorecen su supervivencia, en la India su tasa mortalidad es superior a la de los niños. Esta diferencia es aún más acusada en las zonas rurales.

Aunque existen variaciones, los datos globales parecen indicar que la desventaja femenina en materia de mortalidad aumenta pasada la primera infancia en la mayor parte de la India. El exceso de la mortalidad femenina tiende a ser más acusado a la edad de 5 años que en el primer año de vida.

Las regiones con la mortalidad femenina más alta se encuentran predominantemente en el Norte de la India, aunque no exclusivamente allí. La baja consideración social de las mujeres en el Norte es producto del patriarcado y, sumado a la práctica de la exogamia en las aldeas, ha reducido la autonomía de las mujeres a la vez que aumenta su vulnerabilidad.

La percepción del mayor o menor valor cultural que se confiere a una criatura se traduce en diferencias a la hora de asignar los recursos del hogar. Dado el escaso valor cultural y económico que tienen las hijas en el sistema patriarcal hindú, las niñas reciben una parte mucho más reducida de los recursos del hogar. Aun cuando existen indicios etnográficos que sugieren que el reparto diferenciado empieza ya durante la lactancia, cuando se amamanta menos a la niña y durante un período de tiempo más corto, se dispone de pruebas más concluyentes de una discriminación en el reparto de los alimentos pasada la primera infancia, confirmadas por la mayor mortalidad femenina a partir del primer año de edad. Las afecciones diarreicas infantiles y la carencia nutricional asociada son más frecuentes entre las niñas. En lo que respecta al estado de nutrición de los niños y niñas de 1- 6 años, existe una disparidad en el alimento que reciben los niños y las niñas, tanto desde el punto de vista calórico como en cuanto a la cantidad de proteínas. Es decir que un mayor número de niñas que de niños sufren malnutrición. En el caso de las niñas, la desnutrición tiene otras causas además de la falta de alimentos o de acceso a los mismos. Las niñas reciben menos alimento, son las últimas en comer y a menudo solo reciben las sobras.

En la India también se aprecian diferencias de género en el acceso a la atención médica. Los niños reciben tratamiento médico profesional con mayor frecuencia en caso de enfermedad y el gasto en atención médica para los hijos es 2,34 veces superior que para las hijas.

- Las chicas no se desarrollan hasta alcanzar toda su estatura y peso potenciales
- Su dieta es de peor calidad y el número de niñas que sufren desnutrición es superior al de niños del mismo grupo de edad
- Las niñas reciben alimentos menos nutritivos que los niños
- Un número inferior de niñas que de niños recibe atención médica en el momento oportuno

Es importante tener presente que el sesgo de género en la asignación de los alimentos y el tratamiento médico está asociado al número de hijas ya nacidas en la familia. Según las estimaciones de un estudio, las niñas con hermanas mayores tienen 5,8 veces más probabilidades de morir que las que no tienen hermanas.

La educación, especialmente los conocimientos e información básicos en materia de salud y nutrición, puede mejorar mucho las probabilidades de supervivencia de las criaturas. Se ha constatado que unos pocos años de escolarización de la madre reducen en casi un 40% la tasa de mortalidad infantil.

LOS RIESGOS DE LA MATERNIDAD

Además de la primera infancia, otro período durante el cual las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad biológica específica son los años de apogeo de la etapa reproductiva. El matrimonio, especialmente en los lugares donde se practica la exogamia, coloca a la mujer en una situación en la que dispone de pocos medios para

proteger su salud, dado el escaso apoyo que recibe en el hogar conyugal. En esa etapa se ve expuesta a los riesgos para la salud reproductiva asociados a los embarazos, la contracepción, los abortos y los partos.

Es cierto que los niveles de mortalidad han descendido en los últimos años y el censo de 2001 refleja una esperanza de vida al nacer para las mujeres jamás alcanzada hasta ahora, y que las tasas de fecundidad también se han reducido de 5,5 hijos/hijas por mujer en la década de 1970 a 3,5 en la actualidad. De lo cual no se debe inferir que la salud reproductiva haya dejado de ser un tema de importancia fundamental. La mortalidad materna y las complicaciones asociadas al embarazo siguen siendo muy elevadas en la India, en comparación con nuestros vecinos asiáticos.

En la India se registran un mayor número de muertes maternas en una semana que en toda Europa en un año. El número total de muertes por complicaciones asociadas al embarazo y el parto que se registran en un solo día en la India es superior al que se registra en un mes en todo el mundo desarrollado. Según las estadísticas más recientes, la tasa de mortalidad materna en la India es de 460 por cada 100.000 nacidos vivos. Las cifras de mortalidad materna son absolutamente aterradoras. Unas 120.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, aproximadamente una cada 5 minutos; es decir, que mientras presento esta ponencia una mujer morirá de parto en algún lugar del país.

Las causas de la muerte innecesaria de tantas mujeres, la mayoría en la flor de la edad, se remontan a mucho antes del embarazo y se extienden mucho más allá del ámbito de la atención médica. Son el resultado de la falta de conocimientos sobre las prácticas de cuidado de la salud, del matrimonio prematuro de las chicas, de los embarazos muy seguidos y de las prácticas culturales que determinan que las mujeres sean las últimas en recibir alimento o atención médica, aunque trabajen más horas que los hombres.

