

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Christiana E.E, Okojie

University of Benin. Dep of economics & Statistics. Nigeria

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora los investigadores y los políticos no han prestado una adecuada atención a las diferencias de género en salud. Una revisión reciente de investigación en ciencia social sobre las enfermedades tropicales reveló una deficiencia de información de las diferencias en las respuestas de hombres y mujeres, mientras que se consideró tanto la edad, como la situación socioeconómica de las personas que respondieron a la investigación, fue imposible distinguirlos por sexo (Vlassof, 1994). Dado el bajo situación socioeconómica de las mujeres en la sociedad, los investigadores y políticos se sintieron más cerca de un modelo masculino y asumieron que las necesidades de las mujeres se podrían deducir y adoptar del modelo masculino. Aunque algunos problemas de salud de las mujeres son similares a los de los hombres, a menudo los síntomas varían y son más difíciles de identificar entre las mujeres. Existen muchos otros problemas de salud derivados de la biología de las mujeres de los roles sociales en la sociedad que se necesitan identificar y de tratar. Además varios de los problemas de las mujeres forman parte del síndrome total de discriminación, dominación masculina y explotación a los que las mujeres están sometidas en muchas sociedades. Las mujeres, especialmente en los países en vías de desarrollo tienden a inferiorizar sus problemas de salud como parte de "una cultura de silencio", y se sienten avergonzadas o sienten timidez de relatar muchas enfermedades, especialmente si son enfermedades transmitidas sexualmente o si no son una amenaza inmediata para su vida. (Younis, et al, 1993; Heise y Elias, 1995). Una aproximación de género en la investigación en salud y en asistencia sanitaria es siempre importante si se identifica la sobrecarga de las enfermedades sobre las mujeres y se crean recursos adecuados para su tratamiento.

Las desigualdades de género en la salud en los países en vías de desarrollo no se pueden ver de forma aislada, tienen que se comprendidas en todo el contexto de la organización de la sociedad tradicional. En muchas sociedades las ideologías de género identifican de forma típica dos grupos que no son parecidos, hombres y mujeres. La división social del trabajo entre los sexos crea desigualdades sociales entre ellos y el grado de desigualdad varía entre las sociedades (Masson, 1994). En general, las mujeres se ven como

subordinadas al hombre y esta evaluación se traduce en todos los aspectos de la vida y de la sociedad incluyendo los accesos a los recursos, el poder. La desigualdad de género en salud es una de las dimensiones en que esta desigualdad se manifiesta. Debido a la valoración social diferente de hijos e hijas las desigualdades de género en salud empiezan incluso antes de nacer, cuando los padres utilizan el aborto selectivo según el sexo para acabar con la vida de los fetos femeninos.

)Cuáles son los problemas de salud de las mujeres y como se manifiestan las desigualdades de género en salud en los países en vías de desarrollo? En las páginas que siguen vamos a examinar estos temas.

METODOLOGÍA-IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO.

Esta comunicación revisa la literatura disponible en los países en vías de desarrollo sobre mujeres y salud.

En esta sección vamos a definir los conceptos de salud y estado de salud. Más adelante discutiremos los problemas de salud en los países en vías de desarrollo.

Definiciones de Salud y Estado de Salud

La sociedad determina cuáles son los puntos de máxima tensión o los indicadores que marcan los grados de salud y enfermedad representando el continuum de salud- enfermedad como el estatus de salud. Al hacer esto se realiza un esfuerzo para asegurar los niveles necesarios de recursos humanos para la sociedad dentro de sus estructuras de organización del trabajo (Johansson, 1991). Esta definición cultural de salud-enfermedad nos ayuda a explicar la percepción de salud de las mujeres sobre su propio estado de salud en las comunidades rurales o en zonas pobres. La sobrecarga de trabajo que soportan las mujeres en el campo en el hogar y cuidando a sus hijos, es tan fuerte que el umbral de enfermedad reconocido por las mujeres es muy alto en el continuum salud-enfermedad para asegurarse que podrán trabajar.(Zuray, et al, 1993). Es por esta razón que las mujeres aguantarán un gran cantidad de dolor y malestar antes de admitir que están enfermas.

La Conferencia Internacional sobre Asistencia Primaria en salud afirmó que "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo. y no simplemente la ausencia de enfermedad o de alteraciones" y es un derecho humano fundamental (Lucas y Gilles, 1984). En el contexto de esta definición, la salud es una necesidad básica a la que tiene derecho toda la ciudadanía. Sin embargo el derecho a una buena salud también incluye el derecho a una buena

vida. La Convención Internacional de 1979 sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres afirma que el derecho humano más obvio, violado por la muerte en el embarazo evitable o en el momento del parto, es el derecho de la mujer a la vida. Este derecho a la vida, le da a las mujeres el derecho a acceder a los servicios básicos de salud reproductiva y a mejorar la legislación que bloquea este acceso. (Cook, 1993)

