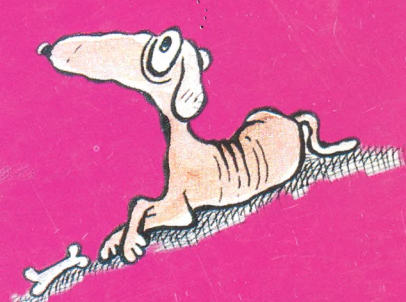


Ixchel

En Debate



Yo Ya no sé
de quien es mi
Ventre...
¿de la iglesia,
de la sociedad
o de mi
marido?



m c d o n a l d

Tema central:
Reproducción y reproductiva

Ixchel

Este número ha sido escrito con el alma de IXCHEL en las manos, quien fue espacio, mar, tierra, temblor, aire tierno, huracán. Hemos tomado la Ixchel de entre la piedra y la flor que la resguardan, bajo la sombra de la huella de los hombres y mujeres de maíz. Ixchel poderoso espectro sanante de las manos eternas, de aquellas que levantan el rocío de la mañana, de las flores sin precio que trazan la línea entre el nacimiento y la muerte, entre la muerte y el nacimiento. Comienzo del tiempo humano: reproductivo y sexual, acumulativo y dilapidativo, días largos, años cortos, sol a sol... péndulo lapidario del reloj.

De un silencio a otro silencio la llovizna suena sobre el polvo. Ixchel se levanta y su vestido de algodón remendado, se mueve como nubes blancas de ceremonia en ceremonia y comedidamente cura y cura y cura, hasta que las rodillas ensangrentadas y el cirio gotean sobre el piso, gotas que arden y latidos que suenan, hacen sonar el llanto de una niña como un reloj con alas.

Ojos nuevos intermitentes frente a la fastuosa geografía; montañas, ríos, hojarasca y sentimientos. Cierra los ojos y en su adentro está desnuda, niña al pie del torbellino, sigue entre los aires tu vía láctea, vuela en un cielo afilado por relámpagos, pero vístete de azucenas y arranca los dientes al péndulo, quema la piedra, arrodíllate al viento, desvanece los años, puebla la esperanza en la hora final del siglo XX.



Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

Dra. Ana Belén Castillo de Rodríguez
Rectora

Dr. Humberto Rivera Medina
**Director Sistema de Estudios
de Postgrados**

Dr. Gustavo A. Vallejo
Decano Facultad Ciencias Médicas

M.Sc. María Elena Cáceres
**Directora del Postgrado de
Maestría en Salud Pública**

Consejo Editorial:

Dr. Manuel Chávez Borjas
Director

M.Sc. Astarté Alegría Cerna
Secretaría

Dr. Jorge Alberto Sierra
Miembro

M.A. Rosibel Gómez Zúniga
Miembro

Dr. Jorge Haddad
Miembro

Dirección:

Post Grado en Salud Pública,
Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
Tel.: (504) 239-1977

e-mail: macbor@ns.unah.hondunet.net

Apdo. Postal U-8787, Ciudad
Universitaria, Tegucigalpa

El contenido de los artículos en esta revista
es responsabilidad del autor. Se permite
la reproducción total o parcial de los
artículos citando la fuente.

Diagramación e impresión:
Guardabarranco, Editorial y Litografía
Tel. 239-1745 • Fax: 239-2927
C. E.: guardaba@compunet.hn

CONTENIDO

TALLER SIN LLAVES

Salud reproductiva en América Latina
Dra. Ana Langer 4

Honduras: atención integral en salud sexual y
reproductiva
Dra. Carmen Pérez Samaniego 7

Saber y aprender en salud sexual y reproductiva
M.Sc. Ana María Dávila de Sánchez,
M.Sc. Astarté Alegría 11

Oferta sistemática de servicios integrados de salud
reproductiva
Dr. Jorge Solórzano, M.D.H. Marianne C. Burkhart,
Dr. Felipe López, Dra. Berta Taracena 15

El silencio en la salud sexual y reproductiva
Dra. Patricia Rivera 21

Acceso por aborto y parto
Dra. Ruth María Medina, Dra. Irma J. Mendoza G. 23

Prueba diagnóstica de conocimientos en Auxiliares
de Enfermería sobre salud de la mujer y del niño
M.P.H. Marianne C. Burkhart, E.P. Reina Mejía Rodríguez,
E.P. Dora Rodríguez de Arreaga, E.P. Doris Guzmán 28

Investigación de la calidad de los servicios de
salud reproductiva CESAMO El Chile
Dra. Ruth María Medina, Lic. Alicia Leiva,
Lic. Berta Álvarez 33

COSTILLA ROTA

Atención de hombres que ejercen violencia
intrafamiliar
Lic. Edmundo Pérez 40

Degradación social femenina
Dra. Ellen F. Woortmann 44

SALUD EN SÍNTESIS

Promoción de la salud: desarrollo en el
contexto multicultural
Dr. Manuel Chávez Borjas 56

SALUD VIS À VIS

Sexualidad y género en la vida adolescente
M.Sc. Emilia Alduvin de Planells 64

DOCUMENTOS

Escuelas saludables de emergencia alternativa
del pueblo de Honduras después del Mitch 74





LLAVES

Presentamos **bajo esta sección** la temática central de este número de la revista Ixchel en debate: **salud sexual y reproductiva**. Reunimos en esta ocasión ocho ensayos y artículos que abordan la temática, comenzando con una panorámica latinoamericana, para luego presentar la problemática nacional desde diversas dimensiones.

Salud reproductiva en América Latina

Dra. Ana Langer
The Population Council
Oficina Regional para
América Latina y el Caribe

El interés por la salud de la mujer ha ido adquiriendo cada vez más importancia. En este camino, se pueden reconocer algunos hitos a nivel internacional, a lo largo de las últimas décadas, entre ellos el reconocimiento de las Naciones Unidas a 1976-1985 como la década de la mujer¹, la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos, lanzada en 1987², la conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo 1995³, y la conferencia Internacional sobre la Mujer realizada en Beijing al año siguiente⁴.

Antes de estos eventos, la salud de la mujer era concebida esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. Así, al comienzo de la década de los 60, al mismo tiempo que se iniciaban los esfuerzos sistemáticos por regular el crecimiento demográfico a través de la planificación familiar (PF), se reconoció la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de sobrevivencia como un objetivo en sí

mismo y como condición indispensable para incrementar la aceptación de los métodos de planificación familiar. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de "salud materno-infantil" y "sobrevivencia en la infancia", aún ampliamente utilizados.

Bajo el término "salud materno-infantil" se incluyeron todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio (o los esfuerzos por evitarlos a través de la PF), y las condiciones de salud del niño pequeño. Cuando se habla de "sobrevivencia en la infancia" la connotación aún es más específica, ya que generalmente se limita el alcance al menor de 5 años. Estas iniciativas se dirigen a mujeres embarazadas o con intenciones abiertas de tener hijos, así como a niños menores de cinco años, ofrecen poco o ningún servicio para la mujer fuera de su función reproductiva y, en cambio, demandan de ella tiempo, recursos financieros y habilidades específicas.

¹ Naciones Unidas (ed.). *Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*. Nueva York, 1988.

² Starrs A. *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, February 1987*. Washington D.C.: World Bank, 1987.

³ *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. Naciones Unidas: Cairo, 1995.

⁴ *Conferencia Internacional de la Mujer*. Naciones Unidas, Beijing, 1995.

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron, por primera vez, especial énfasis en la madre, al lanzar a nivel internacional la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos. El objetivo principal de este programa es reducir la morbilidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias al uso de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio².

La Iniciativa es de un valor incuestionable, ya que saca a la luz el olvidado e inaceptable problema de la mortalidad materna y reconoce a la atención obstétrica universal y de buena calidad, así como a la prevención y detección oportuna de complicaciones, como un derecho de todas las mujeres y una obligación de los servicios. Sin embargo, tiene una limitación importante: se enfoca únicamente a las mujeres que desean tener hijos y/o están embarazadas y sólo toca indirectamente otros problemas reproductivos.

En los últimos años, importantes cambios socio-demográficos hicieron evidente que los programas desarrollados hasta entonces tenían una perspectiva demasiado estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana⁵. En efecto, una familia pequeña se ha convertido en la aspiración de muchas mujeres y la planificación familiar, consecuentemente, ha dejado de ser una herramienta circunstancial para convertirse en un componente más de la vida cotidiana. Al mismo tiempo, las mujeres reclaman el derecho de recibir atención para todas sus necesidades de salud, no sólo para aquellas directamente vinculadas con la maternidad. Las enfermedades de transmisión sexual, por su parte, adquirieron en la última década proporciones epidémicas. Su atención se ha convertido en una prioridad. Los adolescentes —grupo de la población en rápido crecimiento— tienen necesidades reproductivas específicas y requieren de

una atención especialmente dirigida a ellos. Por último, se hizo evidente que la ausencia de los hombres como población objetivo de los programas de PF reduce sustancialmente la eficiencia de los mismos⁶.

En respuesta a esta situación y tomando como punto de partida los enfoques parciales comentados más arriba, surge recientemente el concepto de **salud reproductiva**⁷. Con base en la clásica definición positiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷, se describe a la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. Según esta definición, la **salud reproductiva** implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo a buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones. La **salud reproductiva** se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad⁷.

Sólo muy recientemente el concepto se ha ampliado aún más para abarcar a todos aquellos aspectos relacionados con la **salud de la mujer**⁸. Bajo este título se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción en un sentido amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de

⁶ Fathalla MF. *Reproductive health in the world: Two decades of progress and the challenge ahead*. En World Health Organization/HRP. *Reproductive Health: A key to a brighter future. Biennial Report 1990-1991*. Ginebra, 1992..

⁷ Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. Segunda Edición. Nueva York: Oxford University Press, 1988, p. 57.

⁸ Koblinsky M, Campbell O and Harlow S. *Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health*. En M. Koblinsky, J. Timyan and J. Gay (Eds). *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, CO: Westview Press, 1993, pp.33-62..

⁹ *The World Bank: A New Agenda for Women's Health and Nutrition*. Washington, D.C., 1994.

⁵ Germain A. and Ordway J. *Population Control and Women's Health: Balancing the Scales*. Nueva York: International Women's Health Coalition, 1989.

salud de la mujer rebasa a la salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas en la vida de la mujer.

La atención integral a la salud de la mujer, además de ser un objetivo humanitario en sí mismo, se reconoce como una inversión para el crecimiento económico de la familia y la sociedad, y para la salud y bienestar de los niños⁹. En este mismo sentido, la atención a la salud de la mujer se considera altamente efectiva ya que en la actualidad se cuenta con herramientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar oportunamente y/o resolver la mayoría de los problemas de salud de la mujer. Esta eficiencia se incrementa aún más porque la mayoría de los padecimientos se encuentran interrelacionados: al solucionar uno de ellos, los beneficios se extienden a muchos otros⁹. En el contexto de una preocupación general por la condición de la mujer, conocer de qué modo ésta afecta la salud es, indudablemente, una cuestión relevante.

América Latina es considerada por organismos internacionales y financieros como una región con necesidades de salud menos perentorias que otras del mundo subdesarrollado. Esta percepción se deriva de indicadores macroeconómicos y de salud, menos severos que los de otras latitudes. En efecto, la mortalidad infantil, la fecundidad, y la prevalencia de ciertas infecciones como el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual son menores que en África y algunos países del sudeste asiático.

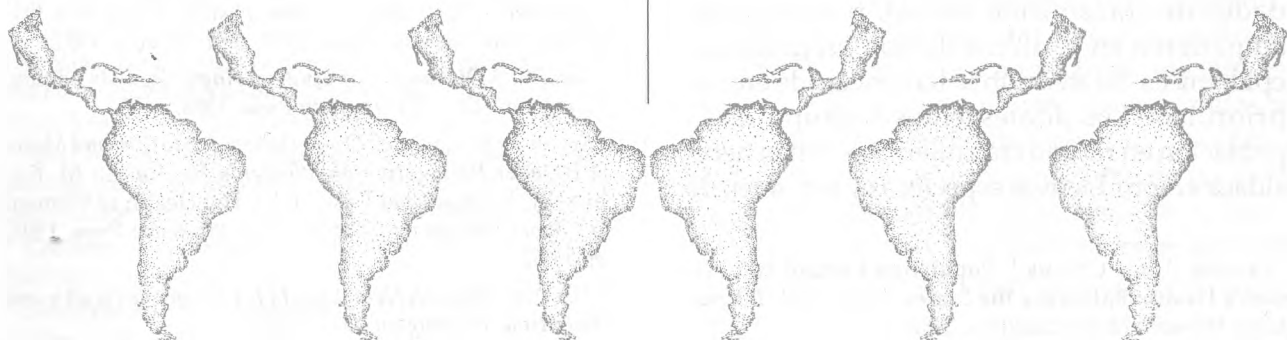
Estos indicadores, sin embargo, son un promedio engañoso que oculta las profundas desigualdades entre subregiones, países, grupos sociales

y étnicos, y géneros. De hecho, América Latina es un mosaico en muchos sentidos y la salud reproductiva no es una excepción. Los países más pobres carecen de programas y servicios con la cobertura y calidad que se requiere para atender las necesidades de salud reproductiva. Las mujeres de los sectores desfavorecidos de la sociedad adolecen de niveles inaceptablemente altos de enfermedad y muerte derivados de la reproducción, y tienen importantes necesidades no satisfechas en cuanto a la anticoncepción y a otros servicios de salud reproductiva.

Todos aquellos que trabajamos en el campo de la salud de la mujer, ya sea como académicos, responsables de políticas y programas, profesionales de los servicios de salud o activistas, enfrentamos importantes desafíos. Entre ellos, destacan los siguientes:

- mejorar la condición y status de la mujer;
- asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos;
- garantizar el acceso universal a servicios de salud;
- mejorar la calidad de la atención;
- integrar los servicios de salud reproductiva.
- disminuir los embarazos no deseados y, en consecuencia, el aborto realizado en condiciones riesgosas y lo que este procedimiento implica para la mujer.

Sólo con la participación concertada de distintos sectores de la sociedad se podrá dar una respuesta eficiente a los mismos.



HONDURAS:

atención integral en

salud sexual y reproductiva

Carmen Pérez Samaniego
CPS/PRAIM (SS-GTZ)

¿QUÉ ES LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

La salud expresa el nivel de desarrollo y la superación de la pobreza, su causalidad es compleja y el reto es grande, por lo que estamos llamados a comprenderlo y abordarlo desde una perspectiva mucho más amplia de lo acostumbrado. Bajo este concepto surge la Salud Sexual y Reproductiva que plantea la integralidad necesaria para obtener soluciones reales a problemas fundamentales del ser humano.

“La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la SSR entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin peligro de enfermarse y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir cuándo y cuántos hijos se desean”¹. Para hacerlo realidad tendremos que ir a las raíces de la problemática. Aunque el concepto de SSR se aplica a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres, y requiere una atención especial para promocionar su salud y reducir los riesgos que sólo las mujeres enfrentan.

“De la situación de la mujer dependen aspectos tan importantes como el crecimiento y la salud

de la población. Además su aporte en el capital social es enorme, por las labores que directamente realiza, por lo que lleva en el hogar y por el apoyo que brinda a la de los hombres”².

Tradicionalmente, la salud de la mujer se ha atendido esencialmente desde su función reproductora, lo que ha sido el enfoque clásico materno-infantil. Desde este enfoque se ha alcanzado logros considerables en Honduras. Los indicadores clásicos expresan una reducción importante en la tasa de muertes durante el embarazo parto y puerperio³, de 221 x100.000 nacidos vivos en 1990 hasta 147 en 1997, así como la tasa de mortalidad infantil ha bajado de 52 a 35 x 1.000 nacidos vivos en ese mismo período de años⁴. Las buenas coberturas en inmunización (94%, una de las más altas de la región), el aumento del control prenatal, la atención institucional de los partos y la capacitación de parteras, han contribuido muy positivamente.

Aún siguen muriendo demasiadas mujeres especialmente durante los episodios de su ma-

² PNUD: Informe sobre desarrollo humano. Honduras 1998.

³ Esta tasa incluye las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio aunque no estén relacionadas directamente con estos episodios. La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) se refiere exclusivamente a causas relacionadas y en Honduras ha pasado de 182 en 1990 a 108 en 1997 (IMMER 1991 y 1998, SS).

⁴ ENESF (Encuesta Nacional en Epidemiología y Salud Familiar) 1990 y 1998. Secretaría de Salud.

¹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafo No. 7. 2. El Cairo 1994.

ternidad⁵, lo que nos obliga a buscar con mayor profundidad sus causas. Veamos entonces quiénes están en mayor riesgo, de qué están muriendo principalmente y dónde, para pasar a reflexionar sobre lo qué debemos hacer para evitarlo.

¿QUÉ ESTÁ SUCEDIENDO EN HONDURAS?

La última investigación sobre Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva (IMMER 1998) conducida por la Secretaría de Salud, muestra que la tasa mayor de muerte materna se da en las mujeres menores de 18 años, en las que tienen más de cuatro embarazos y/o espacio entre dos de ellos menor de dos años. La existencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cardiovascular, etc.) también aumenta el riesgo. Además se ha encontrado mayor mortalidad entre madres solteras y de menor nivel escolar.

Por otra parte, la encuesta ha permitido identificar que al menos el 10 % de las muertes maternas fueron por aborto, en su mayoría provocado. A pesar de que esta cifra sigue encubriendo un subregistro, por primera vez se tiene una información oficial que visualiza el grave problema de salud pública que el aborto supone para las mujeres.

El parto es el momento de mayor riesgo para las mujeres fuera del hospital (la mitad de las muertes extra hospitalarias ocurren en ese momento). Dentro del hospital la mitad de las muertes acontecen durante el puerperio, donde las hemorragias siguen teniendo un peso importante en la causalidad. Si bien esto se explica en parte por la llegada tardía de las mujeres con complicaciones del parto, no podría justificarse que este nivel de atención no resuelva los casos de hemorragia.

El análisis comparativo entre dos de estas investigaciones con metodología muy similar (IM-

⁵ El promedio para el continente Latino Americano es de 190x100.000 n.v. pero con variaciones enormes entre países con alto porcentaje de población indígena o negra y población mayoritariamente ladina o criolla. El continente se sitúa en un término medio con relación al resto del mundo (PNUD 1997: Informe sobre Desarrollo Humano. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid)

MER 1990 y 1998, SS), nos ofrece importantes reflexiones. Algunas de ellas son las siguientes:

Ha habido un descenso considerable de muertes maternas (MM) directamente relacionadas al embarazo, parto y puerperio (Tasa de MM x 1000 MER ha pasado de 0.26 a 0.13), principalmente por la disminución de las infecciones y las hemorragias.

También es interesante ver que dentro de las causas de muertes entre todas las mujeres en edad reproductiva (MER) las enfermedades cardiovasculares parecen haber disminuido ligeramente, mientras que los tumores, especialmente cérvico-uterino y de mama, tienden al aumento. A pesar de importantes inversiones, será necesario revisar la eficacia de estos programas.

Lo más destacable es que las mujeres mueren menos por causas directamente relacionadas con su embarazo, parto o puerperio pero bastante más por traumatismos, envenenamientos, suicidios y violencia (de ser el 18% de todas las MM en 1990, representan actualmente el 26%), así como por enfermedades metabólicas e inmunodepresivas, donde el SIDA ocupa el 82% de los casos de esta categoría.

La violencia intrafamiliar conlleva gravísimas consecuencias, tanto para la integridad física como síquica de la víctima, así como desde el punto de vista económico (elevados costos terapéuticos, baja productividad de las víctimas) como social (desintegración familiar, perpetuidad de la violencia a través de los y las niños/as testigos o víctimas y su bajo rendimiento escolar). Se trata de un problema complejo y muy arraigado culturalmente. La mujer víctima de violencia suele partir de una autoestima muy deteriorada y tiene altas posibilidades de ser abusada sexualmente lo que aumenta el riesgo de embarazo no deseado, infectarse por el HIV, desarrollar depresiones o incurrir en intento de suicidio. Es también conocido que las agresiones hacia la mujer aumentan en período del embarazo⁶.

⁶ INEC/FNUAP (1998), Encuesta de Demografía y Salud ENDESA. Managua

En este campo se está avanzando desde otras instancias como la legislativa, fiscal y conserjerías, pero hay que preguntarse si los servicios de salud están desempeñando un papel suficientemente activo y responsable ante esta realidad.

En cuanto a la posibilidad de planificar la familia, la ENESF-1997 (Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar) indica que sólo la mitad de las mujeres en unión usan anticoncepción y que más de la mitad de las otras desearían hacerlo. Esto significa que aproximadamente un tercio de las mujeres están expuestas continuamente a embarazos no deseados (demanda insatisfecha de planificación familiar) y por lo tanto es importante continuar y mejorar los programas de planificación familiar.

Otro hecho preocupante es el aumento de adolescentes embarazadas. La problemática es compleja. La adolescente es especialmente vulnerable a ser víctima de abuso sexual. Un estudio realizado en la Clínica del/la adolescente del Hospital Escuela en Tegucigalpa en 1997, presentaba la importancia de los casos de embarazo como fruto de coacción sexual. Otro factor destacable es el desconocimiento y la dificultad en acceder a la anticoncepción, pero también el deseo explícito de la adolescente de embarazarse. En estos casos se identifica la poca autoestima y la búsqueda de reconocimiento (valer aunque sea por ser madre), o el final feliz de las telenovelas (uniéndose a un hombre para que les ofrezca mejor vida). La mejor comprensión de la potencialidad y necesidades de la adolescencia es una asignatura pendiente para el sector salud, que hasta ahora sólo está abordando el tema desde la perspectiva de la prevención de ETS/SIDA como problema.

Finalmente, es reconocido que a pesar de una lenta tendencia a la disminución, la Tasa Global de Fecundidad en Honduras es elevada (4.2 promedio de hijos por mujer, siendo doble en el área rural en relación a la urbana) en relación al promedio del continente Latino Americano (que es de 2.7 hijos por mujer). El crecimiento anual de la población es demasiado acelerado (2.8% en Honduras y 1.5% como promedio en

Latino América)⁷ en relación a la posibilidad de desarrollo socio-económico del país, lo que implica el aumento de la pobreza y por lo tanto mayor deterioro de las condiciones de vida especialmente de las mujeres y los/as niños/as.

¿POR DÓNDE DEBEMOS SEGUIR?

Los riesgos obstétricos que pasa la mujer durante su maternidad deben seguir siendo disminuidos. Para ello las estrategias que tradicionalmente lleva a cabo la Secretaría de Salud son acertadas. Se trabaja para aumentar los controles prenatales y la atención institucionalizada del parto, se está ampliando la cobertura y mejorando la capacidad técnica del personal de salud y de las parteras tradicionales. Además se debe seguir fortaleciendo los programas en curso como son la planificación familiar, la prevención de ETS/SIDA, el control del cancer cervico-uterino y de mama, entre otros. Es importante resaltar que facilitando el acceso a la anticoncepción se evita muchos embarazos no deseados y se disminuye el número de abortos. Las complicaciones de estos deben ser tratadas oportuna y correctamente para evitar la muerte de la mujer.