La mayoría de las mujeres indias no disfrutan del lujo de una baja por maternidad. Las que dependen de un jornal a menudo trabajan en el campo hasta el último momento y lo reanudan lo más pronto posible después del parto. Las costumbres y la tradición a menudo impiden que las embarazadas ingieran los alimentos que requieren. En algunas zonas del país, se cree que la papaya, la piña, los huevos y los muslos de pollo son abortivos y no se permite que las embarazadas que los coman. Irónicamente, se trata de alimentos ricos en hierro y vitamina A, nutrientes esenciales para un embarazo sin riesgos y para que las criaturas nazcan sanas. En muchas regiones, las embarazadas no reciben alimentos “ricos”, como leche y grasas, porque se cree que el bebé será demasiado grande y el parto, difícil. La desnutrición (que se traduce en anemia), los servicios médicos deficientes pobres y unas condiciones sociales desfavorables son, por lo tanto, las principales causas subyacentes de la elevada mortalidad materna.

En la mayor parte de la India se fomenta el matrimonio temprano de las mujeres. Una vez casadas, se ven sometidas a la presión de factores socioculturales que exigen que conciban lo más pronto posible: la única vía para conseguir prestigio y seguridad en su nuevo hogar. Se estima que entre un 10 y un 15% de todos los partos que se registran cada año corresponden a mujeres menores de quince años, que todavía no han alcanzado su plena madurez física. Una chica de 14 o 15 años todavía es una niña; el desarrollo no se completa hasta los 18-20 años. Como resultado de los elevados niveles de desnutrición y de las deficiencias de la función placentaria entre las madres

adolescentes, el riesgo de mortalidad materna es alto para éstas. No es de extrañar, por lo tanto, que la mortalidad materna se concentre en los grupos de edad más jóvenes.

Los problemas de salud reproductiva a menudo se deben a que las mujeres embarazadas reciben escasa atención dada la idea tradicional de que el embarazo y el parto no precisan atención médica, y las comadronas tradicionales solo intervienen en el momento del parto.

El contacto con la red de atención de salud también es insuficiente debido a la baja calidad de los servicios. Solo un 25% de las mujeres de la India tienen contacto con personal médico o paramédico en el momento del parto. Dada la falta de personal cualificado y de servicios de salud materna accesibles y económicos, un 84% de las mujeres rurales y un 42% de las urbanas dan a luz con la de personal no cualificado. A la vista de lo cual no resulta sorprendente que las tasas de mortalidad materna sigan siendo altas. La diferencia que puede suponer disponer de servicios adecuados en el momento del parto queda de manifiesto en las diferencias que se observan entre los estados de Uttar Pradesh y Kerala. Dado que en el primero solo el 4% de los partos cuentan con la asistencia de comadronas cualificadas –comparados con un 53% en el segundo–, Uttar Pradesh continúa figurando en el grupo con las tasas más altas de mortalidad materna y también infantil, mientras que Kerala puede presumir de haber logrado uno de los éxitos más espectaculares del mundo en desarrollo.

Las parteras muy a menudo carecen de la competencia y los recursos necesarios para salvar la vida de la madre en caso de algún riesgo. Solo una pequeña inversión para mejorar el nivel de conocimientos y capacitación de estas mujeres permite conseguirse enormes resultados. La capacidad de detectar las señales de peligro, junto con la disponibilidad de medios de transporte y carreteras transitables todo el año para poder trasladar rápidamente a la parturienta a un hospital equipado para hacer frente a este tipo de emergencias, son medidas sencillas que pueden reducir la mortalidad materna a la mitad.

Para la gran mayoría de nuestras mujeres rurales, que casi con toda probabilidad presentan anemia y bajo peso y seguramente no están protegidas contra el tétanos, el parto en casa no es una elección, sino la única alternativa.

Incluso cuando tiene lugar en un centro de salud pública, bajo la supervisión de un médico o enfermera, el parto tampoco está libre de riesgos. Un estudio indica que el centro de atención primaria (CAP) medio (de carácter gubernamental) no está equipado ni siquiera para emergencias menores y a menudo no cumple las normas mínimas de salubridad e higiene. Además de la falta de higiene, medicamentos y privacidad, el ambiente de un CAP no resulta acogedor para una mujer que está de parto. No está preparado para acomodar a los familiares que deseen acompañar o apoyar a la parturienta. Los médicos y enfermeras son personas que proceden de zonas urbanas, que no entienden su dialecto y que la tratan como un “caso” en lugar de cómo a una persona. Dadas estas circunstancias, a la mayoría de las mujeres no les queda más alternativa parir en casa, aunque tengan un CAP cerca. La mayor tragedia de todas las muertes maternas que se producen es que la mayoría se podrían evitar.

Como en la mayor parte de los países en desarrollo, las septicemias, las hemorragias y las toxemias son las principales causas de mortalidad durante el embarazo y el parto. Las complicaciones derivadas de los abortos clandestinos también aparecen como una causa importante de mortalidad.