Identificación de los Problemas de Salud de las Mujeres y las Niñas

La información sobre la salud en los países en vías de desarrollo ha sido relativamente escasa hasta hace poco tiempo. La información disponible sólo se refería a la tasa de mortalidad materna, sin embargo la salud de las mujeres va más allá de la mortalidad e incluso de la morbilidad. Existen riesgos para la salud en cada una de las fases del ciclo vital de las mujeres en los países en vías de desarrollo. Puesto que las desigualdades de género en salud empiezan desde la infancia debemos enfocar aquellos problemas que afectan al bienestar físico, mental y social de las mujeres así como aquellos que conduzcan a la mortalidad. Los problemas de salud de las mujeres incluyen: - Problemas de salud reproductiva - Exceso de mortalidad femenina en la infancia - Violencia contra las niñas y las mujeres - Riesgos ambientales y ocupacionales

Problemas en salud Reproductiva

En los países en vías de desarrollo, el status de salud de las mujeres está afectado por el precoz y excesivo nacimiento de hijos/as. siendo la causa principal de muerte prematura durante el parto la debilidad y el agotamiento extremo debido a los embarazos repetidos y al poco espacio de tiempo entre ellos. (Cook, 1993). La mortalidad materna se define como "muertes entre mujeres que están embarazadas o que han estado embarazadas durante los 42 días previos" y hasta 1985, se observó como "una tragedia por negligencia" en los países en vías de desarrollo. (Cook, 1993; McCarthy y Maine, 1992). Se ha estimado que han tenido lugar unas 515.000 muertes maternas entre 1980-1985, y el 90% de estas muertes han tenido lugar en el sur de Asia (315.000), y en África (15.000). Casi el 60% de todos los nacimientos han tenido lugar en estas dos regiones en las que el 40% de todas las mujeres en edad reproductiva (14-45 años) están residiendo.(Boerma, 1987;Puentes-Markides, 1992). Estudios de los países en vías de desarrollo muestran que la mortalidad materna es la causa principal de muerte de las mujeres en edad reproductiva. En Latinoamérica, las complicaciones del embarazo y del parto están entre las primeras 5 causas de muerte de las mujeres entre 15-44 años de edad, mientras que en África, por lo menos el 20% de las muertes entre las mujeres en edad reproductiva son debidas a muertes maternas (Boerma, 1987; Puentes Markides, 1992). La mortalidad materna en África se estimaba a 330 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1988, una media de 760 en el oeste de África. En algunas regiones esta cifra se acerca a 1.000. Esto significa unas 500

muertes diarias en el África subsahariana (Sai, 1995). Estudios realizados en Bangladesh, India, Etiopía, Tanzania y Guinea muestran unos índices mortalidad materna muy elevadas. (Mcarthy y Maine, 1992; Boerma, 1987; Puentes- Markides, 1992; Khan, et al. 1986; Cantrelle y Garenne, 1993).

En los países del Tercer Mundo donde el acceso a los servicios por aborto son legales o logísticamente inaccesibles, el aborto practicado por personal no cualificado que utiliza métodos inseguros en condiciones poco higiénicas, es la principal causa de muerte materna. Cerca del 32% de mujeres en los países en vías de desarrollo viven bajo unas leyes de aborto muy restrictivas. En todo el mundo se estima que se realizan cada año cerca de 35-50 millones de abortos provocados, y casi el 20% de muertes maternas se deben a abortos (Federación Mundial de asociaciones para la Salud Pública, 1986,; Mundigo, 1992). Coeytaux advirtió que los factores relacionados con el aborto son los principales causas de muertes maternas en el África Sub-Sahariana (Coeytaux, 1988). En un estudio realizado en Bangladesh, se estimó que el 20.7% de todas las muertes eran debidas a abortos , se debían a abortos sépticos y las muertes maternas representaban el 46%de todas las muertes de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva (Khan et al., 1986). Incluso en la India donde el aborto es legal, no siempre se dispone de procedimientos legales seguros, solo sobre 250.000 abortos legales se realizan de forma abierta contra cuatro millones de procedimientos ilegales desde 1972 (Winnikoff 1988; Ojanuga y Gilbert, 1992). En Latinoamérica, el aborto inducido es el cuarto método más común utilizado como regulación de la fertilidad, se estima que entre 2.7 a 7.4 millones de abortos se realizan al año. Esta cifra es de un 10% a un 27% de todos los abortos realizados en los países en vías de desarrollo (Paxman et al, 1993). La mayoría de estos abortos se realizan de forma ilegal debido a las leyes restrictivas (excepto en Barbados, Belice y Cuba). El aborto y sus secuelas son la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva en Latino América. Utilizando datos desde la mitad de los años sesenta de 10 países latinoamericanos Puffer y Griffith (1976) atribuyen un 34% de todas las muertes maternas a prácticas de aborto inseguro. Recientemente, Herz y Mishan (1987) dieron la cifra de 34.000 muertes por año en Latino-América relacionadas con el embarazo. Uno de cada 3-5 abortos inseguros conduce a la hospitalización. Las complicaciones del aborto incluyen infecciones pélvicas, hemorragia y shock, ulceraciones cervicales, perforaciones uterinas y daños en la vejiga urinaria y en los intestinos (Paxman et al, 1993).