Pero el enfoque verticalista y fraccionado de estos programas está dificultando su manejo y eficiencia en los niveles locales. Las oportunidades perdidas y la carencia de respuestas para soluciones reales siguen siendo una constante de la oferta de servicios de salud. La calidad de los servicios que se pretende alcanzar obliga a una integralidad de estos programas en todos los niveles. La manera más eficiente de impulsarlo es organizando la coordinación específica para SSR en todos los niveles del sistema de salud que favorezca la coherencia entre los distintos programas.

Pero además, para contribuir de una forma más efectiva a la reducción de la mortalidad materna y en general mejorar la salud de las mujeres y sus familias, será necesario reorientar el enfoque de atención de los servicios e incorporar acciones que influyan en las conductas de la población.

⁷ PAHO/HDP/HDA/1998.01

Los servicios de salud no están preparados para atender a las necesidades de los y las adolescentes y los hombres para su salud. La violencia intrafamiliar no es registrada en los servicios de salud y sus víctimas no reciben apoyo efectivo y dirigido a la causalidad. Las consejerías son escasas y deficientes en su mayoría al no conseguir conectar con la persona y sus necesidades (la sexualidad es abordada sólo desde sus riesgos y fraccionada en función a ETS/SIDA o PF).

Las razones por las que las mujeres siguen asumiendo embarazos de riesgo y no buscan protección va desde sus escasos recursos económicos individuales, la falta de información correcta (que potencian los mitos y temores), las dificultades de acceso geográfico hasta su limitado poder de decisión. Por esto, el nuevo enfoque debe incorporar estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) que fomenten la potencialidad de la mujer, incorporen a los hombres y a los/as adolescentes a los servicios de salud y se promuevan comportamientos responsables.

Igualmente, es urgente desarrollar programas que den respuesta adecuada a los casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual y promuevan

el respeto a los derechos de las mujeres y los/as niños/as.

Estos cambios de comportamientos podrán ser realidad sólo si el sector salud consigue coordinar acciones intresectoriales (municipalidad, educación, sector productivo, etc.) implicando a las organizaciones locales y a la comunidad.

Desde la perspectiva institucional se plantea como reto hacer practicable el enfoque de Salud Reproductiva y para ello un principio debe ser **una instancia a nivel central de coordinación específica y efectiva de las unidades y departamentos que actualmente apoyan los distintos componentes**, y así favorecer su ejecución de forma integrada en los niveles locales.

La mortalidad materna es un problema complejo, y como tal debe ser abordado en su integralidad. El abordaje integral ofrece una comprensión más realista de los problemas y por lo tanto la posibilidad de soluciones que consoliden impactos duraderos. **La Salud Sexual y Reproductiva considera la globalidad del problema y la necesidad de integrar mejoras en función a las necesidades reales de la persona.**



Saber y aprender en salud sexual y reproductiva

Msc. Ana María Dávila de Sánchez'
y M.Sc. Astarté Alegría**

El principal objeto de análisis a ser abordado en este artículo, desde el mundo de la Academia es la salud sexual y reproductiva como parte de la promoción de la salud. Aún cuando continúa ligándose básicamente a la reproducción, rebasa la dimensión biológica e incorpora dimensiones sociales, psicológicas, económicas y ecológicas que son las que permiten hablar de promoción y no sólo de atención a la salud.

El análisis de la salud sexual y reproductiva en el campo de formación de personal en Salud Pública, conlleva al desarrollo de nuevas estrategias metodológicas para su enseñanza y aprendizaje; pretendiendo poner en discusión los conceptos y categorías ligadas al mismo.

Se parte entonces de plantear algunos cuestionamientos acerca de la situación actual de la teoría y práctica de la salud sexual y reproductiva y las implicaciones en la enseñanza de la misma para provocar un pensar, sentir y actuar diferente.

¿CÓMO ENTENDER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA SALUD PÚBLICA?

Esta interrogante abre diversas posibilidades de respuestas en la medida que su discusión incorpora desde la conceptualización, concepción de políticas sociales, sexualidad humana, instru-

mentalización del objeto de análisis, respuestas sociales, desarrollo humano, hasta diferentes abordajes metodológicos que permitan la construcción de aprendizajes significativos.

A su vez genera el replanteamiento en salud reproductiva desde la mirada de los servicios, donde usualmente se responde en términos de mortalidad materna, mortalidad infantil, aborto, embarazo en adolescentes, acceso a los servicios y calidad de atención por mencionar algunos. Esta gama de respuestas conduce a preguntarse si son éstos los verdaderos problemas o son apenas las manifestaciones de una visión estrecha de lo que es salud sexual y reproductiva.

El discurso sobre salud reproductiva, hasta hace poco vista como salud materno infantil, evidencia la necesidad de rupturas teórico-metodológicas que permitan dejar de ver a la mujer como objeto de daño y atención sólo por su capacidad reproductiva, *separando la afección del cuerpo biológico desprovisto de sus significados, los que han sido aprendidos y construidos socialmente*¹.

Hablar de salud reproductiva es hacer referencia a la sexualidad como categoría que la incorpora, aún cuando ello no parece estar claro o al menos no es aceptado por los diferentes sectores, incluso por los servicios de salud. Esto significa por otra parte, que si se lleva al campo de la Salud Pública la discusión de la reproducción humana obligatoriamente nos preguntemos ¿cuáles son

* Coordinadora Académica Postgrado de Maestría en Salud Pública.

** Coordinadora Nacional Diplomado Gerencial Social en Salud Sexual y Reproductiva. Postgrado de Maestría en Salud Pública.

¹ Langer A. Tolkert, K. *Mujer. Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. México. The Population Council, 1996.

las barreras para no incorporar a la sexualidad en la salud reproductiva?

Probablemente las respuestas vacilarían, se evitarían o trasladarían a otros campos como la educación, información y comunicación.

Una de las relaciones conceptuales y metodológicas más frecuentes en salud sexual y reproductiva es la educación sexual. Se considera que la distinción entre ambas no es apropiada en el marco de la salud integral; sin embargo, se trabajan como actividades diferentes en salud cuando el modelo de atención se basa en una visión parcial de los servicios y de una concepción escindida de los usuarios.

Desde la perspectiva de la Salud Pública la primera connotación es la que interesa destacar debido a que permite la explicación del objeto de estudio como totalidad y la salud sexual y reproductiva como parte de esa totalidad; lo que no significa que es igual a la suma de las partes, ya que ésta es a su vez totalidad y parte de, que permite la inclusión de otros componentes como la educación sexual, de la cual se comparte la más amplia concepción al ser definida "*como el proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos y comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado*"².

Desde esta óptica la educación sexual no es vista como el eje que orienta las acciones en salud sexual y reproductiva sino, una estrategia, un medio y no un fin.

El análisis de la salud reproductiva desde la sexualidad permitirá el reconocimiento de la primera como componente central de ésta, ya que en ella confluyen lo biológico, lo psicológico y lo social del vivir del ser humano.

El aporte de la teoría de género se vislumbra como el eje que permite entender cómo se vive la reproducción y la sexualidad ya que ambos se experimentan dentro de las relaciones de género con responsabilidades, prácticas y vivencias diferenciales para hombres y mujeres.

La renovación conceptual de la salud sexual y reproductiva permite además ver la intrincada relación entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, elementos que no han sido suficientemente discutidos, lo que conduce a identificar a la gerencia social y las políticas sociales como vías de consecución para el desarrollo sostenible. *Al respecto Bryan, R.² plantea las políticas como decisiones políticas construidas socialmente y por lo tanto resultado de la dinámica de procesos conflictivos o cooperativos entre demandas de distintos grupos y actores con diferentes intereses y valores acerca de lo que debe ser la sociedad.*

En relación al tema de las políticas sociales, resulta interesante la posición de autores como Foucault, M.³ cuyo propósito es analizar algunas de las estrategias por medio de las que se articula la sexualidad como dispositivo histórico de poder-saber característico de nuestras sociedades.

El dispositivo de la sexualidad descubre diversos modos de funcionamiento entre ellos la existencia biológica, clave sobre la que se articulará la población y en la que descansa el funcionamiento de un poder dirigido a garantizar y gestionar la existencia.

Se trata de un poder sobre la vida que el autor llama biopoder y biopolítica que se ejerce tomando a su cargo y estableciendo controles reguladores sobre los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y todas aquellas condiciones que puedan hacerla variar.

El sentido progresivo se refleja en ver en las políticas sociales, en este caso en particular las políticas sobre salud sexual y reproductiva, un instrumento de participación de la ciudadanía y no sólo el resultado de la visión de la institución que brinda un servicio. Por otra parte dejaría la política social de ser un medio sólo para compensar frente a la pobreza, es decir no estaría subordinada a la política económica.

² Bryan, R. *Centroamérica en Reestructuración. Ciudadanía y Política Social*. San José, FLACSO 1998.

³ Morey, M. *Lectura de Foucault*. España, Taurus Ediciones 1986.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE REFERIRSE EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA A GERENCIA SOCIAL?

Si se pretende pensar la salud sexual y reproductiva en una nueva dimensión conceptual, consecuentemente la forma en que se traduce en políticas públicas, planes y proyectos que se reflejan en servicios, requiere naturalmente de nuevos enfoques en cómo hacerlo y es allí donde se ubica a la gerencia social.

Se parte de entender la gerencia social de tal forma que las acciones del Estado en servicios sociales pueden ser eficientes y considerar al ser humano como centro esencial del desarrollo, buscando ante todo la equidad, la participación ciudadana y la comprensión estratégica y constructivista de las organizaciones de los servicios sociales.

Así la discusión conceptual de Salud Sexual Reproductiva y la consecuente operativización en la gerencia social exige de ser colocada al alcance del trabajador de la salud y de la sociedad en general, lo que conduce a la idea de formación de los recursos humanos.

¿POR QUÉ ES NECESARIA LA FORMACIÓN PERSONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

Salud sexual y reproductiva se presenta como un área en el campo de la salud con la potencialidad de integrar la diversidad de expresiones y acciones en salud, ya como categoría o como área problema de Salud Pública que permite la articulación intersectorial.

Pero esta innovación aún no alcanza a ser manejada por el sector salud y menos aún por el resto de sectores de la sociedad. Se hace necesario que desde la teoría y epistemología se contribuya a la construcción del nuevo enfoque en salud sexual y reproductiva y a la gerencia social de la misma.

La enseñanza-aprendizaje de la salud sexual y reproductiva requiere de considerar lo objetivo y subjetivo tanto del que facilita el proceso como del que lo recibe. Ello es importante debido a que involucra las concepciones que sobre sexual-

idad tengan los participantes, ya que la forma de ver y vivir la sexualidad se traducirá en la forma en que se comprenda y atienda por ejemplo a la joven adolescente embarazada o a la mujer puerpera que considera planificar su familia. *Por otra parte requiere también de relacionar el conocimiento de las formas de valorar y actuar dentro del propio contexto del trabajo.*⁴

Lo anterior hace referencia al conocimiento significativo, a través del constructivismo, como el paradigma educativo que promueva en el sujeto la reconstrucción del concepto de salud sexual y reproductiva, a partir de sus creencias, prejuicios, percepciones y acciones, fomentando la movilización del pensar, sentir y actuar del sujeto. Obviamente un proceso de este tipo significa crear conflictos que deben ser debidamente apoyados y contenidos en el proceso pedagógico.

*La formación de recursos humanos en el marco de las reformas no puede seguir siendo vista únicamente desde la reforma macroeconómica, exige de la incorporación de la dimensión social.*⁵ Para Granda, E.⁶ *la formación de recursos humanos comporta la antinomia entre su identidad constituida por su creatividad, libertad y responsabilidad y su utilidad representada por su docilidad entre el requerimiento de fortalecer el poder técnico, político y económico imperante.*

Es por ello que el mismo autor nos advierte sobre el peligro de preparar una estrategia sobre reforma que se base únicamente en la alta sofisticación científico-metodológica sin tomar en cuenta los propósitos de los actores que pueden respetar o no los métodos y las instituciones, concluyendo que lo más importante está en forjar actores de la reforma. A lo que añadimos, que los procesos de formación se

⁴ Haddad, J. Clasen Roschke, M.A y Davini, M.C. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington, D.C. OPS, 1994.

⁵ Rodríguez M.I. *Los recursos Humanos y la Reforma del Sector Salud*. Revista del Instituto Juan César García. Quito Ecuador. Vol. 8, No. 1-2, 1998.

⁶ Granda E. *Lineamientos para el desarrollo de Recursos Humanos*. Salud en el marco de la reforma del sector. Revista del Instituto Juan César García. Quito, Ecuador. Volumen 8, No. 1-2. 1998.

constituyen en espacios donde en el caso que nos ocupa, la Salud Sexual y Reproductiva, sean no sólo para la transmisión de conocimientos sino para generar formas diferentes de intervenir sobre la problemática de la misma.

Se trata entonces de pensar en recursos humanos no sólo como objetos útiles para producir saber técnico-científico, sino sujetos poseedores de emociones, intermediarios entre su saber y el del mundo de la vida, articulación que permitiría por ejemplo entender por qué nuestras adolescentes continúan embarazándose conociendo y teniendo a su alcance métodos de planificación familiar.

Esto significa una formación de personal desde la reforma, desde el cambio, sin prescindir verlos como sujetos que a través del trabajo pueden utilizar eficientemente los recursos y producir acciones de salud con mayor eficacia, y a la vez considerar la identidad del trabajador de salud, su creatividad, libertad, simbolismo y responsabilidad. En otras palabras identidad y productividad, fin y medio.

En Salud Sexual y Reproductiva la idea de que la formación está a cargo únicamente de las universidades está vacía, ya que los servicios de salud pueden también constituirse en espacios de verdadera articulación y fuente de innovación, desde donde la reconceptualización de la salud reproductiva pueda generar propuestas nacidas de una práctica.

La profunda carencia de armonía que distingue la cultura de trabajo de nuestra era, una falta de armonía tan difícil de disimular cuya denuncia ha pasado a ser común en la vida intelectual, hace que mientras algunos se dedican al estudio de los problemas y sus soluciones a nivel de acciones sociales, políticas y económicas, en este escrito, se desee destacar que los procesos de formación que considere al ser humano con sus subjetividades y capacidades, se perfilan entre las vías de mejores derroteros.



Oferta sistemática de servicios integrados de salud reproductiva

Jorge Solórzano B., M.D.
Marianne C. Burkhardt, M.P.H.
Felipe López, M.D.
Berta Taracena, M.D.

Uno de los mayores retos de la capacitación en servicio es asegurar la institucionalización de las nuevas prácticas propuestas. Normalmente, la capacitación se provee en hoteles o salones comunales lejos de la Unidad Productora de Servicios (UPS) en donde se debería aplicar el material aprendido y una vez los capacitados regresan a sus tareas cotidianas, ellos no cuentan con las habilidades, apoyo y supervisión continua que necesitan para implementar las nuevas prácticas.

Tal fue el caso cuando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala (MSPAS) con apoyo técnico de El Consejo de Población, intentó apoyar al Área de Salud de Quetzaltenango para transformar los servicios prestados en los centros y puestos de salud de un modelo vertical que proveía sólo el servicio solicitado por el paciente, a un modelo integrado que explora y cumple todas las necesidades de las madres y niños que asisten a la UPS. Se desarrolló un algoritmo de exploración sistemática de necesidades y provisión de servicios adicionales necesitados (ver gráfica 1) y un manual de capacitación/referencia. La capacitación fue proveída en una localidad central, usando métodos didácticos y juegos de roles para simular la prestación de servicios, bajo un proyecto de investigación operativa con un diseño de intervención-control. Seguido de la evaluación en los centros de salud las entrevistas de salida no demostraron ninguna diferencia significativa en la prestación de servicios

adicionales. En primera etapa de la investigación: 11.2% de pacientes en el grupo de intervención recibieron servicios aparte de la razón de su visita, mientras que 8.6% de los pacientes en el grupo de control recibieron servicios adicionales¹ Esta diferencia no era estadísticamente significativa.

No obstante el modelo de atención prevalente, la herramienta de trabajo parecía tener un tremendo potencial para mejorar los servicios en Guatemala, por lo que el Consejo de Población realizó una serie de observaciones y entrevistas para tratar de entender la razón de la falla. Los evaluadores encontraron lo siguiente:

- los capacitadores eran los proveedores claves de servicios, pero no los que determinaban el modelo de prestación de servicios para cada distrito;
- debido a que la capacitación de DepoProvera estaba incluida en la capacitación (en ese entonces Depo estaba siendo introducida en el sistema del MSPAS), los capacitados entendieron que el algoritmo era para ser usado por clientes de planificación familiar, en lugar de todos los clientes;
- los capacitados no pudieron empezar a implementar los servicios integrados inmediatamente después de su regreso a los UPSs debido a que los materiales de apoyo no llegaron

¹ Consejo de Población/Inopal III. "Investigación sobre Atención Integral de Servicios de Salud Reproductiva en Guatemala".

sino hasta después y luego ellos perdieron rápidamente las habilidades adquiridas en la capacitación; y

- las barreras a los servicios muchas veces incluían al guardián, recepcionista y otras personas que no proveen servicios.

En respuesta a estos hallazgos, el MSPAS y El Consejo de Población rediseñaron la capacitación y extendieron la investigación para llevar a cabo una nueva ronda de capacitación y evaluar su implementación en los centros de salud con mejores resultados.

EL NUEVO PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Basado en los hallazgos de las observaciones y entrevistas, se diseñó e implementó un nuevo programa de capacitación. Se capacitaron 126 personas de los 12 distritos de Quetzaltenango, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural, guardianes, secretarías, técnicos de laboratorio e inspectores ambientales. Los auxiliares de enfermería constituyeron la categoría más grande de personal capacitado.

La capacitación empezó con una reunión centralizada de las enfermeras de distrito para definir las necesidades de capacitación así como sus intereses y establecer fechas para la capacitación. Este paso fue importante ya que involucraba a las enfermeras de distrito en la fase de planificación.

Luego los capacitadores estuvieron dos días en cada distrito del área de salud. Debido a que muchos pacientes se atienden en la mañana, la mañana del primer día se hacía la capacitación en las consultas mismas. Los capacitadores empezaron con la enfermera de distrito, quien es la jefe de enfermeras profesionales en el centro de salud de distrito y supervisor de los auxiliares de enfermería quienes trabajan en los centros y puestos de salud. Luego ellos continuaron con el resto del personal de servicio, en su mayoría auxiliares de enfermería.

El capacitador observó a la enfermera como proveía servicios al primer paciente, mientras

que notaba sistemáticamente las oportunidades perdidas de explorar necesidades adicionales, proveer educación necesaria y proveer o referir para servicios adicionales usando un registrador especial. Al final de la consulta, el capacitador sugirió respetuosamente a la enfermera para qué servicios adicionales podría ser un buen candidato el paciente. Luego la enfermera proporcionó el servicio o hizo la referencia. Durante el transcurso de esta capacitación, la enfermera empezó a incrementar el uso del algoritmo, el cual había sido colocado en su escritorio al inicio de la mañana y gradualmente las oportunidades perdidas disminuyeron. Cuando el capacitador observó que la enfermera de distrito estaba usando el algoritmo consistente y correctamente, el/ella se dirigía a otro proveedor de servicios. En promedio, el capacitador dedicó tres cuartos de hora con cada persona del centro y observó de tres a cinco consultas.

En la tarde del primer día, el resto del personal de salud fue capacitado. Se le presentó al médico jefe de distrito la información de las oportunidades perdidas en su propio centro y cómo el uso del algoritmo ayudó a disminuirlas. La información de su propio centro fue mucho más convincente que la información previamente recolectada que agregaba las estadísticas del área completa.

Adicionalmente a documentar las oportunidades perdidas, los capacitadores tomaron nota del tiempo utilizado en cada consulta. Algunos jefes de distrito previamente se opusieron al uso del algoritmo considerando que tomaba mucho tiempo y que era muy difícil. El capacitador pudo demostrar al jefe de distrito que la consulta tomaba poco más de un minuto adicional cuando el proveedor usaba el enfoque del algoritmo, y el personal del centro, quienes ya tenían práctica usándolo, pudieron asegurar al jefe de distrito que no encontraron ninguna dificultad al usarlo. El involucramiento del jefe de distrito fue crucial para asegurar el apoyo para cambiar las prácticas.

Por la tarde del primer día, el personal que no presta servicios, tal como el guardián y recepcionista, fueron capacitados en el uso del algoritmo para identificar las necesidades adicionales y

aconsejar al paciente qué servicios adicionales podría solicitar.

El segundo día se enfocó en la capacitación a los auxiliares de enfermería quienes trabajan en los puestos de salud. Ellos fueron traídos de los puestos al centro de salud para su capacitación. Muchos, si no es que la mayoría de los puestos de salud, tienen un volumen muy bajo de pacientes por lo que sólo en los centros de salud es posible asegurar la asistencia de pacientes. La capacitación de los auxiliares de enfermería de los puestos de salud siguió el mismo formato que con el personal del centro.

Los capacitadores evaluaron a cada capacitado para asegurar su habilidad para usar el algoritmo con pacientes para explorar sistemáticamente las necesidades de los pacientes y proveer servicios adicionales. Sin embargo, la pregunta permanecía si las nuevas habilidades serían institucionalizadas y usadas continuamente. Para responder a esta duda, seis meses después de la capacitación, se realizó una evaluación del uso continuo del algoritmo y de los incrementos en los servicios.

EVALUACIÓN POSTERIOR

La evaluación utilizó tanto las estadísticas de servicios como entrevistas para estudiar la institucionalización del uso del algoritmo. Las estadísticas de servicio fueron recolectadas por seis meses antes y cinco meses después de la capacitación ya que sólo cinco meses de estadísticas de servicios estaban disponibles en ese tiempo. Luego fueron promediadas y convertidas en un estimado de seis meses. Las estadísticas de servicios del MSPAS son reportadas por número y tipo de consulta, no por número de pacientes individuales. Ya que el propósito del algoritmo es incrementar el número de servicios prestados, la comparación parecía ser razonable, aunque hubiera sido preferible desarrollar una relación de servicios proveídos por paciente. Sin embargo, el diseño del sistema de estadísticas de servicio no lo permitía.

Se desarrolló un cuestionario para entrevistar al personal del centro de salud. Se hizo una entrevista estructurada con todas las categorías de personal acerca de su conocimiento del algoritmo y sus experiencias usándolo.

Las entrevistas se condujeron con una muestra conveniente de 58 personas del centro de salud, 47 de las cuales estaban entre los 126 previamente capacitados. Debido a que las entrevistas fueron realizadas durante un tiempo del año en el cual el personal rota por vacaciones de seis semanas, todo el personal que estaba presente en el centro cuando el evaluador lo visitó, fue entrevistado.

¿QUÉ SE ENCONTRÓ?

Las estadísticas de servicios que cubren un período de seis meses antes de la capacitación y cinco meses después, fueron recolectadas de las oficinas del Área de Salud de Quetzaltenango para servir como un indicador objetivo para saber si el número de servicios prestados había incrementado. Los cinco meses fueron usados para estimar seis. Específicamente, las estadísticas de servicio para los servicios cubiertos por el algoritmo fueron recolectados: planificación familiar, vacunación para niños, control pre- y postnatal, toxoide tetánico para mujeres en edad fértil, diarrea infantil y neumonía. Durante el tiempo del estudio, no se establecieron nuevos centros o puestos de salud en el Área los cuales podrían contar como algún incremento. Sin embargo, se encontró un incremento para todos los servicios.