Se olvida asimismo que, además de los problemas relacionados con el aparato reproductor, las mujeres también sufren enfermedades transmisibles y de otro tipo durante el embarazo. Las mujeres de las zonas donde el paludismo es endémico son proclives a sufrir esta enfermedad, que también puede ser causa de abortos, alumbramientos de criaturas muertas y bajo peso al nacer. Las enfermedades víricas, la hepatitis, la tuberculosis, el reumatismo cardíaco, la diabetes son otras tantas dolencias que se agravan durante el embarazo. Además, dado el reparto desigual de las tareas domésticas durante el embarazo, inmediatamente después del parto y durante la crianza de los hijos o hijas, la mujer se ve abrumada por la carga de su rol social y esto la hace propensa a contraer una serie de enfermedades, de carácter reproductivo o no, pero que se traducen en una alta morbilidad y mortalidad femeninas.

Factores determinantes de la mortalidad materna

- Centros de salud inadecuados
- Falta de control de la fecundidad
- Sobrecarga de trabajo (dentro y fuera de casa)
- Nutrición inadecuada
- Pobreza y falta de agua potable, vivienda y educación
- Actitudes y prácticas discriminatorias en la familia y la sociedad

Las altas tasas de mortalidad materna y el rápido crecimiento de la población son los dos principales problemas de salud y planificación familiar de la India, cuya responsabilidad recae sobre las mujeres. No obstante, puesto que las concepciones sobre la familia y la reproducción son principalmente masculinas, no es a las mujeres a quienes se debe persuadir o sensibilizar sobre la urgente necesidad de controlar el crecimiento de la población. Si éstas continúan teniendo familias numerosas, ello se debe a que en nuestro país muy pocas tienen algún control sobre el uso que se hace de sus cuerpos.

En la India, todos los métodos de planificación familiar están dirigidos a las mujeres. Ellas practican en un 95% de los casos los diferentes procedimientos empleados: aborto, dispositivos intrauterinos, píldoras, ligadura de trompas, etc. Sin embargo, irónicamente, las mujeres tienen muy poco poder de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos. La mayoría de las que los aceptan son mujeres mayores que ya tienen dos o más hijos o hijas. Los anticonceptivos se utilizan sobre todo para limitar los embarazos, más que para espaciarlos. El aborto es la forma más frecuente de control de la natalidad.

El diseño del programa de planificación familiar, con incentivos y metas, explica la práctica de las esterilizaciones femeninas. La adscripción de la responsabilidad en materia de planificación familiar en función del género queda de manifiesto en el hecho de que el 96% de las esterilizaciones son ligadura de trompas. Esto también refleja una concentración desequilibrada del programa en los métodos definitivos en detrimento de los reversibles.

En este momento, es urgentemente necesario un replanteamiento de toda la estrategia en materia de planificación familiar. El presupuesto en este ámbito se ha incrementado enormemente, mientras que la tasa de natalidad se ha mantenido estable

en torno al 30 por 1000 durante el último decenio. La tasa de fecundidad es de 3,5 en la India, pero algo superior –de hasta 3,7– en el caso de para las mujeres rurales. La incapacidad de reducir la tasa de natalidad después de cuarenta años de programas de planificación familiar intensivos en capital sólo demuestra que los programas orientados hacia la consecución de metas cuantitativas no pueden conseguir los resultados deseados.

En 1996, el gobierno federal reconoció su error y abandonó las metas en materia de planificación familiar a favor de un enfoque basado en la evaluación de las necesidades de cada comunidad. Sin embargo, la consecución de unas metas en materia de esterilización femenina continúa vigente y un centro de salud dirigido por una comadrona auxiliar de enfermería (*Auxiliary Nurse Midwife*) –funcionaria del servicio de salud gestionado por el gobierno– tiene que cubrir determinadas metas en materia de esterilización si desea conseguir un buen destino o algún otro privilegio. El resultado es que los partos sin asistencia continúan causando la muerte de millares de madres jóvenes, mientras las comadronas cualificadas que podrían haber evitado muchas de esas muertes están demasiado atareadas rellenando formularios interminables, administrando gotas contra de la poliomielitis y píldoras anticonceptivas, e intentando alcanzar los objetivos en materia de esterilización femenina.

Además, se debe tener en cuenta que la tecnología no podrá reducir por sí sola las tasas de natalidad, puesto que éstas también tienen unas dimensiones socioeconómicas. Las altas tasas de natalidad son una consecuencia de la mortalidad infantil, los bajos niveles de alfabetización femenina, la dependencia de las familias pobres del trabajo infantil y otros factores económicos conexos. De hecho, el desarrollo socioeconómico va acompañado de un descenso automático de las tasas de natalidad. El estado de Kerala tiene la tasa de natalidad más baja, no a causa de sus programas de control de la población, sino debido a otros factores, como la reforma agraria, el salario mínimo garantizado, unas altas tasas de alfabetización femenina y el acceso a servicios de atención de salud. En pesar de haber reconocido este hecho, nuestros planificadores continúan impulsando programas de planificación familiar que tienen como blanco a las mujeres.

Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres se ha identificado como un problema de salud importante. Mientras que los hombres son víctimas de violencia en incidentes de violencia callejera, actos delictivos, etc., la violencia contra las mujeres es obra de sus parejas y otras personas conocidas.

La mayor parte de las mujeres de la India han sido educadas para hacerse cargo de las tareas domésticas. También se las valora como personas timoratas, sumisas y dóciles. El medio social patriarcal ha establecido una relación de poder desigual entre hombres y mujeres, y a las niñas se las priva de sus derechos básicos a la alimentación, la educación y la salud. En este contexto, se convierten en un blanco accesible de muchas formas de violencia. Cada vez son más frecuentes las noticias de casos de violación, acoso sexual, asesinato, malos tratos, infanticidios femeninos, muertes asociadas al pago de la dote e incluso *sati* o inmolación de las viudas.

Un caso particular de violación en grupo que recibió una atención especial en los medios de comunicación fue el de Bhanwari Bai, una agente comunitaria (*sathin*) que

trabajaba en Rajastán. Como parte del desarrollo de su tarea de agente comunitaria, se dedicó a convencer a la gente para que no solemnizasen los matrimonios infantiles en una jornada específica dedicada a ese efecto en Rajastán. Consiguió evitar los matrimonios infantiles. Esta acción enfureció a los hombres de las castas superiores. Un grupo de ellos la atacó junto con su marido y luego la violó. Dado que el matrimonio infantil era una práctica socialmente aceptada en la comunidad, pasaron varios meses sin que se detuviera a los culpables. Su detención se produjo solo cuando la Comisión Nacional para las Mujeres se ocupó de su caso. Cuando éste pasó a juicio, la defensa argumentó que todos los presuntos violadores eran hombres de mediana edad y, por lo tanto, no podían haber cometido el delito puesto que, según alegaron, sólo los adolescentes cometen violaciones. La sentencia repitió el mismo argumento y añadía que era imposible que hubiese habido una violación, ya que los acusados pertenecían todos a castas superiores, entre ellos un brahamán, y la víctima era una mujer de una casta inferior. Los cinco acusados fueron absueltos de la acusación de violación.

Irónicamente, las propias leyes que se ocupan de la violencia constituyen la mayor barrera que impide que se haga justicia a las mujeres.

- La definición de violación excluye todas las formas de abuso sexual salvo el coito con penetración.
- La edad de consentimiento está fijada en quince años, en contradicción con la definición de mujer adulta como una mujer mayor de dieciocho años.
- La violación conyugal no se considera un delito salvo si la “esposa” es menor de doce años, a pesar de que el matrimonio con una menor ya es un delito.
- En general, se presume que las mujeres que no pueden presentar pruebas físicas de haber ofrecido resistencia, en forma de lesiones, han consentido el acto.

Otra forma de violencia es la relacionada con el pago de la dote. Las peticiones de una dote cada vez más elevada acaban en muchos casos con la muerte de la víctima. Recientemente, se ha empezado a considerar que el aumento progresivo de las muertes por lesiones, clasificadas a veces como suicidios, forma parte del conjunto de muertes relacionadas con el pago de la dote. En 1999, solamente en Delhi, la policía registró 6500 delitos relacionados con el pago de la dote. De éstos, tan solo 1500 de los acusados fueron detenidos y todos ellos quedaron en libertad bajo fianza. Más de 20.000 casos están pendientes de juicio en el Tribunal Supremo. En Delhi, cada doce horas se acaba con la vida de una novia. En una encuesta, el 50% de las víctimas quemadas (que sobrevivieron) manifestó que la dote insuficiente es solo uno de los móviles maritales; otras son:

- Protestar contra una relación extraconyugal del marido
- Rechazar los avances sexuales del suegro o un cuñado
- Protestar contra la adicción del marido a las drogas y el alcohol

La violencia doméstica es probablemente el delito menos denunciado, probablemente por una combinación de causas, dado que: a) la policía considera que la violencia familiar es un asunto que se debe resolver privadamente y b) las mujeres son reacias a denunciar los casos por temor a ponerse en evidencia ante su comunidad. No obstante, cada vez existen más pruebas que demuestran que todas las mujeres, independientemente de su edad, clase, casta y comunidad, están expuestas a la

violencia doméstica y que el matrimonio, la familia extensa, la educación, la seguridad económica y el estatus social no ofrecen una protección real.

Las razones que se aducen para explicar la violencia doméstica son igualmente preocupantes: la más trivial de las causas parece justificar la necesidad de una extrema protección.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MOTIVOS DECLARADOS DE LOS ACTOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

MOTIVOS GENERALES	PORCENTAJE
No lleva bien la casa	8
Instigación de terceros	13
Otras	37
Dificultades económicas	48
No atiende bien a los hijos/hijas	48
Comida mal preparada	51
La combed no estate list a la hour	66

La violencia contra las mujeres en el seno de las familias se justifica y se aprueba a menudo por considerar que es necesaria para afirmar la autoridad de los hombres sobre las mujeres, para “disciplinarlas” y para castigarlas por el incumplimiento de sus deberes. No solo los hombres, sino muchas veces también algunas mujeres, comparten esta opinión. Una vez más, la educación aparece como una variable significativa en la determinación de los niveles de tolerancia de las mujeres con respecto a la violencia.

SITUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y POLÍTICAS SANITARIAS DEL GOBIERNO

La salud es un tema muy complejo, y su complejidad se acentúa en un país con una gran diversidad, una población numerosa y creciente y afectado por la pobreza. Aunque es innegable que el estado de salud de la población india ha mejorado significativamente en diversos aspectos, hay muchos otros que son motivo de gran preocupación, sobre todo la inversión cada vez más acusada de la relación entre las proporciones de ambos sexos dentro del conjunto de la población y los niveles significativamente elevados de las tasas de mortalidad materna y neonatal. El peor estado de salud de las mujeres se puede atribuir en gran medida a una atención inadecuada en las políticas, programas y enfoques en el ámbito de la salud y también en otros ámbitos del desarrollo.

Idealmente, la atención de salud abarcar los aspectos preventivos, de promoción y de rehabilitación, además de los tratamientos curativos, basados en el uso de

medicamentos, médicos y dispensarios. Esto último es una herencia de nuestro pasado colonial.

La medicina occidental llegó a la India a través de los gobernantes británicos. Un modelo sanitario colonial, dedicado a atender las necesidades de los gobernantes se superpuso, así, a la cultura autóctona de la salud que ya existía antes. En consecuencia, se establecieron unos servicios de salud fuertemente centralizados, orientados hacia las zonas urbanas y que atendían a una pequeña parte de la población. Los sistemas de medicina autóctonos entraron en un estado de progresiva decadencia y abandono.

Cuando la India conquistó la independencia, el primer cambio de envergadura en el ámbito de la planificación sanitaria fue el intento de desarrollar una infraestructura capaz de ofrecer atención de salud de calidad y gratuita, a través de un sistema de referencia con red de subcentros, centros de atención primaria y centros comunitarios de salud. A la vez, se consideró necesario desarrollar un sistema basado en agentes médicos con una formación simple, a semejanza de los “médicos descalzos” chinos, que además de prestar servicios de atención de salud también pudiesen cumplir una función educativa.

El sistema gubernamental de referencia debería comprender idealmente: 1) Un subcentro coordinado por dos agentes polivalentes, un hombre y una mujer, encargados de atender a unas 3000 - 5.000 personas de entre cinco y siete aldeas; 2) un centro de atención primaria dotado de médicos y otro personal auxiliar, encargado de atender a unas 20.000 - 30.000 personas; y 3) el centro comunitario de salud, encargado de actuar como centro de referencia y apoyo para el centro de atención primaria. En último lugar, intervendrían están los hospitales especializados de las ciudades.

Un componente importante del modelo de atención sanitaria de la India (basado en los usos británicos) era la oferta a los ciudadanos de servicios de salud de alta calidad y de carácter en gran parte curativo con un coste muy bajo o gratuitos. Un modelo inapropiado dado que la India no dispone de los recursos necesarios para mantenerlo. Además, éste no prestaba una atención adecuada a otros aspectos del desarrollo, como el acceso a agua potable, la nutrición, los sistemas de saneamiento, el control de las enfermedades contagiosas, que hubiesen reducido la incidencia de la morbilidad.

Dicho modelo de atención sanitaria tampoco dio buenos resultados desde el punto de vista de la salud debido a una elección equivocada de prioridades para la asignación de los recursos. El 80% de los recursos destinados a la salud se gastan en hospitales y centros de investigación localizados en centros urbanos, que atiende a un 20% de la población. Por el otro lado, solo se dedican el 20% de los recursos a la atención primaria, que cubre al 80% de la población. La mayoría de los centros de salud rurales, que atienden solo al 50% de la población rural, funcionan con un personal insuficiente y sufren escasez de medicamentos y equipos. También tienen dificultades para atraer médicos dispuestos a trabajar allí y los que tienen lo hacen solo como un último recurso. Como resultado de la intervención sumamente inadecuada del gobierno en el sector sanitario rural, la población se ve obligada a recurrir a médicos particulares, que no son mejores que los curanderos, con un gasto de dinero que difícilmente se pueden permitir.

En las ciudades, el panorama es tan desolador como en las zonas rurales. Debido a la emigración de las zonas rurales, las ciudades reciben una afluencia masiva de población, que en su mayor parte vive hacinada en barrios de chabolas. Existe una insuficiencia crítica del número de centros de atención primaria urbanos y, como resultado, los hospitales públicos están desbordados.

Mientras que la población pobre urbana depende de esos hospitales masificados, los ricos de las ciudades tienen acceso a los más modernos y sofisticados sistemas de atención de salud. Una tendencia emergente actualmente en la India es la inversión en gran escala del sector privado en servicios curativos. Por primera vez en la India, están empezando a actuar en el sector sanitario grandes empresas que atienden a las élites.