En Indonesia, el número anual de abortos se ha colocado entre 750.000 y 1.000.000 (Widyantow, 1990). Esto implica unas proporciones de 16,7 a 22,2 abortos por 100 nacidos vivos. Estas cifras suben el 43% de las concepciones en China, 2,1% en la India, 16% en Hong Kong, 55% para Japón y 8% para Vietnam (Hull et al, 1993).

Muchos de estos abortos tienen lugar debido a que las mujeres no están preparadas o no pueden casarse con los padres de sus hijos, ellos no quieren al hijo, tienen ya muchos o no pueden cuidar de él (Paxman et al, 1993; Atkinson y Farias, 1995). Existe una gran necesidad no cubierta de planificación familiar y reproductiva. Existen millones de mujeres a las que les gustaría retrasar el siguiente embarazo o parar de tener hijos pero no están utilizando ningún método anticonceptivo (Bongarts y Bruce, 1995; Sai, 1995). Estas mujeres deberían ser ayudadas para que pudieran tener acceso a la planificación familiar en especial para intentar reducir la necesidad de recurrir al aborto.

Morbilidad reproductiva

Por cada muerte materna, 15 de las mujeres que sobreviven viven con diversos grados de morbilidad reproductiva. La morbilidad reproductiva incluye una morbilidad obstétrica y ginecológica referida a las situaciones de enfermedad relacionadas con los procesos reproductivos durante y después del momento del parto. La morbilidad ginecológica incluye situaciones como infecciones de las vías urinarias, cambios en las células cervicales y prolapso genital. Otras son infecciones de las vías urinarias, anemia, hipertensión, obesidad y sífilis (Younis et al, 1993). Estudios realizados en la India sugieren que las mujeres sufren de una pesada carga de la morbilidad relacionada con la reproducción. En el estudio de Egipto, solo un 3% de las mujeres no tenían ningún problema ni ninguna morbilidad, el 56% tenían diferentes tipos de prolapso genital, mientras que un 52% tenía varios tipos de infecciones de las vías reproductivas (Younis et al, 1993). En la India, un estudio en la comunidad reveló que la prevalencia de morbilidad ginecológica era de un 92% (Bang et al, 1989). Dada la Acultura del silencio@ que revela la salud de las mujeres en muchos países en vías de desarrollo la prevalencia de situaciones de morbilidad reproductiva entre una gran proporción de mujeres estudiadas aumenta y llega a condicionar el bienestar físico y social de las mujeres. Las infecciones de las vías urinarias se conoce que causan malestar físico, apuros personales, desacuerdos de pareja, problemas con la disponibilidad de las mujeres para conseguir y mantener un embarazo, y niños con bajo peso al nacer (Younis et al, 1993).

Estatus de morbilidad

Las mujeres también sufren dos tipos de morbilidad, la nutricional y la morbilidad infecciosa (Winnikoff, 1988; Ojanuga y Gilbert, 1992).

Morbilidad nutricional

Las dos fuentes de morbilidad nutricional son la ingesta calórica inadecuada y la anemia nutricional. Las mujeres sufren más que los hombres anemia por

deficiencia de hierro, además del mal desarrollo causado por la malnutrición de proteínas. La mayor diferencia se refiere a la anemia por deficiencia de hierro que afecta a 450 millones de mujeres y 238 millones de hombres. Sobre unos 450 millones de mujeres están mal desarrolladas debido a una malnutrición de proteínas comparado con 400 millones de hombres. El déficit de yodo también afecta a un número sustancial de mujeres, probablemente más que a hombres. Los problemas de nutrición de la mujer son peores en Asia dónde la prevalencia de la anemia, la malnutrición de proteínas y la deficiencia de vitamina A son las más altas del mundo, y donde como resultado de la amplia discriminación las mujeres y las niñas lo sufren de forma desproporcionada (World Bank, 1993).

Morbilidad infecciosa

Esta incluye las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones pélvicas. Las fuentes de infección incluyen la actividad sexual, las prácticas ginecológicas y obstétricas con poca seguridad incluyendo los abortos ilegales. Algunas infecciones podrían conducir a la sepsis y a la muerte, mientras que otras conducen a una afectación de las trompas subsecuente infertilidad o embarazos ectópicos (Winnikoff, 1988; Ojanuga y Gilbert, 1992). En algunos países donde se han realizado encuestas en 1980, las tasas de esterilidad van de un 2,4% en Kenya hasta un 14% en Tanzania y Zambia (Kinoti, 1993).

El segundo problema de salud que afecta de forma grave a las mujeres del tercer mundo, en especial en África sub-Sahariana es la diseminación del virus HIV y la enfermedad consecuente, el SIDA. En África sub-Sahariana y en otras regiones donde el SIDA esta predominantemente transmitido a través de las relaciones heterosexuales, existen tantas mujeres infectadas como hombres. En 1992, la Organización Mundial de la Salud estimo que unos 3.000.000 de mujeres en África sub-Sahariana estaban infectadas con el virus HIV con medio millón de niños que habían tenido el virus antes, durante o después del nacimiento (OMS, 1992). En 1992, entre 1/4 y 1/3 de mujeres de 15 a 49 años se habían infectado en algunos grandes centros urbanos de África central y del este. En algunas clínicas, entre el 15% y el 34% de las mujeres embarazadas presentaban infección por el virus HIV (Heise y Elias, 1995). Las mujeres estaban expuestas a la infección por el virus principalmente a través de la infección de sus maridos o de las parejas masculinas. El control sobre la sexualidad femenina, el deseo de tener hijos, o las razones económicas hacen obligatorio para las mujeres continuar la relación sexual con maridos infectados o con parejas infectadas o insistir en el uso del condón durante la práctica sexual (Heise y Elias, 1995).