En planificación familiar, el número de Años Protección Pareja (APP) proveídos incrementó en 60%. La vacunación para niños casi se duplicó. El Toxoide Tetánico para mujeres incrementó en un 163%. El control prenatal incrementó 12%; control postnatal incrementó 18%; consultas por diarrea incrementaron en 3% y consultas por neumonía incrementaron 13%. Cada categoría de servicios incrementó, con los más altos porcentajes (aparte de vacunaciones para

mujeres y niños, los cuales recibieron un apoyo adicional del gobierno debido a los brotes periódicos) en los servicios que previamente habían recibido menor atención, planificación familiar y control postnatal.²

Los evaluadores solicitaron revisar todas las copias del algoritmo y su guía. De los 40 encuestados que reportaron haber recibido la guía, 39 todavía la tenían, 27 la tenían en el centro cuando el evaluador les visitó y 36 reportaron que la habían consultado por lo menos una vez. Por lo menos se encontró una copia del algoritmo colocada en la pared de todos los centros de salud visitados. En dos tercios de los centros, estaba colocada en el servicio de post-consulta, seguido de 61.7% en la consulta y preconsulta, 49% en la sala de inyección y 25.5% en el área de la recepcionista/secretaria. Aunque la práctica más deseable hubiera sido colocar el algoritmo en los cinco lugares, la sala de consulta es probablemente la más importante para asegurar que las necesidades de cada paciente se cumplan completamente ya que a los pacientes no se les permite regresar por servicios adicionales después de que están en la post-consulta.

Se le preguntó al personal con qué pacientes sentían más fácil o más difícil el uso del algoritmo. Casi un cuarto respondieron que era más fácil usarse con mujeres con hijos y otro cuarto respondió que con mujeres embarazadas. Un tercio lo encontraba más difícil con mujeres no casadas. Esto último puede explicarse parcialmente por el hecho de que las pacientes no casadas en su mayoría son trabajadoras del sexo que llegan por su chequeo mensual requerido; pocas mujeres adultas no casadas visitan los centros de salud para su cuidado personal de la salud.

Una clave para asegurar la institucionalización de nuevas prácticas es el seguimiento por los supervisores. En entrevistas hechas aproximadamente un año antes de estas entrevistas, se le preguntó a una muestra más grande de personal

del centro de salud del Área de Salud de Quetzaltenango, si habían recibido algún seguimiento a la capacitación original. En ese entonces, sólo un médico de distrito había dado alguna supervisión de seguimiento. En esta vuelta, 95.2% de los encuestados respondieron positivamente a la pregunta.

El algoritmo es una herramienta de ayuda que apoya las siguientes prácticas: exploración sistemática de las necesidades de los pacientes de servicios adicionales; o una referencia o cita, cuando no es posible proveer información y servicios adicionales inmediatamente. Para proveedores que adoptan estas prácticas, primero deben estar conscientes de su importancia así como tener una actitud positiva para adoptarlas. Se les preguntó a los encuestados que participaron en la capacitación acerca de sus prácticas antes y después; aunque no se esperaba que sus respuestas proveerían una medida exacta de su práctica, al menos proporcionaron una evaluación de su percepción de lo que las prácticas son o deberían ser. 28% reportaron que exploraban las necesidades de servicios adicionales antes de la capacitación y 54% reportaron que siempre lo hacían después; 53% dijeron que proveían información/educación adicional antes de la capacitación y 71% dijeron que siempre lo hacían después; 28.3% reportaron que proveían servicios adicionales antes de la capacitación y 60/9% reportaron que siempre lo hacían después. Dado tanto las percepciones del personal como la evidencia objetiva de incrementos en servicios proveídos encontrados en las estadísticas de servicios, parece razonable concluir que las prácticas cambiaron hacia las orientaciones apoyadas por el uso del algoritmo.

El programa de capacitación rediseñado logró un grado mucho más alto de institucionalización del uso del algoritmo para la prestación sistemática de servicios de salud integrales para mujeres y niños. La evidencia de este incremento se encontró tanto en las estadísticas de servicios como en las prácticas reportadas por el personal. Las características claves de la capacitación, las cuales proporcionan lecciones para futuras capacitaciones del personal de salud en otros temas, son las siguientes:

² R. Vernon, E. Ottolenghi, J. Solórzano, L. R. Santamarina, J. J. Argyo, C. L. Barrios. "Oferta Sistemática de Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Guatemala. 'Reporte Técnico Final de Investigación Operativa'". Abril de 1997.

- el nuevo sistema tenía que ser aprendido en el lugar de trabajo y no en un salón de clase:
- la clave para el aprendizaje exitoso fue la retroalimentación inmediata proveída por el capacitador; y
- el uso de una herramienta para la documentación sistemática de oportunidades perdidas, en este caso el registro usado por el capacitador mientras observa las consultas, fue crucial para adquirir el compromiso de usar el algoritmo por parte de los proveedores de servicios y de los que toman las decisiones. Esto demostró el valor de probar e introducir un cambio dentro de un contexto de investigaciones operativas.

El algoritmo es una herramienta útil para incrementar el número de servicios proveídos, pero no el número de pacientes atendidos. Existen obstáculos adicionales para la expansión de cobertura y mejoramiento de la calidad de servicios, que no son manejados por el algoritmo. El modelo de servicios vertical que prevalece en muchos de los sistemas de salud previene a los pacientes de recibir inmediatamente muchos servicios necesitados ya que el proveedor debe hacer una cita para alguna fecha próxima, una

práctica que sirve como barrera particularmente para los pacientes rurales. La importancia que el sistema ha dado a algunos servicios, tales como vacunaciones y control prenatal, ha dado como resultado la falta de atención de otros servicios, tales como educación y prevención. En el caso de la planificación familiar, muchos del personal de salud tienen conceptos erróneos que sirven como una barrera para proveer inmediatamente servicios a la mujer; por ejemplo, cuando una mujer manifiesta su deseo de iniciar un método, el proveedor muchas veces le dice que debe consultar primero con su esposo, una práctica que no tiene respaldo institucional y sirve involuntariamente para disminuir el uso de los servicios de planificación familiar.

Sin embargo, la exploración sistemática de todas las necesidades de la mujer y sus hijos y la provisión inmediata de servicios para cumplir con todas aquellas necesidades tiene el potencial de lograr un cambio positivo en el sistema nacional de atención en salud. Esta investigación operativa ofrece lecciones que pueden ser valiosas al Ministerio de salud en sus esfuerzos para tratar las barreras adicionales hacia la calidad de servicios y el incremento en la cobertura.

GRÁFICA 1
OFERTA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL

Atienda motivo de la consulta, salude, sea amable, escuche lo que la mujer tiene que decir. Proporcione el servicio por el que la mujer acudió al centro o puesto de salud. Luego, pregunte a todas las mujeres de 12 a 49 años.	
PREGUNTE	ACTÚE
<p>¿Está embarazada?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<p>Ofrezca:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control prenatal ✓ Toxoide tetánico a la madre ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios

<p>¿Ha tenido un parto o cesárea en los dos últimos meses?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<p>Proporcione consulta de puerperio y pregunte si sobrevivió el hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No => Aconseje y proporcione planificación familiar <p>Investigue la causa de la muerte</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si => Ofrezca los siguientes servicios
<p>¿Tiene un hijo menor de un año de edad?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Averigüe sobre lactancia materna y de la educación necesaria ✓ Ofrezca consulta de crecimiento y desarrollo ✓ Proporcione vacunación del niño ✓ Proporcione toxoide tetánico a la madre ✓ Eduque sobre diarrea y neumonía (niños) ✓ Oriente y proporcione planificación familiar ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios
<p>¿Quiere embarazarse en el próximo año?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<p>Determine Riesgo Reproductivo</p> <p>Sí => Recomiende y proporcione PF</p> <p>Tome muestra de papanicolau</p> <p>No => Aconseje sobre control prenatal y Toxoide Tetánico a la madre</p> <p>Tome muestra papanicolau</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios
<p>¿Está usando un método anticonceptivo?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Está satisfecha con el método? ✓ ¿Molestias/ efectos secundarios? ✓ Descarte contraindicaciones absolutas ✓ Compruebe uso correcto del método ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios
<p>¿Quiere un método anticonceptivo?</p> <p>Sí →</p> <p>No ↓</p>	<p>Explique beneficios de la PF y determine intenciones reproductivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaciar: aconseje y proporcione métodos temporales ✓ Terminar: oriente y proporcione DIU o refiera para métodos permanentes. Proporcione mientras tanto método temporal ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios
<p>Averigüe por qué la mujer no quiere un método:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pregunte la razón y dé una solución si es posible ✓ Eduque sobre beneficios de la planificación familiar ✓ Verifique factores de riesgo ✓ Reitere disponibilidad de planificación familiar para cuando se le ofrezca ✓ Si tiene niños menores de 6 años, ofrezca servicios 	
<p>Pregunte a la mujer si presenta algún problema con su menstruación o regla, mamas o flujos vaginales y trate.</p> <p>Despídase amablemente recordándole los días y horas de servicios, así como los servicios que ofrecen. Reitere su mejor voluntad para atenderla a ella y a su familia cuando tengan necesidad.</p> <p>¡Invítela a regresar!</p>	

EL SILENCIO *en la* salud sexual y reproductiva

Dra. Patricia Rivera

En cuanto a la salud sexual y reproductiva en Honduras, existen diversos tipos de silencio, pero se pueden reducir a dos: 1) el silencio de los que sufren las consecuencias de la "ausencia de políticas", inocentes víctimas de su invisibilidad, y 2) el silencio de aquellos que distan de ser inocentes, y que por el contrario muchas veces, con pleno conocimiento de causa, optan por perpetuar el silencio en aras de su comodidad. Ante esos dos tipos de silencio vale la pena preguntarse ¿Dónde nos ubicamos nosotros?

A escasos meses del siglo XXI, la maternidad y el VIH\SIDA son las causas de muerte de aproximadamente dos de cada cuatro mujeres en el país. El aborto sigue siendo una causa importante de egreso hospitalario y las muertes durante el primer mes de vida representan más del 50% de las muertes infantiles. En Honduras se ha logrado reducir la mortalidad infantil, y esto ha sido el resultado de acciones concretas en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y la deshidratación. Ahora queda mucho por hacer al nivel de la atención del embarazo, parto y puerperio, para asegurar la sobrevivencia de madres e hijos (as).

Preocupa el sufrimiento silencioso tanto de hombres como mujeres que agobiados por la responsabilidad, difícilmente cumplida, de ser proveedores de las necesidades básicas de sus múltiples hijos, terminan con una progresiva frustración al suplir únicamente algunas y a la medida de sus posibilidades. Con la mala nutrición y las condiciones poco saludables de vida, se pueden prever las enfermedades y luego la muerte de varios familiares. Se cumple así un ciclo de dolor tanto del ser humano directamen-

te afectado como de sus seres queridos. Sería necesario ampliar esta caracterización para considerar a las mujeres hondureñas que mueren de cáncer de mama, de cáncer de cérvix, de SIDA, o por los efectos secundarios de un aborto provocado. La explicación de estos fenómenos tiene muchas variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva en Honduras. Es decir a ese silencio en políticas, estrategias, e intervenciones coherentes y articuladas en torno al pleno ejercicio individual y colectivo del derecho a la vida, a la libertad y al desarrollo del potencial humano.

Las reflexiones anteriores hacen inevitable la discusión sobre la relación entre el Estado y la Sociedad. Surgen interrogantes medulares sobre los motivos por los cuales, no obstante una demanda de salud claramente percibida en el campo de la reproducción y la sexualidad humana, Honduras se ha caracterizado por la ausencia (silencio) de políticas definidas explícitamente en dichos campos. En general se han percibido los aspectos reproductivos y sexuales de las personas, como el ámbito privado de su vida cotidiana, con prevalencia de grandes brechas entre las prácticas y los discursos. Sin em-





bargo, son estos seres humanos, en sus interrelaciones con los demás, los que conforman las comunidades, las naciones, los países y los Estados. Honduras no es la excepción y resulta necesario reconocer los vínculos entre el fortalecimiento de la salud integral de los habitantes, incluyendo el evasivo tema de salud reproductiva y sexual, y la construcción de las condiciones que logren garantizar el bienestar de los hondureños. Pareciera entonces, que en ese constante pulso de fuerzas e intereses variados, con diversos grados de poder y de acceso a la colocación del tema en cuestión en la agenda política, la multiplicidad de discursos y percepciones, o “distorsiones” sobre salud sexual y reproductiva han neutralizado muchos esfuerzos en este campo.

La “política” definida como el quehacer del Estado, implica tanto su aspecto formal que se refleja en los documentos oficiales, como su aspecto esencial, es decir, las acciones y omisiones en ámbitos específicos. Se cumple así el planteamiento de los expertos en cuanto a que ese silencio o sea el de “la inexistencia de po-

líticas es una política”. Desdichadamente, en el caso particular de los hombres y mujeres hondureñas, que sufren a diario las implicaciones de este silencio y de esta inacción, se perpetúan las condiciones que favorecen muchos de sus sufrimientos relacionados con la ausencia o deficiencia de servicios, el desconocimiento de sus derechos y la imposibilidad de su ejercicio, la falta de educación en salud sexual y reproductiva, la desesperanza. Se cierra así un círculo vicioso de miseria, ignorancia y abandono. ¿Cuáles son los resultados de todo esto? Aquello que por ser realidades vividas a diario, se ha deshumanizado ante los ojos de muchos, incluyendo los formuladores de las políticas nacionales: la paternidad irresponsable, la procreación de hijos no deseados, el maltrato y el abandono infantil, los abortos, el envejecimiento y muerte prematura de una gran mayoría de mujeres hondureñas, la violencia contra los más débiles, especialmente contra la mujer y la niñez, los embarazos en adolescentes, los suicidios, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, entre otros.

Acceso a la atención por

ABORTO PARTO

Dra. Ruth María Medina, Dra. Irma J. Mendoza G.

Del presente estudio la parte sobre aborto se realizó en el hospital Materno Infantil de la ciudad de Tegucigalpa, durante el mes de septiembre de 1997 con una muestra de 100 pacientes hospitalizados por aborto y con tiempo de gestación entre 12 y 16 semanas, con edades entre 14 y 44 años. Se aplicó un instrumento precodificado al momento de alta

con el objeto de obtener información sobre las condiciones y modalidades de la atención a pacientes con un aborto en curso y el diseño de estrategias de intervención para brindar un servicio de anticoncepción post-aborto de alta calidad. En cuanto al parto se aplicó un instrumento precodificado a una muestra de 209 pacientes entre febrero y marzo de 1998.

Los servicios de gineco-obstetricia se realizan en el hospital Escuela con sede en la ciudad capital, Tegucigalpa. Está constituido por dos bloques, el Materno Infantil y el Médico Quirúrgico, funciona como hospital de especialidades y a la vez es formador de recurso humano especializado en servicios de salud. El departamento de gineco-obstetricia cuenta con los siguientes servicios: Unidad de emergencia, Unidad de Labor y Partos, Puerperio Normal (60 camas), Ginecología (60 camas), Patológico (35 camas) y Séptico (35 camas). En 1996, el hospital inició la inserción de DIU (Tcu 380A) post-placenta y post-parto. A partir de octubre del mismo año, con la ayuda del Population Council, se contrató personal para el quirófano 6, además una enfermera profesional con funciones de



consejería, para reanudar las actividades de esterilización femenina (AQV). El departamento plantea mejorar el programa de planificación familiar en post-parto/post-aborto, aumentando el

porcentaje de mujeres que acepten la planificación familiar en ese periodo. Se identificaron como causas de la baja cobertura en planificación familiar la falta de orientación durante el período prenatal, oferta limitada de información, consejería y métodos anti-

conceptivos.

Una vez identificados los problemas prioritarios en el programa de planificación familiar se propone implementar las siguientes acciones:

- 1) Fortalecer la educación y consejería en planificación familiar; 2) Aumentar la oferta de métodos anticonceptivos; y 3) mejorar la atención post-aborto. Por lo anterior, se establecerá un sistema para proveer información y educación a las mujeres y sus parejas durante el período post-aborto y post-parto sobre planificación familiar y para brindar consejería a las mujeres interesadas en optar por un método anticonceptivo. Se ampliará la gama de métodos anticonceptivos existentes en el hospital.

ABORTO

La edad de las entrevistadas osciló entre 14 y 44 años, con una mediana de 27.5 años, el 29% de éstas mujeres se encontraban en edades consideradas de alto riesgo para un embarazo. El

30% eran multíparas. La media de gestas era de 3.7. Se presentó historia previa de aborto en el 23% de las mujeres entrevistadas. En promedio, el aborto ocurrió a las 10.2 semanas de gestación. El procedimiento seleccionado para la evacuación completa del útero en el 57% de las pacientes fue la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), el 41% de las pacientes fue sometida a un legrado instrumental uterino (LIU) y en el 2% fue necesario utilizar ambos procedimientos.

La mayoría de las pacientes no tuvo problemas para entrar al hospital, solamente el 7% de las pacientes por razones atribuidas al personal de vigilancia. Una vez dentro del hospital, el 16% de las pacientes tuvo dificultades para ingresar a la emergencia, por falta de información y señalización dentro del hospital para ubicar el servicio demandado. En las unidades de servicio no fueron atendidas con la prontitud de la urgencia¹, el 71% de las pacientes tuvo que esperar para recibir dicha atención, períodos de tiempo que oscilaron en un rango de 10 minutos hasta 10 horas. En promedio éstas mujeres esperaron 1 hora con 28 minutos.

Para determinar la escala de dolor percibida por la paciente, se diseñó una escala del 0 al 10, en la cual el 0 significaba ausencia de dolor y el 10 el mayor dolor experimentado en la vida de la paciente. En el 74% de las mujeres entrevistadas la percepción de dolor tuvo una intensidad variable. Aunque 58% de ellas presentaron una intensidad de dolor mayor de 5, su atención no fue inmediata.

El 57% de las mujeres estaba consciente durante el procedimiento de evacuación uterina, pero solamente en un 26% el médico tratante se presentó con la paciente y estableció contacto verbal con ellas. Se le practicó AMEU a 54 de éstas pacientes, a una LIU y a 3 de ellas ambos procedimientos, éstas últimas 4 pacientes no debieron estar conscientes ya que la anestesia recomendada en éstos casos era general. Para el 56% de las mujeres entrevistadas el procedi-

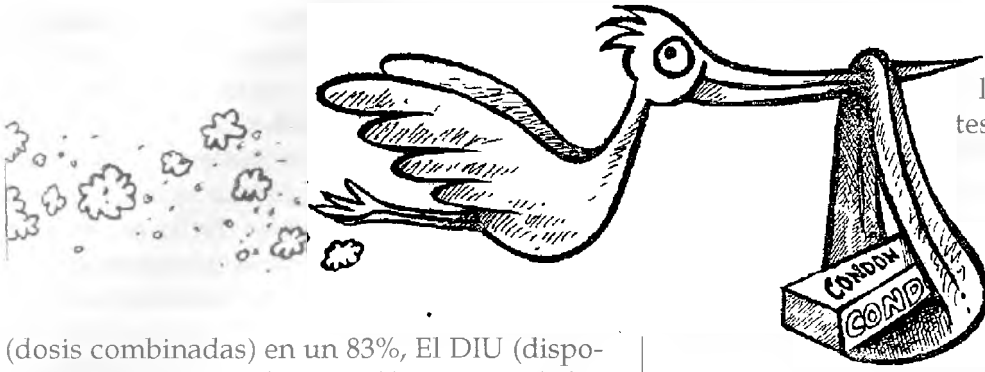
miento fue doloroso en una escala variable, para la mayoría de ellas de moderado a severo. Las mujeres que experimentaron dolor en un alto porcentaje fueron sometidas a AMEU lo cual obligaría a revisar la anestesia utilizada o la técnica de aplicación de la misma.

Al finalizar el procedimiento quirúrgico al 49% de las pacientes se les explicó los resultados del mismo, al 61% se le brindó alguna explicación sobre su estado de salud y al 60 por ciento se le dio información sobre el tratamiento recibido. Para la mayoría de las mujeres estas explicaciones fueron suficientes para no generar dudas acerca de su salud. Sin embargo, un 12 por ciento egresó al hospital con inquietudes importantes tales como "no se porqué aborté", "No se cómo quedé", "no se si me hicieron bien la limpieza" y "por qué quedé con tal malestar".

En relación a la información recibida sobre planificación familiar del total de mujeres entrevistadas, a 84 se les habló de planificación familiar, al 95.2% de ellas en la sala de séptico, y al 4.8% en sala de operaciones; aunque estas pacientes fueron atendidas en diferentes servicios. Esto revela "oportunidades perdidas", al no aprovechar la estancia de la mujer para asesorar, informar y reforzar la consejería en planificación familiar. También recibieron información sobre planificación familiar a través de diferentes medios, siendo el más utilizado el vídeo en un 58%, seguido por la charla grupal en un 50% y la plática individual en un 38%. Es importante señalar que el 60% de las pacientes recibió información mediante la combinación de los medios considerados más efectivos para la información y educación, siendo la principal combinación utilizada el vídeo más la charla grupal y la plática individual. Además al 65% de las mujeres entrevistadas se les entregó un folleto sobre planificación familiar, el cual fue leído por el 95.4%. El médico y la enfermera profesional en conjunto informaron al 74% de las mujeres, el prestador de servicios identificado como el que más información brindó fue la enfermera profesional quien orientó a 83 de las 84 pacientes que recibieron ésta información.

Los métodos anticonceptivos de los cuales se informa con mayor frecuencia son los orales

¹ CHAMBERS, Virginia et al "Calidad de la Atención post-aborto" en Revista Calidad de la Atención publicada por el Comité promotor por una Maternidad sin Riesgo en México. 1995. pp 58.



(dosis combinadas) en un 83%, El DIU (dispositivo intrauterino) (Tcu 380A) en un 82%, los condones en un 80% y los métodos naturales en un 76%. De acuerdo a los tipos de métodos anticonceptivos, el 48.7 informó haber utilizado un método moderno, mientras que el 43.5 por ciento usaba métodos tradicionales para limitar el tamaño de su familia. Las mujeres que no estaban planificando, 6 de cada 10 de las entrevistadas, mencionaron como la razón más importante para el no uso el deseo de un embarazo. Es de hacer notar que el 58 por ciento de las pacientes, es decir 6 de cada 10 pacientes, egresaron con un método anticonceptivo proporcionado en la sala de séptico. El método más usado fueron los anticonceptivos orales combinados (ACOS) en un 69 por ciento seguido por el DIU y la (AQV) anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina en un 15.5 por ciento cada uno. De las mujeres que egresaron con un método anticonceptivo 56 estaban satisfechas con el método recibido. Cuatro de cada 10 mujeres egresó sin un método anticonceptivo, el 31% de ellas por que no lo deseaba a pesar de que se le ofertó el método, el 4.8% debía consultar con su pareja y el 2.4% por indicación médica.

Sin embargo, existe una demanda potencial insatisfecha en el 61.9% de las pacientes, porque el método que seleccionaron no estaba disponible en el hospital o simplemente por que el personal de servicio no les ofertó el método. De las mujeres que egresaron sin una protección anticonceptiva, al 50% de ellas le gustaría planificar su familia, en su mayoría con un método de larga protección (DIU) o con un método permanente.