En cuanto a las mujeres, la práctica habitual ha sido considerar su salud en relación con el proceso de concepción –embarazo–, parto, salud infantil, contracepción e interrupción del embarazo. No obstante, es importante recordar que el estado de salud de las mujeres refleja el efecto acumulativo de todo lo que le ha ocurrido a lo largo de la vida. Es un enfoque sesgado considerar los problemas de salud de las mujeres exclusivamente bajo el prisma de la salud reproductiva. Los datos sobre la esperanza de vida revelan que la de las mujeres es inferior a la de los hombres para todos los grupos de edad hasta los 40 años. Además, el 26% de la mortalidad femenina ocurre en el grupo de edad de 0 a 9 años. E incluso en la edad reproductiva, solo un 11% de las muertes se deben a causas relacionadas con el embarazo. La mayor parte tienen su origen en el estado de nutrición de la mujer y otras enfermedades.

A pesar de estas pruebas indiscutibles de que la salud de las mujeres no está necesariamente relacionada con los embarazos y partos, nuestro sistema de salud solo se preocupa de su salud cuando están embarazadas o amamantando. La terminología de los programas de salud ya pone de manifiesto este hecho. En efecto, tenemos un Programa de salud materno-infantil y hospitales maternos, pero no hospitales de mujeres ni programas de salud para las mujeres. Una agente de salud recibe el nombre de comadrona auxiliar de enfermería (*Auxiliary Nurse Midwife*). Sin embargo, las mujeres tienen también otras necesidades en materia de salud que no son de carácter reproductivo. Aun así, millones de mujeres sencillamente no gozan de la libertad de poder salir de casa para buscar la atención de salud que precisan. Según la Encuesta Nacional de Salud de la Familia de 1999, solo un 52% de las mujeres de la India habían sido consultadas al menos sobre decisiones que afectan a su propia atención de salud. Esto explica que ni los profesionales sanitarios ni tampoco las propias mujeres consideren como problemas de salud muchas de las llamadas “dolencias femeninas”. Como resultado de ello, la mayoría de enfermedades permanecen sin diagnosticar y no se registran. El hecho de que la mayoría de los médicos de las zonas rurales sean varones es otro obstáculo. Las mujeres son reticentes a explicar sus síntomas a un médico varón o a dejarse examinar físicamente por un hombre. En otros casos, el centro de salud se encuentra a una distancia considerable y, por lo tanto, a las mujeres les resulta difícil acudir a él. La “distancia social” entre las mujeres y los centros de salud, creada por su casta y su clase, es un impedimento aún mayor que la distancia física. Culturalmente, las mujeres están condicionadas desde la infancia para sufrir en silencio. A menudo, solo piensan en acudir a un médico cuando sienten que ya no pueden más.

Solo la mitad de las aldeas de la India disponen de algún servicio público de atención de salud. Menos de un 10% de la población rural tiene la fortuna de vivir en

localidades con algún tipo de centro de salud, público o privado. La mayoría de mujeres, especialmente las rurales y las pobres, dependen de otras mujeres, de la familia o de la comunidad, para la atención de sus necesidades sanitarias. Irónicamente, a pesar de que la mayor parte de las proveedoras de salud son mujeres, éstas son las últimas en recibir recursos, no se las consultadas sobre sus propias necesidades de atención y son las últimas en beneficiarse de los planes de salud y desarrollo.

La atención en la esfera ejecutiva al papel reproductor de las mujeres es la causa del tipo de programas de planificación familiar que se están desarrollando en la India. La planificación familiar fue una iniciativa del movimiento de mujeres progresista a favor de la emancipación de las mujeres de la sucesión de repetidos embarazos no deseados. Sin embargo, poco a poco se fue convirtiendo en un instrumento coercitivo para sacar adelante programas de control de la población. No obstante, las relaciones de poder y de género, que son cruciales para abordar las cuestiones relacionadas con la planificación familiar, la sexualidad y la reproducción, no han cambiado, de manera que las mujeres carecen de toda posibilidad de control sobre su cuerpo y su vida. Una deficiencia importante de las políticas de salud dirigidas a las mujeres es el olvido de motivos de preocupación fundamentales como puede ser la disponibilidad de alimentos.

Con objeto de colmar la laguna de los programas anteriores, el gobierno ha puesto en marcha un nuevo Programa de Salud Reproductiva e Infantil, con un enfoque más amplio y más atento a las necesidades de las usuarias y usuarios. El centro de atención se ha desplazado, por lo tanto, de las intervenciones verticales individualizadas a un enfoque más holístico e integrador basado en el ciclo de vida, que tiene en cuenta diversos aspectos de la salud de las mujeres. Un rasgo distintivo del mismo es la participación de ONG. Antes el gobierno se hacía cargo en su totalidad de todos los programas de salud. La participación de ONG ha modificado el carácter y alcance de los programas de asistencia a la familia, que permiten llegar de manera más eficaz a las personas más necesitadas de este tipo de programas.

El sector del voluntariado en el ámbito de la atención de salud

En la India, la atención de salud cuenta con una larga tradición de voluntariado. Durante siglos, las sanadoras y sanadores tradicionales atendieron las necesidades en materia de salud de sus comunidades como parte de su responsabilidad social, utilizando conocimientos transmitidos de generación en generación sobre el valor medicinal de ciertas hierbas y plantas locales. Esta tradición todavía se mantiene, especialmente en las bolsas tribales de población.