Exceso de mortalidad femenina en la infancia

En la mayoría de los países las mujeres viven mucho más tiempo que los hombres. Sin embargo existe una inversión de esta estructura usual en algunos países como en especial en Asia del sur (India, Pakistán y Bangladesh) y en algunas partes del medio este. En una reciente revisión de la situación de salud de las mujeres y niños en países en vías de desarrollo, se indicó que el exceso de mortalidad femenina entre niños existía en 19 de los 84 países examinados (Winnikoff, 1988; Ojanuga y Gilbert, 1992). En Bangladesh, Chen y colaboradores (1981), y Muhuri y Preston (1991) mostraron un exceso de mortalidad entre las niñas. Estudios de la India también mostraron un exceso de mortalidad femenina entre niños (Pebley y Amin, 1991; Basu, 1989). Similarmente en un análisis de 4 países norteafricanos - Algeria, Egipto, Marruecos y Tunicia- Tabutin (1992) mostró un exceso de mortalidad femenina. La principal razón para una mortalidad femenina más alta es el tratamiento preferencial que se da a los niños en la alimentación y en las prácticas de asistencia sanitaria (Das Gupta, 1987).

Violencia contra las niñas y las mujeres

Un problema de salud ampliamente poco visible pero muy importante para las mujeres es la violencia contra ellas y contra las niñas. La violencia contra las mujeres y niñas entre los países del tercer mundo incluye la violencia doméstica, la violación, el acoso sexual en el lugar de trabajo y la circuncisión de las mujeres.

Aunque la violencia doméstica no esta bien documentada es muy frecuente en África sub-Sahariana, donde por ejemplo a las esposas apaleadas se les da el nombre en Nigeria, de esposas Ainsubordinadas@. La violación es la forma extrema de coerción sexual frente a muchas mujeres. El sexo forzado precozmente es una de las dimensiones del crecimiento de las mujeres (Heise y Elias, 1995). Estadísticas de los centros de servicio en Chile, Malasia, Méjico, Panamá y Pero demuestran que una gran proporción (36-58%) de las violaciones son contra niñas de 15 años de edad o menos (Heise y Elias, 1995). Muchas chicas jóvenes son forzadas a tener relaciones sexuales con parientes varones y también forzadas a introducirse en el mundo del sexo de los adultos ya que las casan cuando son todavía unas niñas. En un hospital maternal en Lima, Perú el 90% de las madres jóvenes de 12 a 16 años de edad fueron violadas por sus padres, parientes de sus padres o otros amigos cercanos a la familia. En Jamaica, el 40% de niñas embarazadas entre 11 y 15 años de edad fueron violadas (Heise y Elias, 1995). El abuso sexual de las niñas esta aumentando el riesgo de infección por el virus del SIDA o enfermedades de transmisión sexual.

Aunque solo se dispone de una evidencia fragmentaria del fenómeno en los países en desarrollo, el acoso sexual y las coerciones en el lugar de trabajo son un serio problema que esta emergiendo entre las mujeres trabajadoras. La

extensión de la violencia se conoce actualmente a través de las inmigrantes asiáticas que han trabajado en el Golfo y en otros lugares (Oppong, 1993). Entre las mujeres más vulnerables están las que trabajan en el servicio doméstico y aquellas que trabajan en sectores de manufactura dominados por mujeres, en las plantaciones y en los hoteles (Gulati, 1992). Las mujeres solas, divorciadas, viudas, están entre las más vulnerables. La posición de las mujeres y niñas en las zonas de exportación se sabe que es particularmente aguda. El acoso sexual en el lugar de trabajo esta embebido de las desigualdades y de la dominación masculina que se enfrenta a las mujeres en los lugares de trabajo. Este acoso sexual es cubierto por un velo de silencio y de vergüenza que es duro de romper (Oppong, 1993).

Otra forma de violencia común en algunos países en vías de desarrollo es la mutilación genital o la circuncisión femenina. Afecta a millones de chicas del mundo árabe, África sub-Sahariana, Malasia y Indonesia (International Planned Association, sin fecha). Se estima que entre 85-114 millones de mujeres y chicas han sido objeto de mutilación genital (Sai, 1995). A parte de ser una forma de represión contra las mujeres, los riesgos de salud de la circuncisión femenina incluyen hemorragias, el tétanos y otras infecciones, septicemia o muerte. La operación se realiza habitualmente por las personas que tradicionalmente atienden el parto llamadas ATraditional Birth Attendants@ (TBAs) bajo unas condiciones sin ningún tipo de higiene.