Durante el proceso de consejería el 24.1% de las mujeres entrevistadas sintieron que no tuvieron la oportunidad de hacer preguntas ni de aclarar

sus dudas en relación a la planificación familiar. A todas las pacientes que se les insertó el DIU se les brindó información acerca de las características del método, contraindicaciones, efectos secundarios, autoevaluación,

libertad para elegir el método y citas de control. De igual manera, al 100% de las usuarias de ACOS se les explicó como tomar la píldora, que hacer en caso de olvido, efectos secundarios y la libertad para elegir el método.

Además las pacientes deseaban comenzar el uso de estos métodos "ahora mismo" o en un plazo de tiempo relativamente corto. En relación a las indicaciones y recomendaciones durante el proceso de recuperación a un 80% de las pacientes se les explicó la posibilidad de un embarazo inmediato, cuando regresar a sus labores habituales, la reanudación de la menstruación y cuando acudir a su próximo control. A un 60% se le informó correctamente que debe esperar como mínimo 6 meses para intentar un nuevo embarazo. Sin embargo, a un 40% se le brindó información errónea al respecto, al 66% se le indicó la reanudación de las relaciones sexuales indicándoles abstinencia en un promedio de 38 días y con un rango de 15 a 60 días. Al 81% de las pacientes se les indicó cuando ir a control.

En síntesis se puede decir que existen barreras administrativas que limitan el acceso a los servicios de atención. Las usuarias no son atendidas con la prontitud y calidez necesaria. La información y asesoría en planificación familiar en la sala de séptico se realiza utilizando diferentes medios con la participación de diferentes recursos. Es insuficiente la entrega de información necesaria para que las usuarias puedan manejar adecuadamente su proceso de recuperación y conocer las complicaciones después del aborto.

En términos generales las usuarias manifiestan satisfacción del servicio recibido, pero demandan mayor calidez en la atención e información

específica sobre cuidados de salud y sugieren estrategias para mejorar la entrega de servicios.

PARTO

Las pacientes entrevistadas egresaron de las salas de puerperio y de ginecología. Durante la preintervención la edad promedio de las participantes fue de 23.9 años, el 25.8% se encontraba en edades de alto riesgo para un embarazo. La media de gestaciones fue de 2.8. El espacio intergenésico fue menor de dos años en el 13.9% de los casos, características similares se obtuvieron en el grupo de medio tiempo. La terminación del embarazo en promedio se presentó a las 39.5 semanas de gestación. En ambos grupos los riesgos reproductivos más frecuentes fueron el embarazo en la adolescencia, la multiparidad y el intervalo intergenésico corto. Esto indica que las pacientes poseen uno o más riesgos reproductivos. El uso de métodos anticonceptivos al momento de iniciar el embarazo actual fue significativamente menor entre las mujeres del grupo de la evaluación a medio tiempo, solamente un 5.5% estaba utilizando un método de planificación familiar en relación a 18.2% encontrado antes de la intervención ($P < .001$). En ambos grupos es semejante la preferencia por el uso de métodos modernos tales como: Anticonceptivos Orales Combinados (ACOS) y el DIU ($P < .001$). Durante los 11 meses transcurridos entre una encuesta y otra, es notable el incremento de mujeres que acudieron a control prenatal que recibieron información sobre planificación familiar postparto, de un 31.5% en la pre-intervención se pasó a un 52.1% ($P < .001$). En la pre-intervención al 55% de las mujeres en su control prenatal el prestador de servicio sugirió un método específico para planificar su familia. La información brindada a las pacientes en los Centros de Salud, presenta algunos cambios según los datos obtenidos en la evaluación de medio tiempo, durante la cual se informa sobre todos los métodos al 56.3% de las pacientes y se sugiere un método específico al 43.3%.

Aún persiste la tendencia del personal de salud a sesgar la información hacia ciertos métodos específicos y tratar de influir en la decisión de la paciente. En la pre-intervención 54.1 de las

pacientes había decidido usar un método anticonceptivo antes de llegar al hospital. Los métodos seleccionados preferentemente eran los modernos, de los cuales el DIU y la AQV femenina fueron los principales. Un pequeño porcentaje se había decidido por Ovrette y ninguna por los inyectables. En la evaluación de medio tiempo se observó un incremento a 73.1% en la decisión de utilizar un método anticonceptivo ($P < .001$). El DIU y AQV femenina continúan siendo los métodos preferidos ($P < .001$). Es notorio que las mujeres que no pensaban planificar disminuyeron en el grupo de medio tiempo. En ambos grupos la razón más frecuente para no usar anticonceptivos es no tener pareja, otras razones se relacionan con información incorrecta sobre los métodos. En la pre-intervención se identificaron algunas barreras institucionales que dificultaron el acceso al hospital en el 3.8% de las pacientes las cuales fueron superadas, en la evaluación de medio tiempo el 100% de las pacientes no tuvieron ninguna. En relación al tiempo de espera para ser atendidas ha disminuido de 1 hora con 43 minutos a 1 hora con diez minutos. El porcentaje de mujeres que fueron examinadas casi inmediatamente pasó de 52.2 en la pre-intervención a 84.6% en la evaluación de medio tiempo. Previo a la intervención, una vez que la paciente fue examinada, se le explicó sobre su condición al 69.9% y sobre como sería su parto al 52.2%. En la evaluación de medio tiempo ambos aspectos han disminuido a 61 y 39% respectivamente ($P < .001$). Referente a la información recibida sobre planificación familiar un número mayor de mujeres entrevistadas en la evaluación a medio tiempo refirieron que se les informó en el hospital sobre la importancia de espaciar su próximo embarazo, de un 30.6% antes de la intervención se pasó a un 44% ($P < .001$). Contrario a lo esperado, el porcentaje de mujeres que recibieron información sobre métodos de planificación familiar pasó de 61.2% en la pre-intervención a 49.3% de la evaluación de medio tiempo. Durante la pre-intervención, las mujeres recibieron información familiar predominante sobre métodos anticonceptivos: DIU el 85.1%, ACOS el 54.7%, AQV femenina el 44.5% y el Condón en un 39.8%. En la evaluación de medio tiempo, continúa la tendencia de

informar sobre los mismos métodos anticonceptivos, sin embargo, la información sobre el DIU se incrementa a 95% y la de AQV femenina a 57%⁹ ($P < .001$). Los resultados indican que se mantiene la oferta de métodos de planificación familiar con porcentajes idénticos tanto en la pre-intervención como en la evaluación de medio tiempo con 72.7 y 72.6% respectivamente. Se mantiene el porcentaje de entrega de métodos anticonceptivos 30.6 y 29.9 en la pre-intervención y la evaluación de medio tiempo respectivamente. Tanto en la pre-intervención como en la evaluación de medio tiempo la gran mayoría de mujeres, que egresaron sin haber recibido un método planeaban usar la anticoncepción. La demanda insatisfecha de planificación familiar se incrementó en la evaluación de medio tiempo donde el 78.7% de las usuarias deseaban utilizar un método anticonceptivo a diferencia del 69% en la pre-intervención. Las pacientes percibieron cambios en la calidad de consejería sobre planificación familiar. En la evaluación de medio tiempo un 65% tuvo la oportunidad de preguntar y aclarar dudas en relación al 27% durante la pre-intervención. Las razones por las cuales las mujeres no recibieron un método anticonceptivo fueron atribuidas a causas

administrativas
directas del



hospital en el 27.7 por ciento durante la pre-intervención y al 29.3% en la evaluación de medio tiempo. La información recibida sobre cuidados después del parto fue muy similar, 13.4 en la pre-intervención y 14.9 en la encuesta de medio tiempo. Antes de la intervención al 57.4% de las pacientes se les indicó cuando debían asistir a su control puerperal, la cita estuvo de acuerdo a lo que establece la norma en el 85% de los casos. En la encuesta de medio tiempo solamente al 18.9% de las mujeres se les dijo cuando ir a su control ($P < .001$).

Se han superado las barreras administrativas que obstaculizaron el acceso de las mujeres al hospital. El tiempo de espera para ser atendidas disminuyó significativamente de 1 hora con 43 minutos a 1 hora con 10 minutos. El uso de un método anticonceptivo al momento de iniciar el embarazo actual fue significativamente menor entre el grupo de mujeres de medio tiempo. El incremento en la orientación que están recibiendo las pacientes durante el control prenatal es estadísticamente significativo al igual que la preferencia de las mujeres por el uso de métodos modernos de larga duración: AQV femenina y DIU.

La entrega de información a las pacientes sobre su situación de salud al momento del primer reconocimiento y sobre cómo sería su parto no sólo es aún insuficiente sino que ha disminuido.

Un porcentaje importante de mujeres egresan del hospital con una demanda insatisfecha de planificación familiar por razones atribuidas a causas administrativas directas del hospital.

Se concluye que en términos generales las usuarias están satisfechas con el servicio recibido, pero demandan mayor calidez en la atención e información específica sobre sus cuidados de salud. Además sugieren estrategias para mejorar la entrega de servicios. La evaluación de medio tiempo indica que se han obtenido algunos logros estadísticamente significativos, existiendo situaciones que el modelo tendrá que superar, con el reforzamiento de las estrategias planteadas.

Prueba diagnóstica de conocimientos en Auxiliares de Enfermería sobre

salud de la mujer y del niño

El Consejo de Población:
Marianne C. Burkhart, M.P.H.
Reyna Mejía Rodríguez, E.P.

Escuela de Educación Continua en Enfermería:
Dora Rodríguez de Arreaga, E.P.
Doris Guzmán, E.P.

En Guatemala el principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) a través de una red de hospitales, centros y puestos de salud. El número más grande de proveedores en estas instituciones son los auxiliares de enfermería. Los requisitos de educación para ingresar a una escuela para auxiliares de enfermería incluyen tener un mínimo de nueve años de educación básica y la escuela provee diez meses de capacitación básica en enfermería.

Los índices de salud en las áreas rurales son los peores del país¹ y la atención en salud y educación es complicada debido a la existencia de 24 diferentes lenguas aparte del español. El auxiliar de enfermería casi siempre es la única fuente de información y atención en salud en las áreas rurales además de los curanderos y comadronas. Se espera que el auxiliar de enfermería atienda los partos normales y capacite y apoye a las comadronas^{2,3}.

¹ Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. USAID, UNICEF, DHS Macro International, Inc. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil.

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil, "Normas de Atención de Salud Materno Infantil", agosto de 1992.

Debido a la importancia del papel del auxiliar de enfermería, la Escuela de Educación Continua dependiente del Departamento de Educación en Enfermería en el MSPAS, está desarrollando y probando un sistema de educación a distancia con apoyo de El Consejo de Población. La estrategia de educación a distancia tiene la ventaja sobre los diseños educativos tradicionales de no desarticular al capacitado de su lugar de trabajo, en lugares como Guatemala en donde puede que no haya alternativa de atención ya que muchos de los auxiliares trabajan en lugares muy aislados.

Para determinar las áreas de mayor necesidad de educación continua, la investigación comenzó con un estudio de conocimientos acerca de diferentes temas de salud reproductiva, específicamente control prenatal, parto, control postnatal, vacunaciones y planificación familiar. Las preguntas fueron basadas en las normas del Ministerio de Salud. Los resultados han sugerido la selección de temas para los módulos de capacitación.

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud, "Control Prenatal, Atención del Parto y Recién Nacido, Puerperio: Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención". Diciembre, 1997.

Para el desarrollo del trabajo, se diseñó un cuestionario de selección múltiple. Este consistía en 68 ítems y medía el conocimiento acerca de la información básica sobre servicios de salud para la mujer y el niño y sobre las normas del MSPAS. También incluía preguntas acerca de la experiencia del encuestado en proveer servicios de salud reproductiva. A finales de 1997, se administró por las enfermeras del Área de Salud y las del Distrito, quienes a su vez son supervisoras de los auxiliares de enfermería, bajo la dirección de los investigadores.

Una muestra de conveniencia (no probabilística) de 255 auxiliares de enfermería fue seleccionada en seis Áreas de Salud del altiplano. Los auxiliares fueron seleccionados principalmente de los centros y puestos de salud. El cuestionario fue completado anónimamente, eso significa, que no se les pidió a los encuestados colocar sus nombres.

Los cuestionarios fueron recolectados por la Escuela de Educación Continua, y la información fue ingresada en una base de datos y fue analizada usando SPSS en las oficinas del Consejo de Población en Guatemala.

El 67.5% de los encuestados eran mujeres, trabajan principalmente en centros de salud 52.2% y 44.2% trabajan en puestos de salud. Sólo dos reportaron al hospital como lugar de trabajo. Casi la mitad de los encuestados estaban entre los 30 y 39 años de edad con un quinto en los veintes y otro quinto en los cuarentas. Los encuestados habían trabajado como auxiliares de enfermería en un promedio de 9.6 años, con un rango de menos de un año hasta 36 años.

Los 255 encuestados representaban aproximadamente 46% de todos los auxiliares de enfermería que trabajan en el MSPAS en esas áreas. Aunque la muestra seleccionada no era probabilística, el tamaño en relación a la población entera provee algunas bases para generalizar este estudio en el país entero, o por lo menos para los auxiliares de enfermería del altiplano.

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Debido a que los auxiliares de enfermería frecuentemente son el único personal del Minis-

terio disponible para proveer educación en salud, se les preguntó acerca de las lenguas que hablan en la comunidad en la que trabajan y sus respuestas fueron comparadas con la lengua que hablan los auxiliares de enfermería. Más de la mitad de los encuestados reportaron que hablan solamente español (57.1%). Para cada una de las cuatro lenguas mayas principales habladas en las comunidades en donde 164 de los encuestados trabajan —Man, K'iche', Tzutujil y Katchikel— se hizo una comparación con las lenguas habladas por el auxiliar de enfermería para determinar la medida a la cual ella/él puede proveer educación en salud para clientes monolingües. Entre 38.5% y 53.8% de los encuestados reportaron hablar la lengua maya de la comunidad. La lengua reportada con más frecuencia fue K'iche' la cual era hablada por 44.9% de los encuestados quienes trabajaban en comunidades hablantes de K'iche'.

En relación al cuidado prenatal, se les pidió a los encuestados indicar de una lista de cinco factores, cuáles podrían poner a la mujer en un riesgo "preconcepcional". Casi dos tercios reconocieron la edad adolescente como riesgo para la mujer, seguido cercanamente con gran multiparidad y anemia. Sólo 38.4% reconocieron la hemorragia como un factor de riesgo y menos de un quinto respondieron obesidad. Sólo 9.8% reconocieron a los cinco como factores de riesgo.

De acuerdo a las normas del Ministerio, las siguientes cuatro actividades (entre otras) deberían llevarse a cabo durante el control prenatal: tomar los signos vitales; proveer hierro a todas las mujeres embarazadas; cálculo de amenorrea y hacer anamnesis. Sólo un cuarto de los encuestados citaron las cuatro actividades. La más frecuentemente mencionada fue tomar los signos vitales, reportada por 95.2% de los informantes, seguido de dar hierro 73.3%, calcular amenorrea 58.0% y hacer la anamnesis 40.0%.

A los encuestados se les dieron tres posibles conjuntos de signos y síntomas y se les pidió que marcaran aquellos que eran característica de un aborto. Los 255 encuestados respondieron correctamente. También se les dio edema, hipertensión y albuminaria como signos y síntomas y se les pidió que indicaran de qué patología

son síntomas característicos y se dieron cuatro respuestas alternativas. El 92.2% respondieron correctamente que eran síntomas de pre-eclampsia.

Se presentó una lista de cuatro enfermedades —tos ferina, hepatitis, parotiditis y rubeola— y se les pidió a los encuestados indicar cuál era la enfermedad contagiosa que podría causar problemas al feto en el primer trimestre. Un poco más de la mitad de los encuestados seleccionaron rubeola, un tercio seleccionaron hepatitis y un pequeño número seleccionó tos ferina, parotiditis o no respondieron.

Las normas del Ministerio establecen que una mujer con un embarazo normal debería recibir control prenatal semanalmente en su noveno mes de gestación. Cuando se les preguntó que tan seguido se le debería chequear y se les presentaron cuatro alternativas, sólo 41.2% de los encuestados respondieron correctamente. Un porcentaje más grande 45.5% respondieron que cada dos semanas, mientras que casi un décimo dijeron que al final del mes.

Con respecto al trabajo de parto y al parto, las normas del Ministerio establecen que el latido del corazón de un feto normal durante el trabajo de parto es de 120 a 160 latidos por minuto. Un 80% de los encuestados seleccionaron este rango entre cinco alternativas.

Al igual que en el control prenatal, se les proporcionó una lista de actividades, cuatro de ellas estaban correctas y una incorrecta; se les pidió indicar cuáles se realizaban durante el trabajo de parto y el parto. El 13% de los auxiliares de enfermería no respondieron a esta pregunta. De los 221 que lo hicieron, un tercio marcaron las cuatro actividades correctas y no la incorrecta.

Se les presentó a los encuestados una lista de cuatro situaciones y se les pidió indicar cuáles eran las contraindicaciones del tacto vaginal durante la atención de un parto. Sólo 11.8% marcaron las tres: ruptura prematura de las membranas 72.0%, hemorragia vaginal 53.4% y sospecha de infección (37.3%).

Se les preguntó a los encuestados cuánto tiempo después del nacimiento de un bebé debería ocu-

rrir la expulsión de la placenta. Se les presentaron cuatro opciones. De los 255, 78.4% respondieron correctamente que en un espacio de media hora.

Se presentaron cuatro opciones para reconocer el inicio del trabajo de parto, de las cuales sólo dos eran correctas. Dos tercios de los auxiliares identificaron las dos respuestas correctas: 89.9% indicaron las contracciones frecuentes y 74.1% indicaron la salida del tapón mucoso.

Acerca del post parto, se les pidió a los encuestados indicar cuál de los cinco factores de riesgo —tres correctos y dos incorrectos— requerían especial atención en la etapa de post parto. Un quinto correctamente indicaron las tres. La infección puerperial se citó con más frecuencia 88.2%, seguido de hemorragia con 79.8% e inversión uterina con 28.6%.

En general, los auxiliares conocían las tres etapas del puerperio: 71.8% respondieron correctamente que las etapas son inmediata, mediata y tardía.

Se les preguntó a los auxiliares si reconocían los signos y síntomas. Primero, se presentaron tres síntomas —fiebre, olor fétido y salida de secreción purulenta— se les pidió seleccionar cuál de las cuatro inflamaciones era indicada por los tres síntomas en la etapa de postparto. Casi todos 85.1% seleccionaron correctamente la endometritis de una lista que también incluía mastitis, uteritis y nefritis. Luego, se les presentó el dolor de piernas como síntoma después del parto y se les pidió indicar cual de los siguientes cinco es síntoma el dolor de piernas: vaginitis, endometritis, cefaléa, flebitis o salpingitis. Aunque la flebitis fue la más frecuentemente seleccionada, sólo un poco más de un tercio respondieron correctamente 36.9%. Casi la misma cantidad seleccionó endometritis 31.8%, otro 10.6% respondió vaginitis y 16.9% no respondió.

Una de las claves para la calidad de atención por parte de los auxiliares de enfermería es el conocer cuando un paciente debe ser referido a un nivel más alto de atención. Se les preguntó a los auxiliares lo que debería hacer un auxiliar de enfermería cuando se presenta una paciente con hemorragia vaginal, infección de mamas e

infección urinaria en el postparto. Las cuatro respuestas alternativas incluían: observar, referir inmediatamente, referir el día siguiente, y dependiendo de la evolución de la enfermedad. Casi todos 93.7% respondieron correctamente, referirla inmediatamente.

La educación en salud es una responsabilidad clave del auxiliar de enfermería. Se les presentó una lista de cinco temas, 3 correctos y 2 incorrectos, y se les preguntó cuál debería incluirse en la consejería proveída en la etapa de postparto. La más frecuente fue planificación familiar, reportada por 88.1%, seguido de atención al recién nacido 73.0% e higiene general 70.2%. Casi la mitad 46.7% citaron correctamente los tres.

Sobre la planificación familiar, se les preguntó a los auxiliares acerca de las contraindicaciones del uso de DepoProvera y las píldoras. Para cada método, se presentaron cuatro opciones. En el caso de anticonceptivos orales, sólo 16.9% citaron correctamente un derrame cerebral, ataque al corazón y algunas enfermedades del hígado pero no anemia como una contraindicación. En el caso de DepoProvera, 29.8% respondieron correctamente que el embarazo, sospecha de embarazo y sangrado vaginal anormal eran contraindicaciones pero no el fumar cigarrillos. Luego se les preguntó sobre el intervalo entre la dosis de Depo y 87.5% del total respondieron que Depo se provee cada tres meses. Sin embargo, menos de la mitad 46.7% indicaron que Depo debería iniciarse después de 6 semanas de postparto cuando la madre está dando lactancia.

El conocimiento de las vacunas era uniformemente alto entre los auxiliares, la cual probablemente refleja la gran cantidad de capacitación en servicio que el Ministerio de Salud ha proveído sobre el tema. Se les preguntó a los auxiliares acerca de la prevención de enfermedades, dosis e intervalo de su administración. Las vacunas incluidas en las preguntas fueron D.P.T., Polio, BCG, Toxoide Tetánico y Sarampión, aunque no todas las tres preguntas fueron hechas sobre las cinco vacunas. Las respuestas correctas estaban entre un rango de 83.9% a 99.6%.

Se les pidió a los encuestados estimar el número de veces que habían proveído control pre- y postnatal, atendido un parto y proveído una consulta de planificación familiar. Aunque el problema de la memoria es muy bien conocido, la intención era obtener un aproximado para propósitos de comparación y no para obtener un dato exacto. El sesgo de la memoria se aplica igual en los cuatro tipos de servicios y no debería afectar un análisis comparativo de su experiencia.

Se encontró que el auxiliar de enfermería tiene mayor experiencia en proveer control prenatal, menor en atender partos y casi la misma cantidad de experiencia en proveer planificación familiar y control postparto. Los porcentajes de los encuestados que dijeron que nunca habían proveído servicios específicos, por ejemplo, sólo 3.2% reportaron no haber proveído control prenatal, mientras que 28.6% reportaron nunca haber atendido un parto. Para postparto y planificación familiar, 9.6% y 10.2% de los encuestados dijeron que nunca habían prestado estos servicios. Un patrón similar se encuentra cuando la información es analizada en aquellos que reportaron haber proveído el servicio cien veces o más: 70.0% reportaron haber proveído 100 consultas prenatales o más, 13.4% atendieron 100 partos o más, mientras que 39.0% y 42.1% reportaron haber atendido 100 o más consultas de post parto y planificación familiar respectivamente. Sin embargo, un dato sorprendente de este estudio es el número de auxiliares de enfermería que no respondieron a las preguntas acerca del número de servicios que habían prestado, particularmente de planificación familiar en donde más de la mitad no respondieron. Debido a que el estudio era anónimo, no fue posible entrevistar a los encuestados que no contestaron esta pregunta para averiguar porqué. Se les preguntó a varios profesionales en salud que revisaron la información cuál sería la razón y ellos contestaron que lo más probable era que los que no respondieron, no habían prestado ninguna consulta de ese tipo.

Para poder analizar el patrón de experiencia, si en realidad las respuestas en blanco fueron un indicador de la falta de experiencia, la informa-

ción fue analizada asumiendo que cada respuesta en blanco era equivalente a la falta total de experiencia en la prestación de ese servicio.