Durante el período colonial, los esfuerzos voluntarios en el ámbito de la salud estuvieron en manos de los misioneros y misioneras cristianos, y después de la Independencia, hasta aproximadamente los años 1960, el voluntariado se limitó a la atención sanitaria hospitalaria prestada por instituciones de beneficencia creadas por familias ricas o por las instituciones religiosas. Solo a finales de los años 1960 se comenzaron a desarrollar modelos de programas comunitarios de salud, a partir de la experiencia de los “médicos descalzos” chinos.

Las ONG, fundaciones y asociaciones caritativas tienen una importante presencia en el campo de la atención de salud institucionalizada. Aunque formalmente se trata de organizaciones sin ánimo de lucro y no comerciales, cobran una tarifa para cubrir los

costes de sus servicios. Algunas ONG reciben apoyo financiero externo mientras otras solo intervienen cuando se dispone de financiación pública o de otras fuentes para programas y proyectos específicos.

Los esfuerzos del voluntariado en el ámbito de la salud tal como se desarrollan actualmente en la India pueden clasificarse a gran rasgo como sigue:

- **Programas especializados de atención comunitaria de salud:** Muchos de estos programas van un poco más allá de la atención de salud y desarrollan proyectos de generación de ingresos en las comunidades más pobres, con objeto de que puedan satisfacer sus necesidades nutricionales básicas.
- **Programas de desarrollo integral:** Dentro de estos programas, la salud forma parte de las actividades integradas de desarrollo. En consecuencia, no siempre se ocupan de la atención de salud de manera tan sistemática o eficaz como el grupo anterior. NO obstante, su labor a largo plazo en el ámbito de la salud y el desarrollo de la comunidad es significativa.
- **Atención de salud para grupos de población específicos:** dirigida a las personas con discapacidades o necesidades especiales. Estos grupos cumplen un papel importante, habida cuenta que apenas existen infraestructuras públicas en este ámbito de la atención sanitaria.
- **Organizaciones gubernamentales de voluntariado:** Su papel consiste en aplicar los programas gubernamentales, como pueden ser los servicios de planificación familiar y de desarrollo infantil. El gobierno procura que la participación de las ONG no duplique los programas gubernamentales, sino que colabore con éstos en las zonas insuficientemente atendidas o con problemas específicos. Con objeto de promover la participación de las ONG en el desarrollo de proyectos innovadores, el gobierno ha identificado a diversas ONG especializadas y las ha designado como ONG supervisoras. Éstas se encargan de revisar los credenciales de las ONG que trabajan sobre el terreno en las comunidades, de proporcionarles fondos y de orientar y supervisar su trabajo.
- **Trabajo en el ámbito de la atención de salud:** Patrocinado por los Rotary Clubs, Lions Clubs y cámaras de comercio, se suele concentrar en los campamentos de control de la vista (*eye camps*).
- **Investigaciones y activismo en el ámbito de la salud:** Los esfuerzos de estos grupos suelen estar dirigidos hacia la elaboración de informes, la organización de encuentros para tratar aspectos conceptuales de la atención de salud y la crítica de las políticas gubernamentales por medio de artículos.
- **Campañas:** para abordar temas específicos de atención de salud como una política de medicamentos razonable y la amniocentesis, entre otros.

Según estimaciones aproximadas, más de 7000 organizaciones de voluntariado trabajan en el campo de la atención de salud en toda la India. Las asociaciones de voluntariado tienen un papel significativo en la provisión de servicios de atención de salud de bajo coste y eficaces en muchas zonas del país. Han conseguido formar a responsables de atención de salud médicos en las aldeas y diseñar material educativo

y tecnologías apropiadas. También contribuyen a colmar las lagunas críticas que existen en los servicios sanitarios públicos.

ESTUDIO DE CASOS – I

Kerala Sastra Sahitya Parishad es una ONG que trabaja en Kerala y que adopta un enfoque holístico de la atención de salud, en un intento de desmitificar la medicina e intentar educar a la comunidad sobre las necesidades relativas a un medio ambiente limpio y a la nutrición. También ha intentado recuperar los sistemas de medicina tradicional.

ESTUDIO DE CASOS – II

SEARCH es un ejemplo de ONG que ha desarrollado un enfoque de base comunitaria de atención global en el ámbito de la salud reproductiva. Ha puesto en marcha un programa que no considera a las mujeres únicamente como madres, sino que abarca todos los aspectos de su vida, mediante el diseño de un sistema de atención de salud apropiado. SEARCH eligió para ello una zona típicamente rural, donde tanto hombres como mujeres trabajan en los arrozales durante cuatro meses y como peones asalariados los ocho meses restantes. Mientras los hombres despilfarran sus salarios en bebida, los ingresos diarios de las mujeres apenas alcanzan para la supervivencia de la familia y mucho menos para que pueda llevar una vida saludable. La exigencia del pago de una dote y los malos tratos contra las esposas son habituales. Los bajos niveles de alfabetización y las supersticiones en relación con las funciones del cuerpo son frecuentes. Tanto los medios de comunicación como los transportes son sumamente deficientes. La aldea queda incomunicada durante la estación de las lluvias.