Riesgos ambientales y ocupacionales

La mujer se enfrenta a varios riesgos en su lugar de trabajo incluyendo la exposición a sustancias químicas y condiciones inadecuadas de luz, humedad, etc. Tienden a trabajar en los lugares de trabajo menos pagados y también están menos organizadas y son fácilmente explotadas. A parte del trabajo asalariado, sus actividades diarias las exponen a varios riesgos para su salud. Las mujeres trabajando cerca del agua son expuestas a varias enfermedades relacionadas con el agua como la malaria, la esquistosomiasis, etc. Su sobrecarga de trabajo a menudo implica trabajar sobre hogueras humeantes o oliendo gas-oil y, transportar agua durante largas distancias les produce una gran extenuación, fatiga y dolores de espalda (Vlasoff, 1994; Okojie, 1995).

Cáncer cervical y de mama

El cáncer cervical y de mama es la primera causa de mortalidad de las mujeres en los países en vías de desarrollo. No tenemos todavía datos rigurosos debido a las dificultades para realizar diagnósticos que actualmente se tienen. En los países de Latino América, se estima que el cáncer cervical produce 30.000 muertes por año. En gran parte de África sub-Sahariana, El cáncer de cervicales es el más frecuente seguido por el cáncer de mama. Dados los últimos diagnósticos, la mortalidad es muy alta en África (Kinoti, 1993).

Existe una necesidad de mejorar los métodos de diagnóstico disponibles en los países en vías de desarrollo.

Los problemas de salud discutidos aquí son a los que se enfrentan la mayoría de mujeres de los países en vías de desarrollo. La siguiente sección discute a que extensión las desigualdades de género contribuyen a estos problemas de salud.

DESIGUALDADES DE GÉNERO Y PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Muchos de los problemas de salud de las mujeres son parte de todo el síndrome de discriminación y explotación a que las mujeres están sometidas en muchas sociedades. Esta sección discute las dimensiones de género de los problemas de salud subrayados anteriormente.

Mortalidad maternal/ Morbilidad reproductiva

La morbilidad reproductiva y la mortalidad materna son resultado del rol de la mujer como Aparidora de hijos@ de la sociedad. La utilización de los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el post-parto son imprescindibles para reducir la mortalidad y la morbilidad. Las desigualdades de género en los sistemas modernos de asistencia sanitaria se manifiestan por la pérdida de acceso a las mujeres y niñas a los servicios de asistencia sanitaria.

Los datos actualmente disponibles muestran que las tasas de mortalidad materna son más altas debido a que muchas mujeres no se benefician de los sistemas de asistencia sanitaria. Muchas mujeres mueren en casa o camino del hospital mientras que muchas muertes que ocurren en los hospitales se producen entre mujeres que llegan demasiado tarde para beneficiarse del tratamiento. En muchos países en vías de desarrollo, solo una pequeña proporción de nacimientos tienen lugar en el hospital, muchas mujeres no reciben asistencia antes del nacimiento. Se estima que solo un 48% de los nacimientos en los países en vías de desarrollo están atendidos por personal médico entrenado. La tasa más baja es en África (34%), seguido por Asia (49%), y Latino América (64%) (Macarthy y Maine, 1992). Estos individualizados de cada país como Bangladesh, Nigeria, Jordania, Guinea del este y Egipto confirman la limitación de acceso de las mujeres a los servicios de cuidado maternal (Okojie, 1994).

La razón principal para limitar el acceso de las mujeres a la asistencia médica es la falta de autonomía de las mujeres y la ausencia de poder de decisión. En algunos países en vías de desarrollo, las mujeres no pueden decidir por ellas mismas como conseguir asistencia médica, la decisión ha de tomarla el marido

o un miembro de la familia mayor. También la reclusión femenina limita el acceso de las mujeres a la asistencia médica (Basu 1989). En muchas partes de África, la práctica médica tradicional que atribuye las causas de muchas enfermedades a errores de conducta realizados por las mujeres las discriminan y les impiden conseguir un tratamiento rápido para ellas y para sus hijos, y conducen a la muerte o a una morbilidad reproductiva (Okojie 1994). La desigualdad de género en el acceso a la asistencia médica también se refleja en la dificultad que tienen las mujeres en ir al hospital a dar a luz porque rompen con su organización doméstica y no pueden cuidar de sus otros hijos y de sus maridos (Boerma 1987).

La desigualdad de género afecta a la utilización rápida de las mujeres de los servicios sanitarios. El estatus subordinado de la mujer en muchos países en vías de desarrollo limita su autonomía en tomar decisiones y limita su acceso al transporte y a otros recursos. Es el uso demasiado tardío o la no utilización de los servicios sanitarios lo que conduce a las altas tasas de mortalidad materna sufrida por millares de mujeres y a que millares de mujeres sufran problemas de morbilidad reproductiva.