El control prenatal todavía es el más frecuentemente proveído en los cuatro servicios - prenatal, parto, postparto y planificación familiar. Tiene la menor parte de auxiliares de enfermería que reportan ninguna experiencia y el más alto porcentaje que reportan 100 o más. Usando este análisis teórico, los otros tres servicios están muy abandonados en comparación, particularmente la planificación familiar. Por ejemplo, si todos los que no respondieron no atendieron partos, casi cuatro de diez no tienen experiencia en esta área y más de la mitad nunca han prestado servicios de planificación familiar. Como observación para el Ministerio y los programas interesados en reducir la mortalidad en el parto está el hecho que un poco más de un décimo de los auxiliares de enfermería han atendido un gran número de partos y son objetivos claros para la capacitación intensiva.

REFLEXIONES FINALES

Los niveles de conocimiento fueron más altos para vacunaciones, generalmente más de 98%. El análisis demuestra que el Ministerio de Salud puede ser exitoso en incrementar el conocimiento de los auxiliares en áreas de énfasis y a través de capacitación en servicio. Debido a que Guatemala todavía tiene exceso de mortalidad en enfermedades prevenibles, el Ministerio por muchos años ha dado un gran énfasis a la capacitación en vacunaciones. Los resultados de este estudio demostraron que los auxiliares de enfermería tienen conocimientos adecuados de las enfermedades prevenibles por vacunas, su dosis e intervalo. Debido a que los niveles de conocimiento son muy altos, el Ministerio probablemente podría empezar a enfatizar otras áreas y por lo tanto incrementar el impacto de capacitación en servicio sobre mortalidad materna e infantil.

Las normas del Ministerio exigen que los auxiliares de enfermería capaciten a la comadrona sobre el trabajo de parto y parto seguro. La evidencia anecdotal plantea que frecuentemente existe poco respeto por parte de las comadronas

hacia los auxiliares de enfermería y no tienen la voluntad de recibir supervisión. Los hallazgos de este estudio demuestran los bajos niveles de experiencia entre la mayoría de auxiliares de enfermería en atender partos, lo que podría explicar porqué muchas comadronas experimentadas muestran rechazo en aceptar al auxiliar de enfermería. Estos hallazgos ponen en duda la factibilidad de esta norma del Ministerio, pero también indica una estrategia costo-efectiva para reducir la mortalidad materna e infantil: si se concentran recursos limitados de capacitación en los auxiliares de enfermería que atienden la mayoría de los partos —un poco más de 10% que han atendido 100 o más— el impacto de la capacitación se sentirá en un número mayor de nacimientos que si la misma cantidad de capacitación se impartiera a un número mayor de auxiliares.

Mientras que los servicios de postparto y planificación familiar son desatendidos, los niveles de conocimiento no son tan diferentes de aquellos relacionados con el control prenatal, sugiriendo que algo más que la falta de capacitación podría estar detrás de este descuido. Se necesita investigación adicional para averiguar porqué estos servicios no se proveen con más frecuencia y cómo pueden incrementarse. Sin embargo, los niveles de conocimiento generalmente modestos entre los auxiliares de enfermería acerca de control prenatal, postparto y planificación familiar, muestran la necesidad de un programa continuo de capacitación en servicio en estas materias y para probar formas innovadoras de extender la capacitación y hacerla disponible a pesar de los recursos limitados. Esto es un reto que está tomando la Escuela de Educación Continua con apoyo de El Consejo de Población.

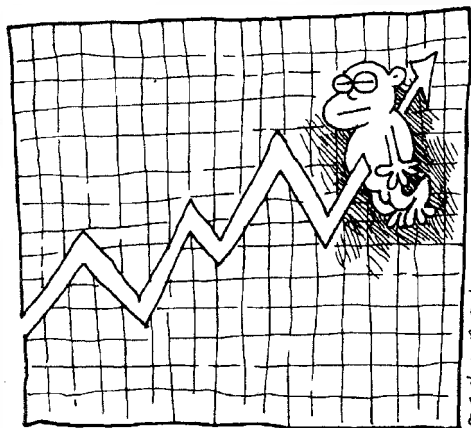


INVESTIGACIÓN DE LA calidad de los servicios de salud reproductiva

CESAMO EL CHILE

Ruth María Medina^(*), Alicia Leiva^(**), Berta Álvarez^(***)

La tasa de mortalidad materna para Honduras, en 1990, fue estimada en 221 por cada 100,000 nacidos vivos registrados, a nivel urbano y 250 a nivel rural. Para la Región Sanitaria Metropolitana se calculó en 157. Estas son algunas de las más altas tasas del continente y revelan la urgente necesidad de incrementar esfuerzos por reducirla.



En la Región Metropolitana las actividades relacionadas con los programas de atención a los problemas de salud de la mujer han venido experimentando una tendencia creciente en los últimos años, logrando coberturas aceptables, enfocándose entonces la preocupación en la calidad de la atención, asumiendo que no basta con proteger a más personas sino protegerlas mejor.¹

El CESAMO Rubén Andino Aguilar, ubicado en el Barrio El Chile de Tegucigalpa forma parte de la red de servicios de salud de la Región Sanitaria Metropolitana. Las organizaciones HOPE/Honduras y CARE, en coordinación con el Ministerio de Salud de Honduras ejecutan un Proyecto de Supervivencia Infantil en El Chile.

^(*) Región Sanitaria Metropolitana, ^(**) Proyecto HOPE Honduras.

¹ SOBERON A., Guillermo "La calidad de la atención médica" en *Revista de Salud Pública de México*. Mayo-Junio 1986. Volumen 28. Número 3. pp. 315-317

Uno de los componentes del proyecto es el de Salud Materna, que tiene como propósito general la disminución de la morbilidad y mortalidad materna a través de la prestación de servicios con calidad.

La Coordinación del Proyecto y la Región de Salud Metropolitana ejecutaron una investigación sobre la calidad de los servicios de salud re-

productiva en el CESAMO, con el propósito de obtener información para el diseño de estrategias de intervención y maximizar la utilización de los recursos disponibles para la prestación de los servicios con calidad.

El estudio tuvo como base el modelo de evaluación de la calidad propuesto en 1966, por Avedis Donavedian, de la Universidad de Michigan, uno de los primeros investigadores que se interesó por el estudio de la calidad de atención que brindan los servicios de salud. Siguiendo el enfoque de la teoría de sistemas, plantea la utilización de variables relacionadas con la estructura de los servicios, el proceso de producción y el resultado de aquellos.²

Se entiende, en este contexto, por **estructura** a las características materiales y organizacionales

² CORDERO, Armando. "Modelos de Sistemas de atención médica". En *Revista de Salud Pública de México*. Volumen 28. No. 3, Mayo-Junio 1986. pp. 233.

relativamente estables del medio en el que se proporcionan los servicios de atención a la salud.³

En el **proceso** de prestación de servicios de salud intervienen por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos, el otro, se refiere al trato recibido por los pacientes. Al primer aspecto se le llama "calidad técnica" y al segundo "calidad humana", ambos conceptos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa.⁴

El término **resultado** hace referencia a los efectos atribuibles al servicio, lo que se logra para el paciente. Es decir el cambio en el estado de salud que puede atribuirse a la atención recibida. En los resultados también influyen otras consecuencias de la atención médica como, por ejemplo, el conocimiento sobre la enfermedad, los cambios de conducta que conducen a una mejor salud y la satisfacción de la usuaria y del prestador del servicio.⁵

La utilidad de la formulación se basa por completo en la observación de que las características estructurales influyen en el proceso de la atención médica y que éste lo hace en la salud. El corazón mismo de la investigación es el esclarecimiento de la relación entre el proceso y el resultado y entre la estructura y el proceso.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva tiene como propósito recoger información sobre las condiciones y modalidades en las que se están desarrollando

los servicios. Conocer los sectores que tienen un desarrollo satisfactorio y los que resulten deficientes, permite además reorientar y fundamentar la asignación de recursos, logrando así una administración racional que puede conducir al logro de mayor cobertura y mejor calidad⁶.

De acuerdo con el planteamiento base, la evaluación de la calidad de atención de los servicios tiene que realizarse por la confrontación con ciertos estándares o normas establecidas por expertos o responsables de los programas, es decir se considera que el componente normativo del proceso evaluado es el elemento crítico de este, por la evidente razón de que constituye la base de toda comparación⁷. Se asume así que la definición de la calidad de la atención tiene que darse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del usuario, tomando en consideración el contexto local:

"La calidad de la atención es la secuencia de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario, desde un punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados por ambos"⁸

Como una de las medidas para el adecuado abordaje de la situación de salud de la mujer y en consonancia con las políticas nacionales de salud de país, se aprobó, en el año 1995, el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer, las que establecen los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante su período reproductivo y la atención inmediata del recién nacido normal, asumiendo que su aplicación contribuiría a la corrección de las desviaciones que afectan la calidad de atención y señalando pautas específicas para la reducción de la morbilidad y mortalidad de la mujer.

³ DONAVEDIAN, Avedis. "La investigación sobre la calidad de la atención médica". En *Revista de Salud Pública de México*. Volumen 28, No. 3, Mayo-Junio, 1986. pp. 324-327.

⁴ DONAVEDIAN, Avedis. *Op. Cit.* 135-155.

⁵ GÓMEZ-DANTES, Octavio y cols. "Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar". En *Revista de Salud Pública de México*. Volumen 36, No. 2, Marzo-Abril de 1994. pp 180-189.

⁶ SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA. *Cuadernos Técnicos de Planeación*. Volumen 1. No. 7. pp 57.

⁷ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud*. Ginebra. Informes Técnicos No. 569, 1975. pp 8-9

⁸ PABON, Lasso Hipólito. *Evaluación de los Servicios de Salud*. Grupo de salud Comunidad. Julio, 1987. pp. 47-60.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación diseñada fue descriptiva, prospectiva y bietàpica. La primera etapa del estudio, que es la presente, es de naturaleza cuantitativa, y se plantea como base para una segunda fase cualitativa, de profundización de los hallazgos de la primera.

La unidad de estudio fue el establecimiento de salud con sus prestadores y personal de apoyo, las usuarias y la estructura existente en la unidad prestadora de servicios (UPS), realizándose en el año 1996, con un muestreo no probabilístico y por conveniencia.

Se realizaron 10 observaciones a cada una de las atenciones de control prenatal a pacientes asistentes por primera vez durante su embarazo y a pacientes en consultas subsiguientes, atenciones nuevas de planificación familiar y también subsiguientes, atenciones de morbilidad general y de control puerperal, haciendo un total de 60 observaciones. Por otro lado se realizaron entrevistas de aspectos de satisfacción del servicio y conocimiento a 63 usuarias y a 18 prestadores del servicio (médicos 5, enfermeras profesionales 2, auxiliares de enfermería 6, técnico de laboratorio 1 y personal de archivo y farmacia 5). Se observaron 43 usuarias en sitios y tiempos requeridos para la atención.

Para evaluar la calidad de los servicios en salud reproductiva, se establecieron condiciones básicas indispensables en la estructura, proceso y resultado, sin las cuales no puede realizarse un servicio de calidad. Los mínimos de estructura y resultado fueron establecidos propo-



SERVICIOS
DE SALUD
REPRODUCTIVA

sitivamente por los investigadores. Los mínimos para el proceso son los establecidos por el Manual de Normas y Procedimientos de atención Integral a la Mujer.

Para la recolección de los datos se utilizaron 13 instrumentos conteniendo preguntas en relación a las categorías, estructura, proceso y resultados.

Para estructura se investigó, mediante encuesta, lo siguiente: Recursos humanos, infraestructura y equipo, material, papelería, medicamentos, coordinación con otros servicios, existencia de Manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer, capacitación a los prestadores de servicios, supervisión, comité de mortalidad local y el nivel de conocimiento de los prestadores de servicios en salud reproductiva.

Proceso: en esta categoría se investigó mediante observación basada en parámetros establecidos, la calidad de atención en los servicios de control prenatal, control puerperal, planificación familiar y atención general; también se investigó la oportunidad del servicio mediante un instrumento para la determinación del flujo de pacientes entre los diferentes servicios.

Para la categoría resultados se investigó la satisfacción y conocimientos de las usuarias y la satisfacción de los prestadores de servicios, mediante encuestas y entrevistas directas.

La tabulación de datos se realizó de forma manual para la mayoría de los formularios y utilizando el programa EPI Info para el resto.

RESULTADOS

Se presentan de acuerdo a las tres variables consideradas:

ESTRUCTURA

Al momento de la investigación el CESAMO disponía del personal requerido para la

atención en Salud Reproductiva (88%), situación que no ocurría con el material, equipo, medicamentos y papelería para los cuales el abastecimiento oscila de un 33% a un 75%. Esto es más notorio para la prestación de los servicios en las salas de espera, preclínica, postclínica, farmacia, inmunizaciones y archivo. Se exceptúan los consultorios para la atención de los pacientes donde el abastecimiento fue de 75%. La debilidad está principalmente relacionada con la carencia de material estéril, antisépticos, normas de atención integral a la mujer, gestograma, estetoscopio, cinta métrica, sábanas para camilla y batas para las usuarias.

En relación a la capacitación recibida en aspectos de Salud Reproductiva, se encontró que esta ha sido parcial para el personal médico (50%) y auxiliares de enfermería (42%). El 100% de las enfermeras profesionales sí la habían recibido. Ocurría, por otro lado, una importante disparidad de conceptos y un bajo nivel de conocimientos adecuados para todos los prestadores de servicios (médicos 58%, enfermeras profesionales 55%, auxiliares de enfermería 45%). Los conocimientos más débiles son aquellos relacionados con la metodología anticonceptiva (indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos), conceptos generales en Salud Reproductiva y Atención Integral a la Mujer. Los aspectos en los cuales el conocimiento es mayor son los relacionados con el embarazo, el puerperio y la consejería.

Los prestadores entrevistados manifestaron no haber recibido supervisión en aspectos de Salud Reproductiva en los últimos tres meses.

PROCESO

En este rubro dos elementos fueron tomados en consideración:

1. Aplicación de las normas de atención integral a la mujer: El estudio encontró un nivel de aplicabilidad de 9% para la atención de morbilidad general, 24% para la atención prenatal nueva y 42% para la subsiguiente, 36% para el control prenatal nuevo y 30% para el subsiguiente, y 38% para el control puerperal. Esto habla de una deficiente calidad técnica

en el proceso de prestación de los servicios de Salud Reproductiva.

Hay, sin embargo, en cada tipo de atención aspectos que logran un alto nivel de observancia, como el 70% de cumplimiento de los requisitos para el examen físico en la atención de primera vez en el control prenatal. Durante la atención puerperal la valoración del recién nacido es realizada adecuadamente en un 70% (anamnesis y examen físico). Los mayores problemas se encuentran en la realización de la anamnesis a la madre y las orientaciones y consejería que son aplicadas adecuadamente en porcentajes menores de 40, en las diferentes atenciones.

2. En relación a la calidez y la privacidad durante la atención, estos se brindan inadecuadamente, de acuerdo a los criterios definidos para su medición y que se consideran mínimos:

- Para privacidad: Puerta de la clínica cerrada, pared o biombo entre la camilla y escritorio, batas para la usuaria.
- Calidez: Mirar a los ojos durante el interrogatorio a la usuaria, preguntarle y utilizar su nombre y saludarla.

La oportunidad de atención se consideró adecuada cuando las usuarias fueron atendidas en un tiempo menor o igual a una hora, encontrándose que el 95% de las usuarias no están recibiendo una atención oportuna y que el tiempo promedio de espera fue de 2 horas con 19 minutos.

RESULTADOS

La mayoría de las usuarias manifestó satisfacción por la atención recibida en la consulta. La razón mencionada con mayor frecuencia fue el trato amable por parte del personal. También fueron mencionados la realización de la anamnesis, el examen físico y la información proporcionada sobre el objeto de la consulta.

El 27% de las usuarias manifestó no haber recibido una atención adecuada. Las principales causas mencionadas, de insatisfacción fueron las

siguientes: No se les realizó un examen físico o interrogatorio durante la atención y no se les brindó el método de planificación familiar esperado.

Se encontró que el nivel de desconocimiento de las usuarias es alto, ya que no logran identificar ningún factor de riesgo reproductivo en el 62% de los casos, el 75% desconoce las señales de peligro durante el embarazo y el 85% no identificaron las señales de peligro durante el puerperio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se considera que la calidad de la atención en los servicios de Salud Reproductiva en el CESAMO El Chile es inadecuada, sobre todo por los hallazgos relacionados, en primer lugar, con la estructura de los servicios, en la que se satisfizo sólo el 51% de los criterios establecidos para calificarlos como de buena calidad y en segundo lugar, en el proceso para su producción, en el cual resaltan los bajos niveles de logro respecto a los criterios definidos para calidez, privacidad y calidad técnica en la prestación de los servicios de salud. El tiempo para la recepción de la atención fue mayor del definido para considerarla como oportuna.

Resulta llamativo en esta área de servicios, definida como de alta prioridad en el país, el bajo nivel de conocimientos de los prestadores en algunas aspectos como planificación familiar, conceptos generales de Salud Reproductiva y atención integral a la mujer y en consejería. Este bajo nivel no mostró diferencias significativas relacionadas con la participación, del personal profesional o técnico, en la capacitaciones sobre las normas de atención integral a la mujer. Debe destacarse, sin embargo, que los niveles de conocimientos relacionados con embarazo y puerperio fueron mucho más altos.

La actividad de supervisión, tan relacionada con la calidad de la atención en todos sus aspectos, no se había realizado al menos en el trimestre anterior a la ejecución del estudio.

Es llamativo dentro del estudio que aunque los criterios definidos para proporcionar las condiciones mínimas a la paciente en cuanto a la calidez del trato, a su privacidad y al tiempo de espera, no son las adecuadas de acuerdo a los criterios técnicos, la mayoría de las usuarias de los servicios refirieron satisfacción por la atención recibida. Se considera que este debe ser uno de los aspectos a ser explorados en la fase de profundización con el estudio cualitativo.

El nivel de conocimiento, en las áreas exploradas, entre las usuarias de los servicios es extremadamente bajo, especialmente tomando en cuenta que no logran identificar señales de peligro o factores de riesgo relacionados con su proceso reproductivo y que desconocen la conducta a seguir ante la presencia de esos riesgos. Esta situación es acentuada por el hecho de la pérdida de oportunidad de proporcionar información y educación durante la estancia de la usuaria en el establecimiento de salud.

La satisfacción que manifestaron los prestadores está más relacionada con la oportunidad de interactuar con la paciente que con el hecho de brindar una atención integral y de calidad.

Los resultados del estudio revelan la necesidad de ampliar y profundizar el estudio, divulgando y discutiendo sus resultados y elaborando planes concretos de acción para los problemas identificados, propiciando la readecuación de los servicios de Salud Reproductiva, concediéndole la importancia necesaria a los esfuerzos de educación permanente y consejería a las usuarias y a los prestatarios, y al desarrollo de acciones de promoción y educación a nivel comunitario. Igualmente la supervisión debe establecerse de manera sistemática y permanente.

Se debe también propiciar el intercambio de experiencias con otras unidades productoras de servicios e instituciones con experiencia en acciones de salud reproductiva y brindar el apoyo técnico necesario para el logro de las modificaciones necesarias y la institucionalización de la calidad en los servicios de Salud Reproductiva.

POSAP

Abriendo nuevas opciones en el 2000



Costilla

RO
TO
A



Esta es una sección dedicada a la temática de género y especialmente a la discusión sobre masculinidades. En este número incluimos un artículo que evalúa y reflexiona sobre el exitoso programa de atención a hombres agresores. También incluimos un ensayo que resume una investigación brasileña sobre cómo afectan los cambios culturales a las mujeres. Este ensayo fue expuesto para su análisis y discusión en un foro interno del Postgrado de Salud Pública.

ATENCIÓN DE HOMBRES que ejercen violencia intrafamiliar

Lic. Edmundo Pérez.

Trabajador Social

Consejería de Familia.

Secretaría de Salud de Honduras. 1999

El proceso de deconstrucción del sistema de creencias de los seres humanos del sexo masculino que ejercen violencia, la develación de los mecanismos que sostienen el poder del varón en contra de la mujer y la asimilación de un nuevo proyecto de vida basado en las relaciones de género igualitarias, en el respeto, la responsabilidad y la ternura, es un proceso complejo, contradictorio, doloroso y de largo plazo.

Esto es así, tanto por la dimensión histórico-estructural del fenómeno como por la cantidad y complejidad de variables que influyen en el mismo. Lo político, lo económico, lo cultural, aspectos psicodinámicos, son entre otras, algunas de esas vértices que se condensan en el sistema patriarcal y que se expresan en cada individuo. Es precisamente todo este complejo contradictorio el que se articula en las expectativas simbólicas, mandatos, máscaras y miedos que estructuran la visión masculina.

El sistema de creencias e identidades masculinas se ha ido conformado en un largo proceso de socialización caracterizado por construir en la

feliz día amor...

ahora lavame y planchame
la Ropa... si no querés
que Te encarame
las patas.....



psiquis del hombre un «ideal de masculinidad tradicional: dueño de la razón, autónomo, propietario del poder y la fuerza y definición de la mujer como inferior y a su servicio» (Bonino Méndez, 1996). Por esto se puede afirmar que en el proceso de definición de identidades masculinas, lo más relevante es controlar y dominar y, que para la posesión y ejercicio del poder se han tejido históricamente una serie de mecanismos y estrategias que garantizan la hegemonía del "hombre" dentro de esa bipolaridad contradictoria.

En Honduras se está comenzando el proceso de aten-

ción a hombres agresores y por eso es necesario sistematizar propuestas que tengan esta orientación, para manejar en nuestro país las opciones psicoeducativas para el abordaje de los "hombres" que ejercen violencia y además porque ya las instancias judiciales y policiales están remitiendo a las Consejerías de Familia a "hombres" que son denunciados por sus compañeras en estos organismos y las personas que

trabajamos con ellos estamos en un proceso de construcción de un "modelo de atención" para tales casos.

Estamos conscientes de que el proceso de deconstrucción del sistema de creencias abusivas del hombre que ejerce violencia trasciende lo individual, sin embargo, es necesario entender que cada ser humano, o humana, en este caso el "hombre", vive de manera exclusivamente particular, los mitos, las expectativas, los mandatos y los miedos generados en el sistema patriarcal.

Es así que, para abrir el diálogo al respecto, planteamos un proceso, que bien puede servir como base para formular en el futuro cercano un "modelo de atención" de varones que ejercen violencia contra su pareja.