El aislamiento, la pobreza y la baja consideración social de las mujeres contribuyen a generar múltiples problemas de salud reproductiva. Los embarazos no deseados y los abortos clandestinos constituyen amenazas importantes para la salud de las mujeres. La ausencia de médicas y la distancia de los centros de atención centrales del distrito obligan a las mujeres a depender de las comadronas tradicionales.

Como un primer paso, la ONG realizó un estudio participativo sobre las afecciones ginecológicas en dos aldeas. Unas 650 mujeres, mayores de 13 años, fueron entrevistadas y se comprobó que un 92% sufría de uno o más problemas ginecológicos, que les causaban enormes incomodidades, como la dificultad para realizar el trabajo asalariado y doméstico debido a los dolores de espalda, sangrado durante el embarazo, abortos, anemia, esterilidad, etc. A pesar de los esfuerzos de promoción realizados por el gobierno del estado, las mujeres atribuían la mayor parte de sus problemas a los métodos anticonceptivos. La educación sexual y la atención de salud de las adolescentes son necesidades urgentes que los programas gubernamentales todavía no cubren.

A partir de los debates mantenidos con grupos de mujeres en varias aldeas, se diseñó una feria cultural destinada a promover la sensibilización en temas de salud, que recorrió varias aldeas. En la feria se presentaron los resultados del estudio y otros temas relacionados con la vida de las mujeres por medio de paneles, proyecciones de diapositivas, concursos, actuaciones teatrales, canciones y charlas de demostración.

A continuación se organizaron una serie de campamentos de formación de tres días en los que se formó a mujeres y jóvenes para futuras acciones para abordar los problemas de salud y sociales de las mujeres.

La ONG formó a 30 enfermeras residentes en las aldeas para el diagnóstico y tratamiento de problemas ginecológicos comunes, con el fin de cubrir las necesidades de las mujeres que sabían a dónde acudir para obtener atención médica, dada la ausencia de médicas y la distancia a la que se encontraban los hospitales. También se está formando a personal de la administración local para que se haga cargo de instruir a las mujeres sobre temas de sexualidad y reproducción. Estas trabajadoras, a pesar de estar menos cualificadas que los médicos varones, están más próximas a las mujeres y por lo tanto gozan de mayor aceptación. Ellas se encargan también de derivar a las mujeres a los centros de salud cuando los problemas requieren tratamiento especializado.

La experiencia de SEARCH indica que incluso en una sociedad ortodoxa, donde las cuestiones sexuales son tabú, si se sensibiliza e informa a la población, las mujeres pueden adoptar medidas para mejorar su salud reproductiva. La labor de sensibilización y el trabajo comunitario son esenciales, junto con una tecnología y un sistema de prestación simplificado y apropiado.

ESTUDIO DE CASOS – III

Yuvaparivartan (Jóvenes a favor del Cambio Social)

Esta ONG, con sede en el sur de la India, abarca toda una gama de actividades. Sobre todo se dedica a la formación de jóvenes de ambos sexos en los ámbitos de la alfabetización y la atención médica.

El programa de formación en materia de salud consiste principalmente en enviar a jóvenes que colaboran con diversas ONG a dar charlas en los barrios de chabolas sobre el saneamiento ambiental, las enfermedades y la higiene.

Los jóvenes utilizan como instrumentos las charlas, actuaciones callejeras, carteles que destacan el valor de la salud. Los campamentos de sensibilización sobre el sida son otra actividad esencial.

La ONG también organiza la visita a los suburbios de médicos que se encargan de realizar revisiones periódicas y ofrecen servicios de referencia.

Programa de formación

El programa de formación atiende a grupos de 30 - 40 participantes de diversos estados, representantes de ONG que trabajan en el campo específico para el que se ha organizado cada taller (por ejemplo, sensibilización con respecto al sida, saneamiento ambiental, salud comunitaria, generación de ingresos, etc.)

Los formadores y formadoras son expertos y especialistas que trabajan en el ámbito en cuestión, representantes de los ministerios pertinentes, de otros organismos gubernamentales y de otras organizaciones afines.

Durante todo el taller se utilizan los siguientes métodos:

- Charlas y debates
- Presentaciones de casos, seguidas de debates
- Estudios de casos
- Películas / diapositivas
- Ejercicios de simulación

El programa de formación se inicia con juegos destinados a romper el hielo, sobre todo para que los integrantes del grupo empiecen a conocerse.

Al final de los 4 o 5 días, todos se sienten muy cómodos en el grupo y han creado una red.

Pasado un año se realiza una evaluación y se invita a los mismos participantes a realizar un seguimiento de los progresos conseguidos. En este programa, el objetivo es que compartan sus experiencias y las necesidades más apremiantes. El grupo es más numeroso ya que se convoca a varios grupos. Se trata de un enfoque integrado que se ha comprobado que resulta muy beneficioso para todos.

Conclusión

Los ámbitos fundamentales en los que se requiere la cooperación de las ONG son: a) la unión para luchar por la justicia social y la igualdad; b) un esfuerzo para sensibilizar a la comunidad con respecto a la necesidad de un enfoque holístico de la atención de salud; c) un intento de desarrollar estrategias alternativas viables en el campo de la salud.