Exceso de mortalidad de niñas

La mayoría de países en vías de desarrollo tienen una alta preferencia por los hijos varones. Esto ha conducido a una discriminación contra las niñas, incluso antes del nacimiento. En algunos países de Asia - China, Corea, Taiwán i Hong Kong- el cociente de sexos en el nacimiento empieza a aumentar en los ochenta (Park, et al, 1995). Debido a la fuerte preferencia por el hijo varón, las mujeres en estos países aplican actualmente la tecnología para escoger sexo y asegurarse el nacimiento de varones en el primer hijo que tienen. Aplicando tres niveles de cocientes de sexo Anormales@ a los datos del Censo de 1990, Park et al (1995) estimamos que el numero de niñas que no habían nacido de 1986 a 1990 eran de unas 80.000 en Corea. De acuerdo con ello estas niñas Aperdidas@ representaban un 5% de los nacimientos en este periodo. La misma tendencia se apreció en China. Zeing Yi, et al, (1993), encontraron un aborto selectivo de género que era la principal causa de aumentar el aumento del cociente de sexos en el momento de nacer en China, de nacidos vivos en China. De forma similar en la India, el cociente por sexo aumentó de 105 a 122 entre 1981 y 1988 entre los nacidos en hospitales en la ciudad de Lhudiana que daba servicios en el momento del parto. Un estudio demostró que 7.999 de los 8.000 fetos abortados en Bombay eran mujeres. En otro hospital en una ciudad en el oeste de la India, 430 de los 450 fetos identificados como mujeres se abortaron, mientras que ninguno de los varones, de los 250 identificados como varones se abortaron (Park et al, 1995). Por ello debido a la tecnología médica la preferencia por el hijo empieza incluso antes de nacer.

El exceso de mortalidad femenina después del nacimiento es debido a la discriminación sexual y a la atención de los niños en el hogar. Esta discriminación se refleja en una mejor alimentación de los chicos y en una mejor y mayor utilización de los servicios sanitarios para los hijos varones enfermos que para las niñas enfermas (Chen et al, 1981; Pebley y Amin, 1991; Das Gupta, 1987).

Morbilidad infecciosa y género

Es particularmente importante la exposición de las mujeres al virus del SIDA y las ETS (enfermedades de transmisión sexual). Se ha enfatizado de forma creciente que la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el virus del SIDA deriva de su bajo estatus en la sociedad. Una de las formas más frecuentes de desigualdad de género en todas las sociedades es el mayor control sobre la sexualidad de las mujeres que sobre la de los hombres (Rubin, 1975). El hombre tiene más libertad sexual que la mujer, y las mujeres están obligadas a ser sexualmente fieles a sus maridos una vez se han casado. Algunas sociedades permiten a los hombres que tengan más de una esposa o unas relaciones semipermanentes, mientras restringen a la mujer a solo una relación sexual, el marido. Por ello hay un doble rasero sexual, que da a los hombres más libertad sexual y más derechos de autodeterminación sexual que a las mujeres (Mason, 1994).

Las mujeres tienen un alto riesgo para las enfermedades de transmisión sexual y para infectarse por el virus del SIDA debido a que las actividades de sus maridos o de los hombres que viven con ellas. En Sao Paulo, Brasil, las mujeres casadas con solo una pareja constituyen el 49% de todos los nuevos casos de SIDA entre las mujeres. Las estadísticas disponibles demuestran que las prostitutas solo son una pequeña proporción de las mujeres afectadas por el SIDA (Heise y Elias, 1995). Las mujeres monógamas tienen un riesgo de SIDA que está en aumento a través de la conducta heterosexual o homosexual de sus maridos o de sus parejas masculinas. Estas mujeres no tienen una información adecuada y no tienen ningún recurso para protegerse de las infecciones del SIDA, que aconseja a la gente evitar múltiples parejas sexuales. Muchas mujeres no están en posición de retar la infidelidad de sus parejas, o insistir en el uso de condones, o poner en riesgo sus propias relaciones, su seguridad económica o incluso su seguridad física.

Género y violencia contra las mujeres y las niñas

Todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas - violencia doméstica, violación, acoso sexual y coerción en el lugar de trabajo- son manifestaciones de la desigualdad de género en las sociedades en vías de desarrollo. La violencia doméstica es la forma en la que los maridos mantienen la dominación masculina en los hogares. La violación de las niñas

jóvenes y las niñas y la coerción sexual en los lugares de trabajo reflejan la dominación masculina expresada en forma de agresión sexual contra las mujeres vulnerables a su poder. Estos abusos sexuales son más graves en los países donde la comunidad y el ambiente de trabajo pierden las leyes que protegen las normas prácticas y las sanciones que tendrían que determinar y que minimizan estos abusos. Es especialmente importante el contexto cultural donde las mujeres se ven como objetos sexuales y se espera que sean pasivas, dóciles y sumisas (Oppong, 1993). Existe la necesidad de reconocer los problemas de violación y acoso sexual en el lugar de trabajo por sus implicaciones en la salud reproductiva de las víctimas si ellas permanecen sin protección de embarazos no deseados y además de la diseminación del virus del SIDA. Mientras que la violación ha tenido como resultado embarazos no deseados entre adolescentes como han demostrado las estadísticas de estos últimos años (Heise y Elias, 1995); el acoso sexual en el lugar de trabajo puede constituir una forma rápida de diseminar el SIDA entre las mujeres trabajadoras y sus familias. Este es un problema importante dirigido por organizaciones interesadas en la comodidad de las mujeres (Oppong, 1993).