DULCE AMOR



ASPECTOS GENERALES PARA EL ABORDAJE DE HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. El "hombre" que ejerce violencia contra su pareja es un ser humano que debe ser tratado con respeto y comprensión. No culpabilizarlo, criticarlo, ni condenarlo, por la persona que comparte con él el proceso psicoeducativo.
2. A estas personas del sexo masculino se les explicará desde el principio, que se necesita de su franqueza y honestidad en la revelación de sus hechos violentos y además buena voluntad para el entendimiento de los mismos, así como para asumir un nuevo proyecto de vida.
3. Las acciones violentas sean de la naturaleza que fueren son responsabilidad única del "hombre" que las ejerce.
4. El ser humano ofensor o violento puede cambiar. Así como aprendió una conducta violenta puede aprender a vivir sin violencia. Puede aprender a respetar y a no "invadir espacios".
5. El "hombre" violento tiene que llegar a comprender que nadie desde fuera puede "curarlo de su violencia", que la base de sus cambios está en él mismo, en su propia fortaleza y capacidad para descubrir una nueva vida centrada en una conciencia humanista.
6. El proceso de reeducación, de deconstrucción del sistema de creencias patriarcales en la persona del sexo masculino, puede durar toda una vida, por ello es necesario que el "hombre" que ingresa al proceso psicoeducativo esté consciente que debe seguir un programa de autoayuda y vincularse a los esfuerzos sociales políticos y organizativos que luchan contra la violencia de género.
7. La persona que trabaja con "hombres" que ejercen violencia en contra de su pareja debe comprender que, en muchas ocasiones estos ofensores no responden positivamente al programa psicoeducativo y que estos, pueden reincidir en sus acciones violentas.



8. Las personas que atendemos a "hombres" que ejercen violencia en contra de sus parejas, podemos garantizarles confidencialidad en sus revelaciones, excepto cuando exista peligro para la víctima.

PASOS EN EL PROCESO DE DECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE CREENCIAS DEL HOMBRE QUE EJERCE VIOLENCIA EN CONTRA DE SU PAREJA

1. Admitimos que hemos ejercido diversas formas de violencia en contra de nuestras parejas y que al hacerlo les hemos causado daño a ellas, a nosotros mismos, a nuestros hijos e hijas y a nuestra comunidad.
2. Reconocemos que somos productores del sistema patriarcal y que los miedos, mandatos y expectativas que operan cuando hemos ejercido violencia, se enmarcan en relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.
3. Entendemos que nuestro proceso de cambio hacia una nueva vida sin violencia, se fundamenta en nuestras propias potencialidades internas y en el forjamiento de una conciencia humanista centrada en el respeto, la ternura, las relaciones de género igualitarias y la "reverencia a la vida".
4. Asumimos la responsabilidad de reparar los daños causados a nuestra compañera, hijos e hijas y otras personas víctimas de nuestros actos violentos.
5. Aceptamos el hecho de que este proceso de deconstrucción del sistema de creencias patriarcales que aprendimos, puede durar todo el resto de nuestras vidas por lo que nos

obligamos a vigilar críticamente nuestras actuaciones cada día que vivimos.

6. Asumimos el compromiso de luchar por una sociedad donde predominen las relaciones de género igualitarias, la justicia y el bienestar de la colectividad, y de apoyar los esfuerzos políticos y sociales de mujeres y hombres que en forma individual o colectiva defiendan estos principios.
7. Con tolerancia aprendemos a valorar que recursos espirituales como la oración, la meditación y el sano juicio nos ayudan a mejorar nuestras relaciones con otros seres humanos y humanas.

(Algunos de estos pasos están inspirados en el proceso psicoterapéutico que siguen los A.A.)

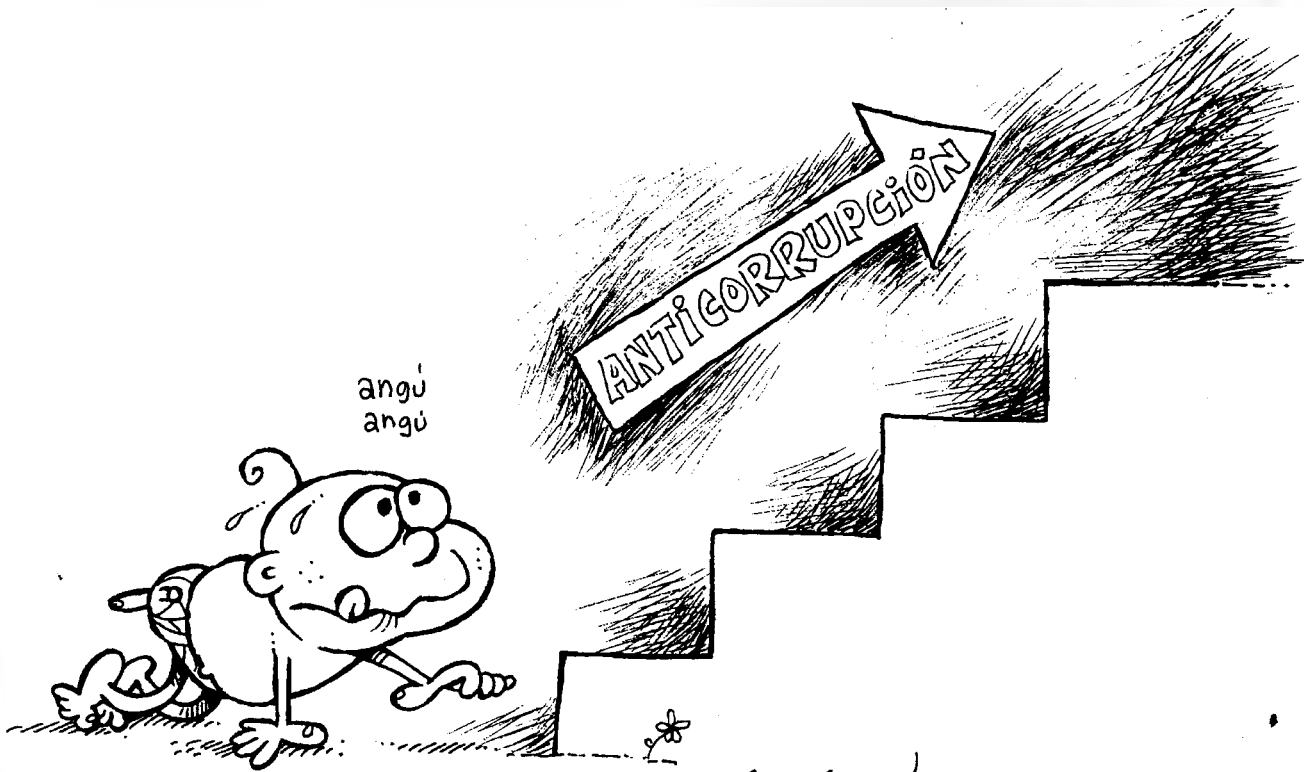
ETAPAS BÁSICAS DEL ABORDAJE

1. El ser humano del sexo masculino que ejerce violencia en contra de su pareja debe conocer un enfoque general sobre el proceso de socialización y definición de las identidades del género, y saber cómo las expectativas, miedos y mandatos integran las identidades masculinas.
2. Conocer con sentido crítico como se estructura el poder y la autoridad del "hombre" en el espacio doméstico y cómo la violencia está ligada al mantenimiento del servicio y la subordinación femenina, y por consiguiente al afianzamiento del poder del varón, constituye la segunda etapa del proceso. En este momento se conocerán además, los tipos de violencia, sus consecuencias y los mecanismos de defensa del ofensor.

3. Revelación de hechos violentos. Esta etapa es crucial en tanto el "hombre" debe reconocer la violencia y los tipos de violencia que ha ejercido y ejerce en contra de su pareja. En este momento se debe hacer énfasis en la honestidad y sinceridad que exige esta etapa del abordaje. Es sumamente importante que en la revelación de estos hechos surjan más los miedos, sentimientos y emociones, que interpretaciones intelectuales. Conocer el "riesgo fatal" va a ser un recurso valioso en esta etapa.
4. En esta cuarta etapa del proceso es necesario centrar la reflexión en un nuevo proyecto de vida. Valores como el respeto, la responsa-

bilidad, la igualdad de género, la ternura, el "sentido de la vida" entre otros, deben ocupar un lugar de trascendencia en este momento del proceso, aunque en el transcurso del mismo se hagan referencias al respecto.

5. Por último es importante que el ser humano del sexo masculino que ingresó al programa psicoeducativo, establezca al final de sus reuniones, un plan de acuerdos y compromisos que estará orientado a cultivar en su hogar un ambiente sin violencia, respetuoso, solidario. En este plan los compromisos y acuerdos estarán concentrados en el "hombre" que ha ejercido violencia.



DEGRADACIÓN SOCIAL FEMENINA

(el impacto de la modernización en una comunidad del litoral brasileño)

Ellen F. Woortmann
Universidad de Brasília

Este trabajo tiene por objetivo analizar la relación entre el espacio, la construcción del género y la condición femenina en comunidades que se identifican como "pescadoras". Los datos empíricos resultan del trabajo de campo realizado en el litoral de Río Grande do Norte, en julio y diciembre de 1989. El proceso de cambio aquí analizado debe ser visto como una tendencia general que alcanza los poblados de aquel litoral de manera diferenciada en el tiempo. Así, en algunos, el proceso estaba más avanzado, sin embargo otros permanecían, al tiempo de la investigación, próximos a una situación tradicional¹

ESPACIO, IDENTIDAD Y GÉNERO

Cuando se habla de comunidades pescadoras, imaginanse, muy frecuentemente, actividades productivas y agentes sociales relacionados apenas a la pesca. Por otro lado, los estudios relativos a esas comunidades tienden a privilegiar el punto de vista del hombre, o sea, del pescador. Sin embargo, no es raro que en esas comunidades haya también agricultura, además de la pesca, como es el caso de los grupos estudiados por Peirano (1975) en Ceará y por Beck (1981) en Sta. Catarina, o de los grupos estudiados por Faris (1972); Nemeç (1972); Omohundro (1985) en Canadá. En varios grupos, como el estudiado por Maués (1977) y aquellos que son el foco de este trabajo, la agricultura es pensada como actividad femenina. Privilegiar el punto de vista masculino sería negligenciar las actividades agrícolas que constituyen el dominio de las mujeres.

No es raro porque el discurso del investigador replica el discurso público del grupo estudiado, cuya identidad se construye sobre una actividad —la pesca— concebida como masculina, y deja de lado el discurso privado. La conjugación de planos de discurso y de autoridad, masculino y femenino, público y privado, deriva del que Cronin (1977) llamó de armonía entre ideales culturales y sistema productivo. El propio discurso académico, pues, relega al silencio el punto de vista femenino, asimismo cuando las actividades de las mujeres son cruciales para la reproducción social del grupo como un todo. En muchos grupos dichos de "pescadores" la producción agrícola de las mujeres es tan o más importante que la pesca, aunque no sea públicamente reconocida como tal, es central para la constitución de la identidad del género de la mujer. Si la identidad es un proceso político, la identificación entre identidad de grupo e identidad masculina es una política de género, frecuentemente legitimada por el discurso académico. Notables excepciones, en lo que se refiere al Brasil, son los estudios de Peirano (1975), Maués (1977), Dantas Carneiro (1979) y Beck (1981); cada uno a su manera "descubre"

¹ La "silla ginecológica" utilizada por las parteras en una de las comunidades estudiadas, como en otras localidades del Nordeste, consistía en una vértebra de ballena.

Así, la construcción del tiempo es también la construcción del género, pues él es percibido a través de experiencias que son específicas a cada género, en espacios que les son también específicos. Si el tiempo y el espacio son categorías universales del pensamiento, son también categorías pensadas culturalmente; cada sociedad los piensa a su manera, según su cultura y su historia particulares². Por otro lado, cada sociedad es constituida por (y constituye) personas diferenciadas, localizadas en relaciones de género —dimensión que aquí me interesa— de clases sociales, etc., y localizadas también en las relaciones entre sus lugares y otros lugares.

Las mujeres, por ejemplo, perciben la llegada del alambre de púas como el **fin** de las tierras del cultivo, o sea, del espacio fundamental de su identidad. Ya los hombres lo perciben como el **comienzo** de la caña de azúcar, para ellos un nuevo espacio y una nueva alternativa de trabajo, aunque negativamente valorizada. Las mujeres no dejan de incluir en su concepción del tiempo el espacio de los hombres, el mar. Lo hacen de manera contrastiva, pues el mar permaneció inmutable, mientras la tierra se transformó. Los hombres, a su vez, no dejan de incluir la tierra en su percepción del tiempo, pero este se construye fundamentalmente por lo que pasa en el mar.

La relación de género es pensada, pues, a través del tiempo y del espacio, en diferentes momentos del tiempo y en diferentes configuraciones del espacio. Las personas son históricas, y por eso mismo su concepción del tiempo, hoy, probablemente no es la misma de ayer. **Antiguamente**, con el contenido que tiene hoy, sólo existe hoy. La percepción del tiempo histórico es, ella misma, histórica, pues es dada en un momento específico de la historia —y no menos histórica es, por cierto, la percepción del antropólogo que habla sobre el tiempo de los otros; no hace mucho tiempo, los antropólogos no se preocupaban en distinguir la temporalidad de mujeres y de hombres.

² Varios autores analizaron la construcción del tiempo en diferentes sociedades, como por ejemplo Evans-Pritchard (1972); Bourdieu (1977); Leach (1975); Geertz (1973); Sahlins (1980); Rosaldo (1980).

Las mujeres perciben el tiempo de la manera como lo hacen ahora porque están colocadas en un momento puesto por la historia. El tiempo pone, entonces, las condiciones de su propia representación: para ser constituido por el pensamiento, él constituye el pensamiento. La representación del tiempo es, pues, el resultado de una temporalidad.

Para las mujeres estudiadas, lo **antiguamente** parece ser un tiempo congelado “para atrás”, iniciándose el movimiento a partir de una ruptura “para el frente”. En la percepción de las mujeres con quien hablé, la memoria comienza con un pasado que “siempre fue” para aproximarse de un presente que no debería ser.

El tiempo es percibido por las mujeres a través de pares de oposiciones. **Antiguamente** era un tiempo de **abundancia**, un tiempo de **respeto**, un tiempo en que “se vivía como gente”. Hoy, tiempo **extraño**, es un tiempo de **precisión**, de violencia resultante de la **ambición**, un tiempo en que “se mora que nem caranguejo”.

En el pasado idealizado no había violencia contra las mujeres. Los pescadores, cuando regresaban del mar, siempre beben, y siempre bebían. En el pasado, sin embargo, “los hombres bebían mucho, pero no tocaban ni un cabello de las mujeres”. “Mi padre bebió toda su vida, pero nunca nos levantó la mano cuando niñas ni contra mamá”. La violencia que existía en el pasado era entre hombres, por efecto de disputas, o como acto colectivo contra quien infringiese las reglas morales, como en el caso de un hombre, de fuera de la comunidad, linchado por haber robado pescado de su compadre, un crimen menos contra un individuo que contra valores centrales del grupo. La violencia de hoy contra las mujeres, percibida como un hecho nuevo, es atribuida por ellas a la **ambición** que habría atacado a los hombres, pero es también atribuida a la pérdida de los espacios tradicionales de la mujer, pues fue esa pérdida que las hizo parecer “perezosas”, y que condujo a la pérdida del **respeto**. Vale notar también que hoy la violencia, inclusive contra las mujeres, es un acto individual (que puede inclusive ser condenado por la colectividad), mientras que en el pasado representado era un acto colectivo



que podía ir del linchamiento hasta un equivalente del "charivari" europeo.

Las mujeres también miden el tiempo de manera específica a su género. De un lado, él es medido por generaciones de mujeres: "en el tiempo de mi madre"; "en el tiempo de mi abuela", cuando se refieren a épocas no vividas por quien está hablando y, notablemente, cuando hablan de espacios que hoy no existen más. De otro lado, el tiempo es referido al ciclo de vida de la mujer y, de cierta forma, a su propio cuerpo. Los acontecimientos son localizados en el tiempo con referencia a los nacimientos de los hijos. Así, el alambre de púas llegó a una localidad, del punto de vista de una mujer, "después que nació João"; otro evento ocurrió "poco antes de nacer María". Del punto de vista de otra mujer, el alambre de púas llegó cuando "yo estaba esperando a Antonio". El alambre de púas es un evento que marca la historia, por la supresión de un espacio; delimitando espacios, delimita también tiempos. Pero el alambre de púas es a su vez marcado en el tiempo por el ciclo de vida de la mujer. Si una mujer no sabía cuando algo ocurrió, recurría a otra, que localizaba la ocurrencia con relación a su propia sucesión de partos, o a otras crisis de vida, como casamientos y muertes: "fue cuando yo me casé"; "fue cuando papá murió". Entonces, "fue cuando mamá se casó", cuando el acontecimiento es transmitido de una generación a otra. Es interesante notar que solteras, que nunca tuvieron hijos, refieren el tiempo al nacimiento de sobri-

nos; hasta en el tiempo quedaron para tía. Para que yo tradujese esa percepción del tiempo en aquella que es familiar a nosotros, tuve que transformar la temporalidad vivida de aquellas mujeres en nuestra cronología abstracta, aprisionando el tiempo en fechas y décadas.

Para localizar algo en el tiempo, las mujeres recorren, pues, al ciclo de vida. Pero para pensarse, las mujeres construyen el tiempo a través del espacio.

La construcción del tiempo es análoga a la construcción del espacio. Como se vió, en un primer momento el espacio se constituye por una gran oposición —mar/tierra— que corresponde a la oposición hombre/mujer; en un segundo momento, otros espacios son incluidos, con una atenuación de oposiciones. Con relación al tiempo ocurre algo semejante: se pasó de una primera oposición —antiguamente/hoy— para la inclusión de momentos intermedios, como mediando los polos extremos del tiempo que, no obstante, son marcados por la presencia/ausencia del espacio fundamental para la mujer.

Es importante observar que el tiempo, así como el espacio, son producidos al largo de varias expresiones sucesivas que componen el "encuentro etnográfico", y portanto, al largo de otro tiempo. Dependen entonces del contexto de la conversación, que se puede limitar o no al discurso público.

El tiempo, por otro lado, no fue hablado por las mujeres como algo en sí, más que para hablar/pensar sobre ellas mismas. No se habló sobre el tiempo, pero sí sobre las mujeres a través del tiempo. Para verse en el presente, ellas se ven en el pasado. Es como si el tiempo fuese un espejo que muestra una imagen invertida, pues presente y pasado tiene señales opuestas. En el caso, parafraseando la conocida imagen antropológica, el tiempo es "*mirror for women*".

El tiempo, relacionado a la representación que hacen las mujeres sobre sí mismas, surge a través del espacio. Hace un tiempo que hubo en el pasado, lo **antiguamente**, tiempo en que no se tocaba ni un cabello de la mujer. Era sobretodo

el tiempo en que existía un espacio, las **suestras**, una época que "siempre fue así", que marca el contraste con el presente, en la relación con los hombres. Trabajadoras en el pasado; "perezosas" hoy. Respetadas en el pasado; agredidas hoy.

El tiempo, en cualquier lugar, puede ser construido de diferentes maneras, pues él es siempre contextual. No creo que se pueda hablar sobre la concepción del tiempo de esa o de aquella sociedad, pero sí sobre las concepciones. Asimismo las mujeres pueden percibir el tiempo de distintas maneras, dependiendo de lo que tienen en vista. El tiempo histórico aquí considerado no es el único tiempo que perciben. Existe también, y hoy más que ayer, el tiempo diario, en el cual alquilan sus variadas actividades, así como aquellas de sus hijos. Desde este punto de vista, las mujeres "tienen menos tiempo" que los hombres. En el contexto de las relaciones de género, sin embargo, el tiempo histórico es pensado básicamente a través del espacio, y este es un espacio de género. La **abundancia** se derivaba de la existencia de las **suestras**; el **respeto** se debía al hecho de las mujeres ejercer el cultivo en esas mismas **suestras**.

Se puede decir que el tiempo histórico, irreversible, es construido por subtracciones. **Antiguamente** era el tiempo marcado por la presencia del espacio fundamental para la mujer, y el movimiento temporal es percibido por la pérdida sucesiva de ese y de otros espacios donde se hacía la actividad femenina. Es interesante observar, por ejemplo, que el manglar sólo fue referido cuando se habló de su pérdida, sea por la privatización o por la contaminación. También sólo se habló de las **suestras** para resaltar su desaparecimiento. Si el tiempo es una manera de pensarse, el espacio también lo es, pues cada espacio es un dominio, y el transcurrir del tiempo, del punto de vista femenino, fue diferente para mujeres y hombres. Para las mujeres, el tiempo transcurrió por la pérdida de espacios específicos que ellas articulaban en un espacio total. El espacio de los hombres, sin embargo, permaneció constante, pues, sí la tierra se tornó **cautiva**, el mar continuó **tierra libre**. Para ellos, no hubo pérdida del espacio; lo que ocurrió fue

un cambio de los hombres dentro del mismo espacio, alcanzados por la **ambición**. El que ya es otro componente de la percepción del tiempo: en lo que concierne a los hombres (vistos por las mujeres), permaneció el espacio y cambió la naturaleza intrínseca de la persona; en lo que concierne a las mujeres, permaneció su naturaleza, y cambió el espacio.

Además del tiempo irreversible, existe otro, reversible, o cíclico. En las palabras de las mujeres ese tiempo es referido al espacio de los hombres: es el tiempo dado por la conjugación entre la naturaleza del mar y las actividades de los hombres. De un modo general, el año se divide entre un tiempo de pesca y otro de no-pesca así como en períodos definidos por la especificidad de la actividad pesquera. Tal como el espacio y el tiempo histórico, también el tiempo cíclico se constituye inicialmente por una gran oposición, enseguida mediatizada por otras menores. Se podría también especular sobre sí en el pasado no existieron dos tiempos cíclicos complementarios: uno, referido a la tierra y a la agricultura, y otro referido al mar y a la pesca, aunque este último fuese hegemónico y constitutivo del discurso público. Es posible también que en el pasado el tiempo cíclico, que se repite siempre igual, fuese dominante, en la medida en que el pasado fuese un tiempo de reproducción simple, fundado en la predominancia del valor de uso, y un tiempo de "*histoire immobile*". Tendríamos posiblemente una aproximación con el tipo de percepción del tiempo analizada por Bourdieu (1977) con relación a campesinos de Argelia, antes del "desencantamiento" de su mundo por la historia traída por el colonizador.

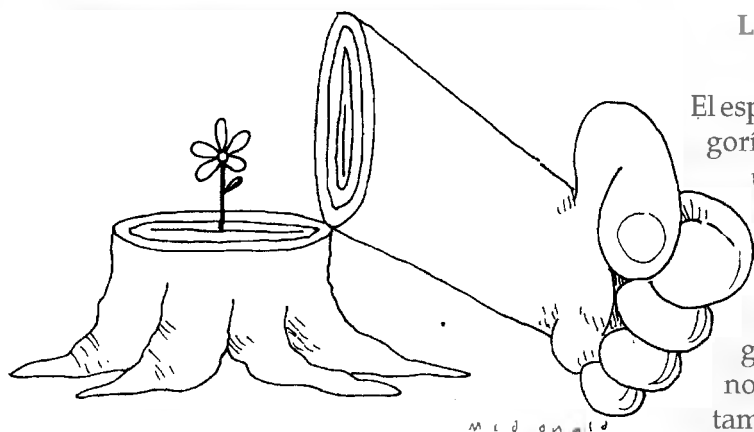
Las nociones de tiempo histórico y tiempo cíclico se aproximan de aquellas de tiempo estructural y tiempo ecológico formuladas por Evans-Pritchard (1972). Por tiempo ecológico él se refiere a secuencias temporales que emergen de la relación con el ambiente natural, no como imposición inmediata de la naturaleza, sino como representación socialmente construida, porque, en términos sociales, no existe una naturaleza en sí, sino una naturaleza culturalmente aprendida.