Género y riesgos ocupacionales

Como hemos mencionado inicialmente, las mujeres (junto con los hombres) se enfrentan a varios riesgos ocupacionales en sus lugares de trabajo. Sin embargo la mujer está sometida a una explotación económica (así como sexual), por culpa de su vulnerabilidad, y porque está menos organizada que los hombres. Las mujeres son fácilmente explotadas porque tienen miedo a perder la fuentes de vida en situaciones altas de desempleo. Las mujeres dirigen muchas de las tiendas de dulces en Asia, producen ropa a bajo precio, también producen juguetes y material electrónico. Su trabajo es monótono y tiene graves riesgos para la salud física y mental. Existe la necesidad de reducir la explotación de las mujeres en el lugar de trabajo.

En esta sección hemos discutido las dimensiones de género de los problemas de salud de las mujeres en los países en vías de desarrollo.) Cómo se pueden reducir las desigualdades de género de la salud en esta sociedad? En las conclusiones vamos a realizar algunas sugerencias.

CONCLUSIONES

Puesto que la desigualdad de género en la salud es una de las dimensiones sociales por las cuales la desigualdad de género en los países en vías de desarrollo se manifiesta, reducir las desigualdades de género en la salud implicaría la adopción de políticas que mejoren el estatus de la mujer y aumenten su autonomía. Esto implica la mejora de oportunidades económicas para las mujeres, el aumento de su acceso al crédito y a la educación para potenciar su poder económico. También implica extender la educación de las

mujeres, educando a las mujeres sobre sus derechos así como montando campañas que luchen contra las creencias culturales y los sesgos que denigran a las mujeres y el valor de los niños varones sobre las niñas. Existe una necesidad de las mujeres de compartir el poder de forma más igualitaria con los hombres tanto en el dominio público como en el privado si las necesidades de género tienen que ser reducidas (Okojie, 1994; Heise y Elias, 1995). Además, se deben adoptar un enfoque de género en la investigación y en la política sanitaria para identificar la sobrecarga de las enfermedades de las mujeres y diseñar intervenciones apropiadas. Los programas de salud necesitan prestar más atención a los problemas de salud de las mujeres.

Finalmente existe la necesidad de aumentar la disponibilidad y el acceso a los servicios sanitarios por la población en general y las mujeres en particular. Los altos niveles de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo se deben a los embarazos frecuentes, a los embarazos que son demasiado precoces o demasiado tardíos así como las complicaciones de los abortos realizados en condiciones de mala higiene y en ambientes hostiles. Se deben realizar esfuerzos para aumentar la disponibilidad de los servicios de salud en especial en zonas rurales, mejorar la calidad de la atención sanitaria y mejorar el acceso de las mujeres y las niñas a procedimientos de aborto seguros.

En conclusión, se puede enfatizar que las desigualdades de género en salud forman parte de las desigualdades estructurales en un sistema que continuamente eleva al hombre a una posición de poder y de control. Esto hace que los hombres se resistan a un cambio sobre la *Adead hand of tradition* (Cain, 1989). Sin embargo, si queremos reducir las tasas de mortalidad materna y mejorar el estado de salud de las mujeres, es necesario eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres que se derivan de su baja consideración y situación económica en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Atkinson, S.J. and M.F. Farias, 1995. Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in Northeast Brazil, *Social Science and Medicine*, 41:1, PP 1577-1588

Basu, A.M. 1985. Is distribution of food really necessary for explaining sex differentials in childhood mortality? *Population Studies*, 43:pp 193-210

Bang, R.A. A.T. Bang, M. Baitule, Y, Chouddhary, S. Sarmukaddam, and O. Tale, 1989, High Prevalence of gynaecological diseases in rural Indian women, *The Lancet*, 1,8,629, pp.8587 Boerma, J Ties, 1987, Levels of maternal mortality in developing countries, *Studies in Family Planning*, 18,4, July/August, pp 213-221

Cain, M. 1989, Family structure, women's status and fertility change, International Population Conference, New Delhi, Vol 1, pp. 181-188

Cantrelle, P, and M. Garenne, 1993, Maternal mortality in a rural environment: Moyenne, Guinea, In Short Bibliography of recent IUSSP Papers, reference taken from POPLINE-Cd-ROM, June 1993 update,p. 1.

Chen, LC. Huq, E, and S.D. Souza, 1981 Sex bias in the family allocation of food and healthcare in Bagladesh, Population and Development review, 7,1 55-70

Coeytaux, F.M. 1988 Induced abortions in sub-saharian Africa: What we do and do not know, Studies in Famuly Planning, 19,pp. 186-190

Cook, R. 1993, International human rights and women's reproductive health, Studies in family Planning, 24, pp 73-86

Das Gupta, M. 1987, Selective discrimination against female children in rural Punjab, India, Population and Development Review, 13,pp 77-100

Gulati, L. 1992, Asian women migrant workers: a review, Asian Regional Programme, for International Labour Organization, Geneva

Hamid, R. 1990, Female Circumcision, World Health Organization, April-May

Heise, L.I. and C. Elias, 1995, Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries, Social Science and Medicine, 40, 7, pp 931-943.