LA MUJER Y EL AMBIENTE EN LA "GRAN TRANSFORMACIÓN"

El espacio de las mujeres no es apenas una categoría cultural del pensamiento. El es también un ambiente. Este ambiente es un espacio total compuesto por espacios específicos articulados entre sí por las actividades de la mujer. Los datos etnográficos, y la síntesis de esos datos expresada en los gráficos presentados, revelan que la mujer no sólo articula relaciones sociales, sino también relaciones espaciales. La historia de esas mujeres es, en buena parte, la historia de la desarticulación de esos espacios.

Si el espacio es un ambiente, un ecosistema, él no es apenas un ambiente natural, dado, es más un ambiente cognitivamente aprendido y culturalmente construido. Como ambiente construido, es un espacio "significado", cuyo uso social le atribuye un sentido. La noción de ambiente incluye, entonces, las relaciones sociales y la cultura que hacen de la "población" de ese ecosistema una sociedad. Si la historia es dada por la desarticulación del ambiente construido, ella es también el proceso de atribución de nuevos significados al espacio, de nuevos usos sociales, y del desplazamiento social de los agentes tradicionales. El cambio ambiental significa la alteración de las relaciones con el espacio, de los hombres entre sí, y de las mujeres con los hombres en función de ese espacio. Si el espacio verifica los marcos de referencia que poseen significado, constituyendo un tiempo estructural, la historia, desde el punto de vista femenino es el encogimiento y la degradación del espacio/ambiente.

El tiempo ecológico fue como invadido por el tiempo histórico. Con las transformaciones ocurridas, un nuevo ritmo cíclico se está juxtaponiendo a aquel constituido por la interacción con el mar. Se trata del ritmo impuesto por la presencia intensa de veraniantes y turistas. Estos son, ahora, parte del ecosistema, si lo concebimos no apenas como relaciones naturales sino también sociales. Además de una safra de pescados, existe ahora también una "saffra" de turistas, y estos contribuyeron, como se vio, para



Las variaciones productivas del tiempo ecológico implican el reordenamiento a lo largo del año de las relaciones con la naturaleza, y de las relaciones sociales en ellas envueltas. No me interesa aquí considerar esa dimensión cíclica, que fue analizada por Caldas Britto (1989) con relación a otros pescadores brasileños.

La noción de tiempo estructural se refiere a una manera de pensar el tiempo, basada en puntos de referencia que poseen significado para determinados grupos, proyectando en el pasado relaciones sociales del presente.

El tiempo estructural sería entonces relacionado a la identidad del grupo. El énfasis de mi estudio sugiere, sin embargo, que sí hay puntos significativos de la historia percibida, accionados para la construcción de la identidad del grupo como un todo —y, como fue visto, el todo es frecuentemente confundido con los hombres— los hay también para la constitución de la identidad del género.

Las mujeres se ven frente a los hombres en un proceso que transita de la complementariedad para la dependencia, en la medida en que en el tiempo se substraen espacios. En esa perspectiva, los marcos temporales son marcos de la transformación del género, que sólo existen frente a otro género. El otro contraste construido por el tiempo/espacio no es otro grupo, sino otro género del mismo grupo, así como las personas de hoy de aquel mismo lugar, por la proyección en el pasado de la experiencia del presente. La alteridad, aquí, emerge del tiempo.

modificar la condición social de la mujer, además de haber alterado el ciclo anual de actividades de la comunidad como un todo.

El turismo es parte de un gran movimiento de capital. **Veraniantes** y **turistas**, impregnados de fantasías "ecológicas", buscan el contacto con la "naturaleza pura" y con nativos "auténticos" ...apenas para volverse componentes de un nuevo ecosistema, y agentes de transformación del ambiente que existía antes de su llegada. Alteraron el espacio de la población "auténtica"; ocuparon hasta sus casas; introdujeron una nueva concepción de tiempo, en la medida en que trajeron un nuevo "sabor" dado menos por la relación con la naturaleza que con el mercado; sedujeron a las jóvenes del lugar. Forman parte del proceso global de integración a un nuevo orden económico. De un lado, la industria turística se juntó a la agroindustria en la expropiación de espacios básicos de la mujer. Del otro, los turistas cambiaron a las personas del lugar. Buscando reencontrar el paraíso perdido en sus ciudades, corren el riesgo de construir el infierno para los "auténticos" del lugar, repitiendo lo que ya ocurrió en otras localidades "paradisíacas" (Cf. Bindá, 1989; Caldas Britto, 1989). Por más "alternativos" que se piensen, son parte del proceso que alteró el movimiento del tiempo y la organización del espacio/ambiente.

Ese movimiento que cambia el tiempo por cambiar el espacio puede ser visto como la realización en escala local, y con su especificidad propia, de la "gran transformación" de que habla Polanyi (1971), lanzando las personas en una nueva orden gobernada por el "nexo monetario". También en esos lugares se inventó el mercado, en la medida en que la tierra y el trabajo —a los cuales podríamos agregar las casas de las familias locales— ganan nuevos significados bajo la forma de mercancía. Comenzando con el "enclosure" de las antiguas **sueltas** y pasando por la privatización (que se agrega a la contaminación) de los manglares; por la creciente hegemonía de la captura de la langosta sobre la pesca; por la transformación de la pesca a través de nuevas tecnologías, y con ellas, sino la transformación **del** espacio del mar, **en el** espacio del mar; y por el turismo, la antigua simetría y

autarquía relativas, condición de la reciprocidad, del valor de uso y de la comunidad, en un tiempo que no se pensaba en economizar (Cf. Bourdieu, 1977), cedieron lugar a la **ambición** del nuevo tiempo, que es dinero, un tiempo **extraño**.

A lo largo de ese proceso, las relaciones entre hombres y mujeres se alteraron, como fue visto. De una relación de complementaridad se pasó a una relación de dependencia de las mujeres para con los hombres. Si **antiguamente** las mujeres eran corresponsables por la **abundancia**, hoy ellas "comen de la mano del marido", como dijo una esposa del lugar.

Eso coloca una contradicción: la "gran transformación" significó el paso de una agricultura de subsistencia para otra, de mercado, cuando en el espacio de la **roza** de las mujeres, dirigida fundamentalmente para el consumo familiar y para circuitos de reciprocidad, fue instalada la agroindustria según el modelo de "plantation". Las tradicionales balsas fueron siendo substituídas por las embarcaciones a motor, aumentando la productividad del trabajo. En ambos casos ocurrió una expansión de las fuerzas productivas. La captura de la langosta trajo consigo un nuevo "ethos" de trabajo, con la individualización y el espíritu de ganancia monetaria. El "nexo monetario" pasó a gobernar esferas crecientes de las relaciones sociales. En resumen, aquellas comunidades pasaron por un proceso de modernización, transitando de la "Gemeinschaft" para la "Gesellschaft", del estatus para el contrato, de lo tradicional a lo moderno. Sin embargo, esa modernización, en el ámbito local, no trajo consigo la "emancipación de la mujer", como debería ocurrir según una teoría más general. Por el contrario, trajo la dependencia y la desvalorización de la mujer.

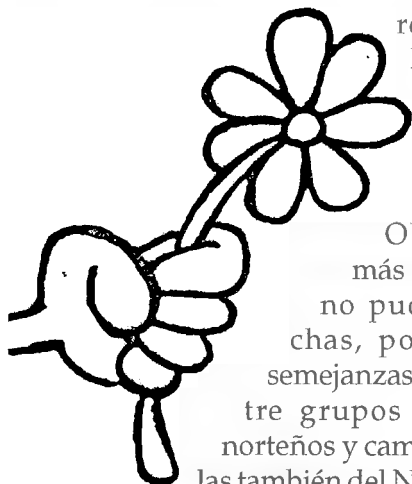
La continuidad de la historia podrá deshacer lo paradójico estableciendo nueva coherencia entre relaciones de producción y condición femenina. Supone la teoría general que el ingreso de la mujer en el mercado de trabajo traiga consigo su liberación, pero todo depende de la naturaleza de ese mercado. Hasta ahora, sin embargo, este no parece ser el caso para la mayoría de

las mujeres en las comunidades estudiadas. En estas, como fue visto, la mujer siempre fue parte integrante de la fuerza de trabajo. No apenas gerenciaba el consumo de la familia, como también realizaba la producción de alimentos y de insumos para la pesca. Se encontraba, por lo tanto, fuera del mercado de trabajo, ya que la fuerza de trabajo no era mercancía. Hoy, ella ya se encuentra en ese mercado; sin embargo, se percibe subordinada al hombre.

Mirando su pasado, las mujeres ven su condición de entonces como siendo una condición que se podría llamar de **complementaridad equilibrada**, transformada para la mayoría en **dependencia subordinada**. Esa transformación resulta de la invasión del espacio/ambiente por fuerzas sociales externas al "mundus" de las comunidades locales. O sea, de la subversión de significado de espacio/ambiente.

Además del ambiente espacial, es necesario considerar también aquel otro que Dumont (1972) llamó de "ambiente ideológico". La mujer, como dijo, siempre participó de la fuerza de trabajo. Pero el concepto de fuerza de trabajo es un concepto "objetivo", además de ser parte de un discurso "moderno". Se podría decir que la mujer trabajaba, desde el punto de vista de la noción "subjetiva", o "tradicional" de **trabajo**, posiblemente restringida al universo del hombre? Ellas eran, sin duda, percibidas por estos últimos como "muy trabajadoras". Tal vez en esas comunidades operase una oposición

análoga a aquella registrada por Maués (1977) entre **trabalha-deiras** y **camarados** (mujeres y hombres). Observaciones más detalladas, que no pudieran ser hechas, podrían revelar semejanzas o cotrastes entre grupos "pescadores" norteños y campesinos agrícolas también del Noreste, en cuanto a la categoría **trabajo** y su re-



lación con la construcción ideológica del género.

La noción de "ambiente ideológico" sugiere que, si examinamos la relación entre el todo y las partes, talvez sea posible pensar la situación pasada como habiendo sido la de una "complementaridad jerárquica".

La clasificación del espacio, oponiendo el mar a la tierra, es central para la identidad del grupo como un todo, y corresponde a la oposición hombre/mujer. Ella no es una oposición simétrica, pero sí jerárquica, pues implica relacionar la parte con el todo. Más que una oposición lógica, es una oposición ideológica.

Comunidades "pescadoras" se oponen tradicionalmente, como un todo, a las comunidades de agricultores (inclusive como tomadores, pero no donadores de mujeres), y en esa oposición la pesca era (y continúa siendo) pensada como "superior", desde el punto de vista de los pescadores. En el interior de la comunidad "pesquera" la pesca igualmente se opone a la agricultura, como el mar a la tierra y el hombre a la mujer.

Pesca y agricultura, hombre y mujer, pueden ser pensados como complementarios, pero en una relación de complementaridad desigual frente a un todo. Las respectivas actividades ocupan posiciones no apenas distintas pero sí jerárquicas, si son vistas en relación con ese todo. En este sentido, se puede decir que la actividad del pescador, o sea, del hombre, es completa y guarda una analogía con la posición del *bra^mane* en la jerarquía de los "varna". No se trata, de ninguna manera, de establecer una equivalencia entre relaciones de "varna" en la India y relaciones de género en las comunidades aquí estudiadas, pues hay evidentes diferencias lógicas, ideológicas y sociológicas entre los dos modelos. Con todo, la jerarquía de los "varna" es "buena para pensar" la relación de género.

La complejidad del *brāmane* está en hacer a otros estudiar y estudiar; hacer a otros sacrificar y sacrificar; dar y recibir ofrendas (Cf. Dumont, 1972:108). La actividad del hombre-pescador es completa porque él "es" la comunidad total,

pues la identidad masculina constituye la identidad del grupo. Hay una analogía, pues, en la relación del *bra^mane* y del hombre-pescador para con sus respectivas totalidades. Sí, en las comunidades estudiadas, tanto las actividades del hombre como las de la mujer fueron necesarias para la reproducción social del grupo, y reconocidas como tales, eran no obstante diferentes. Si la complementariedad era equilibrada, era también jerárquica, y era, como aún es, la actividad del hombre que hacía la especificidad de esos grupos.

Mostré como la mujer fue "incluída" en el hombre, como su "brazo", cuando las tierras **sueltas** fueron privatizadas. Pero, del ángulo que tomo ahora, podría decir que la mujer siempre fue "incluída", en la medida en que el hombre "es" la totalidad. Aquello que engloba es más importante que lo englobado, así como el todo es más importante que las partes en sociedades tradicionales. La complementariedad era, entonces, entre englobante y englobado.

Así como en el modelo de los "*varna*", la división del trabajo separa pero también unifica, porque ella se vuelve para el todo. No se trata de una división de trabajo "moderna" entre individuos, pero sí entre categorías de género, que sólo existen una con relación a la otra y de ambas, desigualmente, para con el todo pensado a partir de uno de los polos de la oposición. Es un sistema de prestaciones y contra-prestaciones que unifica los géneros en el todo, mientras que en el discurso público una de las partes es convertida en ese todo.

En una paradoja aparente, si había jerarquía había también autonomía, desde el punto de vista de las mujeres; sobretodo, había **respeto**. La paradoja no es mayor de lo que aquella del agregado de la hacienda tradicional que, no obstante "incluído" en el patrón, se piensa como **libre**, en contraposición al asalariado cuya fuerza de trabajo es "liberada" por el capital, pero que es pensado como **cautivo**. Se me ocurre también la descripción hecha por Guimaraes Rosa de un bando de bandidos del Grande Sertaõ, Veredas llamados de "los Hermógenes", confundidos en el patrón.

Vale recordar aún la homología en la India entre la relación de "*varna*" y la oposición puro-impuro, igualmente jerárquica, y especular sobre una relación análoga entre hombres y mujeres en las comunidades estudiadas.

La relación puro-impuro/hombre-mujer es común en el Brasil tradicional (y en toda la tradición civilizatoria de la cual forma parte), inclusive en grupos "pescadores" (Cf. Peirano, 1975; Maués, 1977), expresándose en la concepción del cuerpo y en prescripciones/proscripciones alimenticias. Se relaciona, por cierto, con la construcción bíblica del género —Eva como parte de Adán y ambos diferencialmente "localizados" frente al Creador— y con la oposición entre la mano derecha y la mano izquierda (Cf. Dumont, 1972). Vale especular también sobre como actuaría la oposición puro-impuro una vez "liberada" de su relación con la complementariedad tradicional de género. Y como queda ahora la totalidad, con la emergencia de la categoría **langostero**, eminentemente individualizante, entre los hombres; imprimiendo nuevo "*ethos*" al grupo, al lado de la individualización del trabajo femenino, aunque éste se inscriba, como fue visto, en un contexto de patronaje, que ciertamente no configura un modelo "moderno".

Finalmente, es necesario establecer ciertas relativizaciones. Una dice respecto a la noción de complementariedad. Considerada desde el punto de vista de la familia, la relación hombre-mujer, cuando ésta es ama de casa apenas, y no productora autónoma, es también complementar. La actividad de la ama de casa es central para la reproducción de la familia y de la fuerza de trabajo tanto en grupos campesinos como en la clase trabajadora urbana. Además, en el campesinado norteño es el propio honor del **padre de familia** que depende del no-trabajo de la mujer. Allí es el respeto, del punto de vista del hombre que se ve amenazado en caso que la mujer trabaje, pues el **trabajo** es una categoría referida apenas al hombre. El equilibrio reposa allí en la complementariedad entre la roza, espacio masculino, y la casa, espacio femenino, y en la ausencia de la mujer del primero; de él

depende que la mujer sea ama de casa. La complementariedad es por lo tanto contextual, y es en el contexto de los grupos aquí estudiados que debe ser visto el pasaje percibido por las mujeres de una complementariedad considerada equilibrada para una dependencia vista como subordinada.

Los cambios registrados en aquellas comunidades no significan el pasaje de una "economía natural" para otra, de mercado. Relaciones de mercado siempre existieron; lo que se puede decir es que ellas son hoy más importantes que ayer. No se pueden minimizar las transformaciones que hicieron de la tierra y del trabajo mercancías, que produjeron una reorientación del valor de uso para el valor de cambio, afectando tanto el mundo de los hombres como el de las mujeres. Del mismo modo, las personas no son inmutables; nuevas circunstancias engendran nuevas prácticas, nuevas disposiciones y un nuevo "habitus", al mismo tiempo estructurado por ella, y estructurante de la historia (Bourdieu, 1980).

Algunos hombres dejaron de ser pescadores para volverse langosteros, apropiándose así de los nuevos tiempos. Algunas mujeres se volvieron gerentes de negocios familiares dirigidos para el lucro, apropiándose de la nueva "vida" introducida por el turismo en la cotidianidad del grupo, o sea, dando un nuevo significado al tiempo ecológico, o cíclico. Otras, más modestas, se limitan a trabajar como empleadas domésticas. Esa reorientación puede ser pensada como una respuesta social de adaptación al nuevo ambiente ecológico-social, que es también un nuevo momento de su historia. Se establece entonces una nueva complementariedad que, en el primer caso, tenderá probablemente a acentuar la diferenciación social, pero que, en el segundo caso, que corresponde a la mayoría de las mujeres, no restableció la **abundancia** ni trajo de regreso el **respeto**; por el contrario, convive con la violencia contra la mujer.

Apesar de los cambios, hasta ahora esas comunidades continúan pensándose como de pescadores. Su identidad, desde este punto de vista,

no se alteró. La situación de las mujeres, no obstante, y su auto-imagen cambiaron bastante³.

Según Antonio Carlos Diegues (comunicación oral - Seminario "La Mujer No Urbana y la Pesca", Natal, 1989) el impacto de las transformaciones ecológico-sociales sobre la mujer y la familia, aquí estudiadas, ocurrió de modo semejante en varias comunidades de pesca artesanal del litoral brasileño.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, A. 1981 - "Roça, pesca e renda: trabalho feminino e reprodução familiar". *Boletim de Ciências Sociais* nº 23 (págs. 21-32)
- BINDA', A.H. 1989 - *Nativos e Abastados. Dissertação de Graduação. Departamento de Antropologia, UnB.*
- BOURDIEU, P. 1977 - "Réproduction Simple et Temps Cyclique". In *Algérie 60: Structures Économiques et Structures Temporelles. Éditions de Minuit, Paris*, (págs. 19-43).
- CALDAS BRITTO, R.C. 1989 - *Modernidade e Tradição. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Agrícola, UFRRJ.*
- CHAYANOV, A.V. 1966 - *The Theory of Peasant Economy. Homewood, Illinois.*
- CRONIN, C. 1977 - "Illusion and Reality in Sicily". In SCHLEGEL, A. - *Sexual Stratification: a cross cultural view. Columbia University Press, Nova York*. (págs. 67-93).
- DANTAS CARNEIRO, S. 1979 - *Terra Liberta. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, UnB.*
- DUMONT, L. 1972 - *Homo Hierarquicus. Paladin, Londres.*
- EVANS-PRITCHARD, E.E. 1972 - *The Nuer. Oxford University Press, Nova York, Oxford.*
- FARIS, J. 1972 - *Cat Harbour; a Newfoundland fishing settlement. Memorial University of Newfoundland, University of Toronto Press, Toronto.*
- GALESKI, B. 1975 - *Basic Concepts of Rural Sociology. Manchester University Press, Manchester.*

³ Transformaciones ocurridas en una comunidad de pescadores, también en Rio Grande do Norte, pero en contexto urbano, fueron estudiadas por Garda (1985).

GARDA, L. 1983 - *A Família e a Mudança Social*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais, UFRN.

GEERTZ, C. 1973 - *Islam Observed*. The University of Chicago Press.

LEACH, E. 1974 - "Dois ensaios a respeito da representação simbólica do tempo". In *Repensando a Antropologia*. Editora Perspectiva, S. Paulo.

MAUE'S, M.A. 1977 - *Trabalhadeiras e Camarados*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, UnB.

NATIONS, M.K. & REBHURN, L.A. 1988 - "Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect". *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 12, 2 (págs. 141-200).

NEMEC, T. 1972- "I Fish with my Brother". In ANDERSEN, R. & WADEL, C. (Eds) - *North Atlantic Fishermen*. University of Newfoundland Institute of Social and Economic Research.

OMOHUNDRO, J.T. 1985 - "One Potato, Two Potato". *Natural History*, Vol. 94, 6 (págs. 22-29).

PEIRANO, M. 1975 - *A Reima do Peixe: proibições alimentares numa comunidade de pescadores*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia, UnB.

POLANYI, K. 1971 - *The Great Transformation*. Beacon Press, Boston.

ROSALDO, R. 1980 - *Ilongot Headhunting 1883-1974: a study in society and history*. Stanford University Press, Stanford.

SAHLINS, M. 1980 - *Historical Metaphors and Mythical Realities: structure in the early history of the Sandwich Islands kingdom*. The University of Michigan Press.

SCHEPER-HUGHES, N. 1984 - "Infant Mortality and Infant Care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil". *Social Science and Medicine*, Vol. 19, 5 (págs. 535-546).

TEPICHT, J. 1973 - *Marxisme et Agriculture*. Armand Colin, Paris.

TEIXEIRA DA SILVA, F.C. 1981 - *Camponeses e Criadores na Formação Social da Miséria*. Dissertação de Mestrado, Departamento de História, UFF.

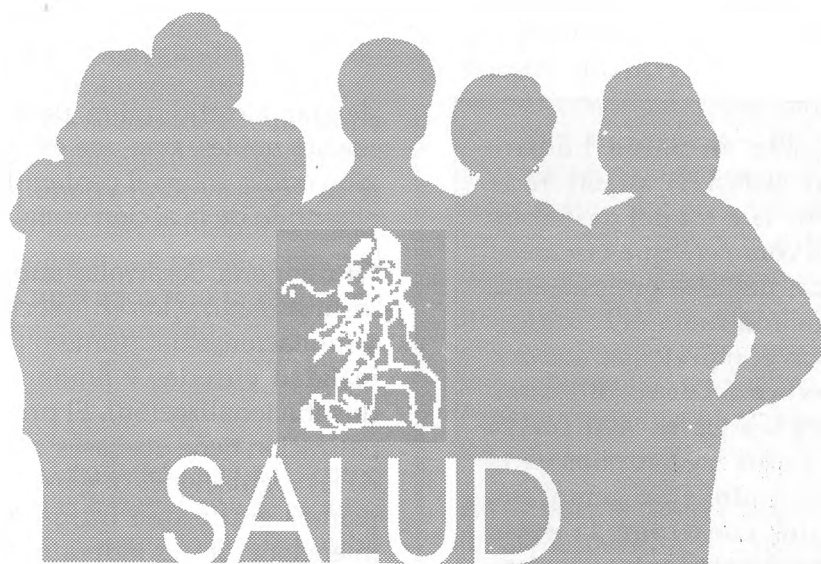
WOORTMANN, E.F. 1981 - *Sitiantes e Roceiros*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, UnB.

WOORTMANN, E.F. 1983 - "O Sítio Camponês". *Anuario Antropológico/81*. Edições Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro (págs. 164-203).

WOORTMANN, K. 1986 - "A Comida, a Família e a Construção do Gênero Feminino". *Dados*, Vol. 29, 1 (págs. 103-130).