Herz, B. and A. Measham, 1987, The safe Motherhood Initiave-Proposals for Action, World Bank Discussion Papers, No. 9, May Washington DC. World Bank.

Hull, T, S.W. Sarwono, and M. Widyantoro, 1993, Induced abortion in Indonesia, Studies in Family planning, 24, 4,p.241-251

International Planned Parenthood Federation Together Building a Space for Women: female genital Mutilation (undated)

Johanson, S, 1991, The health transition: the cultural inflation of morbidity during the decline of mortality, Health Trasition Review,1,pp39-68

Khan, A.P.Johan ans S.F. Begum, 1986, Maternal mortality in rural Bangladesh: the Jamalpur District, Studies in Family Planning, 17, pp.7-12

Kinoti, S.N. 1993, State of the Art Review of reproductive and Family Health in Africa, Keynote Address at the Union for African Population Studies Conference on reproductive and family Health in Africa, Abidjan, Ivory Coast, November

Lucas, A.O. and H.M. Gilles, 1984, A short Textbook of preventive Medicine for the Tropics, English Language Book Society.

Mason, K.O. 1994, HIV transmission and the balance of power between women and men: a global view. Health Transition review, Supplement to Vol. 4 pp 217-240

McCarthy, J. and D. Maine, 1992 D. Maine, 1992, A framework for analysing the determinants of maternal mortality, Studies in Family Planning, 23 pp.23-33

Mundigo, A. 1992, Mortality and morbidity due to induced abortion in J. Boerma (ed) Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health care, Interdisciplinary Approaches. Deroua-Ordina, Belgium, pp201-223.

Ojanuga, d, and C. Gilbert, 1992, Women's access to health care in developing countries, Social Science and Medicine, 35, 4, pp.613-617.

Okojie, C.E.E., 1994, Gender inequalities of health in Third World countries, Social Science and Medicine, 39, 9, pp. 1237-1247

Okojie, C.E.E. 1995, Environmental hazards and the health status of women and children in a riverine community in Nigeria: Nikrowa in Edo State, Journal of Social Development in Africa, Vol. 20, no. 1, pp.25-35

Opong, C. 1993, Sexual coercion in the workplace, the need for protection, Women and AIDS 5, 1 May, pp-39-42.

Park, C.B. and Nam-Hoon, Chao, 1995, Consequences of son preference in a low fertility society: Imbalance of the sex ratio in Korea, Population and Development Review, 21, 1, pp.59-84

Paxman, J.M.; A. Rizo, L.Brown and J. benson, 1993, The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America, Studies in family Planning, 24, 4, pp.205-226

Pebley, a.R. and S. Amin, 1991, The impact of a public health intervention on sex differentials in childhood mortality in rural Punjab, India, Health Transition review, 1, pp.143-169

Puentes-Markides,C, 1992, Women and access to health care, Social Science and Medicine, 35,4,pp.619-226

Puffer, R.r. and G.W. Griffith, 1976, Patterns of urban mortality, report of Interamerican Investigation of Mortality, cited in Paxman, et al, ibid

Rubin, g., 1975, The traffic in women: notes on the "political economy" of sex, cited in K.Mason, ibid

Sai,F.T. 1995, Putting Peple First, Implementing the International Conference on Population and development Action Plan in Africa, International Lecture Series on Population Issues, the John D and Catherine T. Mac Arthur Foundation.

United Nations development Programme, Young Women: Silence, susceptibility and the HIV Epidemic (undated)

Vlassof, C. 1994 Gender inequalities of Health in the Third World: uncharted ground, Social Science and Medicine,39, 9,pp.1237-1248

Winnikoff,B. 1988, Women's health: An alternative perspective for choosing interventions, Studies in Family Planning, 19,pp. 197-214

World Bank, 1993,World Development report 1993-Investing in Health, Oxford UniversityPress for the World Bank.

World Federation of Public health Association, 1986, Women and Health Information for Action Issues Paper, prepared for the Agha Khan Foundation and UNICEF

World Health Organization, 1992, Global Programme on AIDs, Current and Future dimensions of the HIV/AIDS Pandemic, Document WHO/GPA/RES/SFI(92.1.

Younis, N., Khattab,H.,M.El Mouelhy, M.F. Amin, and A.M. Farag, 1993, A community study of gynaecological and related morbidities in rural Egypt, Studies in Family Planning, 24, 3 pp. 175-186

Zeing, Y. Tu Ping, Gu Baochans, Xu Yi, Li Yonpung, 1993, Causes and implications of the rececnet increase in the reported sex ratio, Population and Development review, 9,2, pp.. 283-302

Zurayk,H.,H.Khatab, N. Yiunis, M.El.Mouelly and M. Fodle, 1993, Concepts and measures of reproductive morbidity, Health transition Review, 3, pp. 17-39..