WOORTMANN, K. & WOORTMANN, E.F. 1990 - "Amor e Celibato no Universo Camponês". *Textos NEPO nº 17*, Campinas (págs. 1-90).





en Síntesis

Esta sección está dedicada a promover discusión sobre temas claves del sector salud. En esta ocasión pensamos necesario incluir nuestras reflexiones sobre el concepto de promoción de la salud. Lo incluimos en un número dedicado a la salud reproductiva y sexual, porque la promoción de la salud no es simple y puede ser controversial, pero es necesario pensarla y ponerla en acción a través de todos los temas que sobresalen en el quehacer cotidiano.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: *desarrollo en el contexto multicultural*

Dr. Manuel Chávez Borjas
POSAP\FCMUNAH

El Postgrado en Salud Pública (POSAP\UNAH) asume la temática de la ética del desarrollo para proponerla como eje que oriente el marco conceptual del área programática clave del sector salud como es la salud y el desarrollo. Con ello pretendemos que se aborde la temática del desarrollo como categoría global y la ética no como fuerza ciega implícita en los mecanismos de la economía de mercado, sino como una ética crítica que cuestiona la ética normativa que predomina entre nosotros y que se reconceptualicen los términos de esa ética para contribuir a la construcción de valores que alienten un proyecto nacional en el que se coloque como centro de la acción social y de la formación de personal; la promoción de la salud.

En esta síntesis vamos a definir qué pretendemos asumir como desarrollo, como salud, la conexión de salud — desarrollo y por último la promoción de la salud y su conexión con la formación de personal profesional en el contexto multicultural hondureño.

DESARROLLO:

Es una categoría que implica a los procesos en los que se van configurando para la humanidad las instituciones del futuro (sociales, políticas, económicas, culturales, etc.). Para lograrlo se emprenden decisiones y acciones en dominios

de gran incertidumbre, para las que no bastan ideales nobles, sino una ética concreta de reflexión crítica sobre el contenido de los valores y el sentido de la acción social.¹

La categoría desarrollo implica el proceso de institucionalización en la sociedad. Las virtudes y limitaciones del primero (desarrollo) son en realidad virtudes y limitaciones del segundo (institucionalización). El proceso de institucionalización tiene dos fases²: 1) La conformación de las regulaciones (reglas) como estructura de primer grado que introduce el orden a las intenciones de los individuos en la sociedad. 2) Esto genera un segundo grado de la estructura, que se basa en la diferenciación social que se impone a través de grupos específicos que se benefician, a partir de la regulación de las intenciones de otros grupos subordinados. Así, las instituciones se constituyen con esa doble dimensión, tanto las instituciones de fachada jurídica y administrativa, como el comportamiento institucional espontáneo que se realiza en la interacción inmediata entre las personas. O sea, que tenemos tanto instituciones formales, jurídicamente constituidas, como instituciones espontáneas en la interacción cotidiana, y a esas las denominamos instituciones culturales. Por esa razón, porque el desarrollo es el proceso de institucionalización, y porque el proceso de

¹ El concepto de ética del desarrollo está desarrollado por Goulet, D. en *Ética del desarrollo*, 1995.

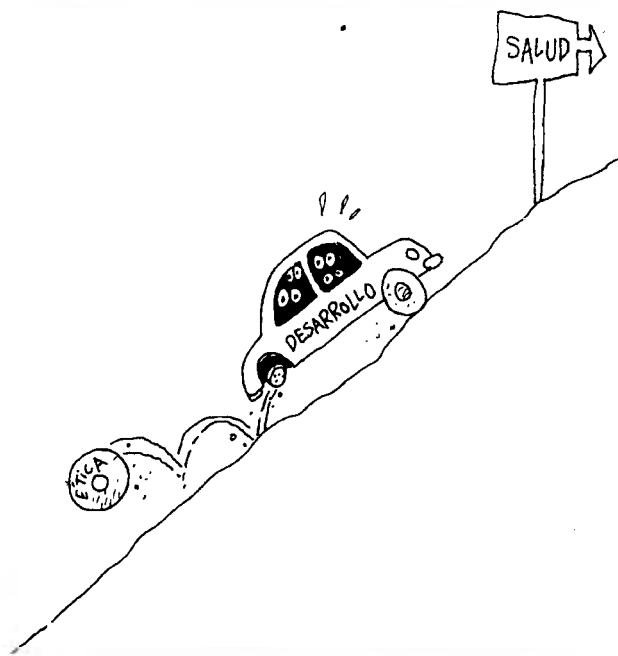
² Ver al respecto de las estructuras de primer y segundo grado, F. Hinkelammert en *Ideologías del desarrollo y dialéctica de la historia*, ENU, 1970.

institucionalización es la introducción de regulaciones (reglas) que mediatizan el comportamiento social, el desarrollo siempre implica una ética, que se corresponde tanto a la estructura de primer grado como a la de segundo grado aludidas

El proceso de institucionalización es complejo y es por eso que la categoría de desarrollo se descompone en diversos conceptos que expresan múltiples dimensiones de los procesos que implica. Así, se puede hablar de desarrollo económico, desarrollo político, desarrollo cultural, y cada vez se van agregando nuevas dimensiones como desarrollo sostenible, desarrollo humano, etc. En las sociedades de mercado como la nuestra el concepto de desarrollo económico es el leitmotiv (motivo guía) de la categoría de desarrollo. Este concepto hoy está colocado como ideología que no sólo coloca el papel decisivo del mercado, sino la reducción del estado a su mínima expresión.

SALUD:

La categoría de salud podemos pensarla como un estado de bienestar integral que se alcanza dentro de un entorno³ coherente que lo posibi-



³ Sobre la categoría de entorno ver al respecto diversos textos de la colección *Promoción de la salud: una antología*, OPS\OMS, 1996.

lita. Ese entorno es causa y consecuencia de la cooperación (solidaridad inmediata y espontánea) entre los individuos en la sociedad, razón por la que les afecta tanto en la esfera privada, como en la esfera la pública de la vida. Siendo la enfermedad y otros factores de displacer, manifestación de la salud. El entorno se refiere a lo que nos envuelve y nos contiene en cada una de nuestras partes y a nuestra totalidad como individuos y como sociedad. Por tanto, el entorno implica la coherencia entre los aspectos internos y externos de nuestras vidas que posibilitan la salud como un resultado de nuestro quehacer diario. Por esa razón nos vamos a referir al entorno en plural, o sea, como entornos internos y externos. La coherencia implica a todas las orientaciones que expresan la magnitud del profundo sentimiento de que los entornos internos y externos de cada uno de nosotros son predecibles y, por tanto, que hay grandes probabilidades de que todo vaya bien como es posible y razonable esperar. Es decir, la posibilidad se vuelve razonable gracias a la coherencia con que realizamos la vida en la sociedad.

En síntesis, la salud involucra no sólo el estado de bienestar integral, sino entornos, cooperación, coherencia, racionalidad.

La conexión entre salud y desarrollo⁴:

A medida que los procesos del desarrollo avanzan, se impone un mayor nivel de regulación o de institucionalización de la vida en la sociedad. La salud, ya sea en su estado de bienestar o de malestar es la expresión concentrada de las decisiones tomadas en la ruta del desarrollo. La salud se nos aparece, entonces, como medio y como fin en la operativización de la categoría global de desarrollo.

Una manera de traducir la categoría de desarrollo para su manejo técnico es denominarla como desarrollo integral. Esto mantiene la integralidad de la categoría y la posibilidad de colocar la construcción de valores como descentralización, democratización, equidad, etc. como

⁴ El concepto de conexión salud-desarrollo está expuesto en la antología *La conexión salud-desarrollo*, OPS\OMS, 1995.

impulso de entornos y ambientes saludables en el contexto de amplias políticas de promoción de la salud.

La reducción de la categoría desarrollo al concepto de desarrollo económico instrumentaliza la salud para fines de políticas parciales que incrementan los riesgos de la población. La regulación (o sea, el proceso de institucionalización) en el contexto de una política de economía de mercado es manipulación y consolidación de pequeños intereses en el sentido de la segunda fase a la que aludimos arriba. Es decir, en la consolidación de la estructura de segundo grado; la de los intereses que se imponen en función de la diferenciación social.

El trabajo en salud en el contexto de nuestro nivel de desarrollo, requiere que saquemos los pies del mercado y los coloquemos en la ética del desarrollo integral para ser coherentes y evitar el riesgo del malestar de nuestros comportamientos y el dolor de las mayorías.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de promoción de la salud⁵ ha tenido éxito institucionalmente porque se nos aparece como una guía práctica frente a la salud de la población. Es una práctica de la teoría de la salud pública que fue generada en países industrializados que tienen un extenso y profundo acervo reflexivo. Fue trazado hacia nuestros países como una posibilidad que empuja la estrategia de salud para todos. En ese sentido ha devenido bandera de muchos gobiernos en el mundo. Quizá porque vivimos un momento en el que la promoción como categoría de pensamiento y acción social se está traduciendo en muchos conceptos operativos como: Promoción de prácticas y valores democráticos, promoción y protección de los derechos humanos, promoción de la prosperidad mediante integración económica, promoción de valores culturales, promoción de los derechos de los habitantes, etc. Es un momento en que se clama como impe-

rativo de pasar de la necesidad a los derechos y con la promoción se completa la labor de la protección de los derechos ciudadanos.

El concepto de promoción de la salud tiene un potencial insospechado porque promoción es la acción con y entre personas mediatizadas (intermediadas) por diversos aspectos de los procesos sociales que caracterizan una comunidad determinada. De allí que la promoción de la salud involucre una acción comunicativa que pone en juego diversas dimensiones de las formas de reproducción cultural local. Por eso la guía práctica a la que aludimos tiene un contexto que no puede ser empírico, sino profundamente reflexivo también entre nosotros (para que no nos neguemos una dimensión humana tan importante a la que nosotros también tenemos derecho), porque de lo contrario el éxito retórico del concepto puede ser políticamente poco eficaz.

Para el tratamiento nacional del concepto hay tres posibilidades que se pueden vislumbrar:

- 1) La promoción de la salud orgánicamente concebida, lo orgánico, no por su sentido biológico, sino por la lógica de su inserción en el cuadro de las relaciones sociales. Es propia de los países industrializados, donde la calidad y la cobertura de la atención es producto de un profundo proceso de institucionalización de los sistemas de salud, de manera que la alta calidad es parte del sentido común o del habitus local.
- 2) La promoción de la salud como fomento de la participación ciudadana, en América Latina, Asia y en menor grado en África. Esta tiene que devenir de un cuestionamiento profundo del statu quo y la movilización profunda de las sociedades locales en una acción comunicativa que sea capaz de acompañar los demás procesos de democratización de nuestras sociedades. En este sentido la promoción de la salud es el fomento de la ciudadanía en el contexto nuevo de los procesos de democratización. Cada paso en el proceso de democratización es fomento directo para la salud de los pueblos y como tal requiere de un programa que se inserte con claridad

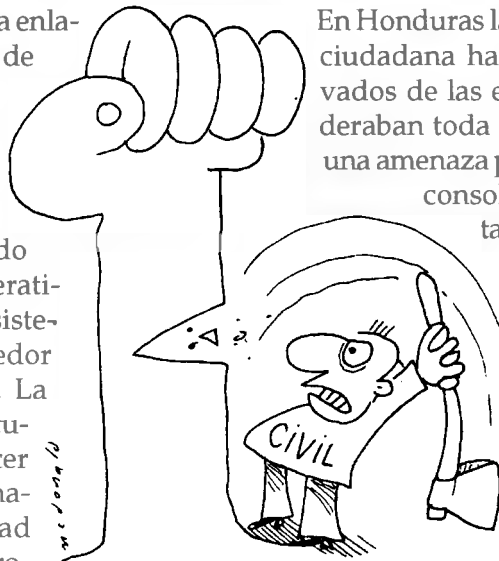
⁵ Una amplia exposición del concepto de promoción de la salud está en la colección *Promoción de la salud: una antología*, OPS/OMS, 1996

y de manera estratégica para enlazar con los demás procesos de democratización.

- 3) La promoción de la salud como acto burocrático. Toma la promoción de la salud como bandera, vaciando de contenido sus áreas operativas, convirtiéndolas en un sistema retórico de lemas alrededor de lo saludable o lo sano. La postura burocrática es oportunista porque parece obedecer mandatos globales gubernamentales, pero en realidad boicotea el proceso de apropiación ciudadana y de posicionamiento en el proceso de democratización. Verticaliza los procesos de descentralización institucional y no da acceso a la comunidad para la autogestión que requiere la promoción.

En Honduras una postura orgánica no es posible, simplemente no tenemos las condiciones. Podemos evitar el riesgo de una postura burocrática, aunque no hay vacunas contra ello. Nos queda como posibilidad la promoción de la salud como fomento de la participación ciudadana, asumiendo a la comunidad, en la medida de lo posible como una comunidad de ciudadanos o contribuyendo al proceso de construcción de esa comunidad, desde el campo de la salud.

Las cinco estrategias de la promoción de la salud que propone la carta de Ottawa, contienen de manera implícita la participación, pero no la organización de la participación. Fue posteriormente con la formulación en Europa de los proyectos de escuelas promotoras y de ciudades sanas, donde aparecen las redes de la promoción, que tienen como centro el intercambio y la generación de un efecto sinérgico. Estos proyectos funcionan en el contexto de una promoción de la salud concebida orgánicamente. En el contexto de una promoción de la salud que fomenta la participación, hay que pensarse las múltiples formas organizativas que tienen que estimularse.



En Honduras la promoción de la organización ciudadana ha tenido muchos riesgos, derivados de las estrategias estatales que consideraban toda organización social civil como una amenaza para la seguridad nacional. Esto consolidó la organización como un tabú. En los años sesenta, como producto del conflicto social, se abrió camino la organización reivindicativa que resultó en sindicatos, ligas campesinas y patronatos de barrios. Este tipo de organización fue primero confrontada por el Estado y posteriormente corporativizada durante los años setenta. En

los años ochenta fue de nuevo confrontada hasta reducirla a su mínima expresión. En la década de los noventa sobreviven por inercia, pero no son más las formas organizativas que estimulen la autoayuda, la reivindicación y la participación comunitaria y ciudadana. Desde mediados de los ochenta empezaron a surgir nuevas expresiones organizativas reivindicativas desde los grupos étnicos y los movimientos de género, especialmente mujeres y homosexuales.

Con el proceso de democratización el fomento de la organización de ciudadanos en la comunidad es una tarea esencial, pero tiene que vencerse el temor y los prejuicios heredados de la era anterior. Para la promoción de la salud en nuestro país es estimulador y fomentador de la salud la construcción de nuevas formas organizativas que promuevan el paso del reconocimiento de la necesidad al ejercicio de los derechos ciudadanos. Esto se puede traducir, en el campo de la salud, en la promoción de asociaciones locales de usuarios del sistema de servicios, del seguro social, de los centros de salud, hospitales, etc. con el fin de contribuir a elevar la calidad de estos servicios. También se pueden promover las asociaciones de vecinos por la calidad de vida, asociaciones de enfermos, etc.

Las posibilidades son muchas y es una tarea impostergable para hacer viable un programa de promoción de la salud que fomente la participación ciudadana como clave esencial de la conexión de la salud y el desarrollo.

FORMACIÓN DE PERSONAL

La formación del personal de salud incide en el proceso de fomento de la participación ciudadana y por ende en la promoción de la salud, si se toma en cuenta tanto una concepción amplia de la conexión de la salud y el desarrollo en el contexto multicultural de nuestro país, en el que hay que distinguir por lo menos los siguientes aspectos:

- 1) La formación de personal en salud tiene como contexto un país multicultural, en el que hay por lo menos dos grandes expresiones de esta dinámica multicultural:
 - a) Existencia de grupos culturalmente diferenciados al nivel de constitución étnica: indígena y afro.
 - b) Existencia de grupos sociales con expresiones culturales configuradas a través del tiempo y en la diversidad social generada en los procesos históricos nacionales: grupos rurales y grupos urbanos.
- 2) La diversidad cultural de los grupos sociales en Honduras se ha configurado a través de múltiples relaciones de dominación - subordinación que implantó el colonialismo español durante tres siglos y los dos siglos del período post-independiente han mantenido como característica general la continuidad del proceso de pérdida cultural de los grupos culturalmente diferenciados. La formación de personal de salud se inserta en ese macro proceso donde la pérdida cultural se concretiza como la fragmentación cultural de la realidad de los grupos diferenciados.
- 3) La occidentalización de la cultural local, por encima de las culturas indígenas y afros, se transformó en una versión dialectizada del referente cultural cristiano-europeo que se impone como universal. Los elementos de contenido de la formación del personal de salud se colocan también en una versión local que trata de responder tanto a las exigencias del referente universal como a las necesidades locales. Por ejemplo la estructura jerárquica vertical predominante en el sector salud, es una combinación de las formas éti-

cas impuestas en Europa y las variaciones del autoritarismo local derivado del proceso de dominación - subordinación colonial con sus implicaciones de clase, etnia y género imbricadas. Es muy fuerte la tendencia social de que quienes estudian medicina son sectores sociales con ciertos niveles de ingresos y se impone la hegemonía masculina en el modelo médico. Quienes estudian enfermería son en su mayoría mujeres, y hay una fuerte inserción de estudiantes de origen étnico afro y misquito.

- 4) La población étnica de origen indígena no se inserta en la formación de personal de salud porque la exclusión sociocultural de que ha sido objeto en el proceso de dominación —subordinación no posibilita que la población indígena se inserte con su propio acervo a procesos institucionales conducidos por otros grupos sociales del país. El sentido de la pérdida entre los indígenas es todavía mayor que en los otros grupos culturalmente diferenciados y la diferenciación social y cultural interna en todos los grupos indígenas en Honduras es profunda y se marca mucho la distancia entre estratos indígenas. Las posibilidades de inserción indígena en cualquiera de las opciones educativas y de capacitación en salud tiene como puente aquellas formas culturales que devienen del proceso



de occidentalización (es decir de las formas de dominación cultural que comparten con otros grupos sociales) y no de las formas y valores culturales no-occidentales.

- 5) Las instituciones de los grupos sociales que soportaron la pérdida cultural (indígenas, afros, campesinos, etc.) en la medida que perdieron se asimilaron en otra versión dialectizada de lo cristiano-europeo. Es por ésta razón que a veces el conflicto cultural entre grupos étnicos y otros grupos diferenciados tiene que ver más con la relatividad de sus posiciones frente a procesos o eventos comunes. Un ejemplo de esto es evidente en el consumo de chicha entre los lenca. La chicha tiene una función en los rituales agrarios lenca, pero esto ha derivado en dos situaciones diversas: 1) El consumo enfermizo de la chicha que induce al alcoholismo a muchos indígenas, generando un consumo sin el soporte del ritual y al mismo tiempo posibilitando la proscripción del ritual por otros grupos. 2) Sacerdotes de la Iglesia Católica en Intibucá descontextualizaron el uso Lenca de la chicha y generalizaron la proscripción de los rituales.

Algunos defensores de la cultura lenca compararon el consumo de la chicha al consumo del vino en la misa católica, con el agravante de que el sacerdote local había introducido una pequeña industria de vino de papa que de acuerdo a los indígenas conducía al alcoholismo también. En el conflicto de las interpretaciones locales la chicha y el vino se enfrentaron como dos valores culturales locales en el que provincialmente el vino con el prestigio europeo producía más valor, pero fuera de la versión provinciana, el vino de papa comercializado no alcanzaba el prestigio del vino (estilo europeo). La chicha frente al vino aparecía como un valor cultural desvalorizado, pero el vino de papa, frente al vino de uva europeo y fuera del contexto de provincia o del "interior" es tan desvalorizado como la chicha a escala local. De esta manera el relativismo cultural de los grupos sociales se cierra en un círculo local de interpretaciones que necesitan tolerarse mutua-

mente para compartir espacio y tiempo en el ciclo de la vida de las generaciones que se suceden en ambos grupos socio-culturales.

La inserción de los programas de formación en salud (en cualquiera de sus niveles) si se hace en el contexto de la comunidad étnica se sumerge en la disputa entre los valores culturales de los grupos diferenciados. La incorporación de esos valores culturales es conflictiva porque son valores comunes o semejantes, pero colocados en el contexto dialectizado de cada grupo cultural y en consecuencia con un significado cultural controversial en el ámbito local.

- 6) El personal de salud de origen étnico (garífunas, afro-inglés y misquito) que accede a los centros de formación académica (Facultad de Ciencias Médicas) lo hace con la experiencia de su vida cultural postergada como visión de su mundo. En la carrera de Enfermería hay un intento por levantar esa postergación con un nuevo plan que contiene algunos elementos de reflexión sobre las diferenciaciones culturales. Allí se ve la necesidad de incorporar tanto en la visión como en la misión de la formación académica el componente cultural, pero de tal manera que de acceso a los grupos culturalmente diferenciados, a incorporarse con la libertad de insertarse con su experiencia de vida y su cosmovisión cultural. Los individuos de las poblaciones étnicas que acceden a la carrera de enfermería lo realizan sobre la base de su esfuerzo personal o familiar e ingresan en el proceso de enseñanza-aprendizaje como seres incógnitos, algunos de ellos negando su identidad étnica.
- 7) La dinámica multicultural del país necesita ser reconocida y asimilada en el sector salud en todos sus niveles, para posibilitar la emergencia de una práctica imbuida de pluralismo cultural que de cabida al pluralismo médico y la valorización de las iniciativas de los grupos diferenciados, como iniciativas ciudadanas que legítimamente pueden proponer innovaciones en el sector salud.

POSAP

Postgrado en Salud Publica

Inicia la IV Promoción en febrero del 2000



*Le invitamos a participar
de las múltiples actividades
que se realizan como
parte de la proyección de
las(os) estudiantes
y del personal docente.*



Esta sección presenta en esta ocasión la síntesis de la tesis de una alumna de la segunda promoción del Postgrado en Salud Pública. Es una tesis dedicada a analizar cómo es afectada la identidad durante la vida adolescente a través de la sexualidad y el género, bajo la influencia de los medios de comunicación.

SEXUALIDAD Y GÉNERO

*en la vida adolescente**

M.Sc. Emilia Alduvín de Planells

CONTEXTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

El proceso salud-enfermedad, visto en su perspectiva más amplia, demanda para su estudio, de una conceptualización del fenómeno que considere la importancia de costumbres e influencias de naturaleza cultural que son determinantes para la adopción y mantenimiento de patrones de comportamiento y formas de pensamiento que los condicionan.

El caso de la Salud Sexual y Reproductiva no es la excepción. Los procesos de salud —enfermedad en el ámbito sexual y reproductivo, tanto de hombres como de mujeres son expresión de las diferentes formas de vivir la propia sexualidad, y en el caso de las mujeres adolescentes, está signada además por la óptica de género predominante, es decir, la forma particular que en cada sociedad asume la relación entre los sexos.

Como forma de expresión de esta relación entre los sexos, se ha desarrollado en nuestra sociedad occidental, la industria cultural. Los videos musicales, como ejemplos característicos de dicha industria cultural, funcionan como mediadores para los adolescentes en su proceso de aprehender la cultura e insertarse en la sociedad a través de procesos que es necesario estudiar a profundidad para conocer su incidencia sobre aspectos tan complejos como el manejo de la sexualidad.

El presente estudio analiza cuál es el papel que juegan los videos musicales en el manejo de la

sexualidad de las adolescentes estudiantes universitarias. El elemento de cotidianeidad que ostentan los medios de comunicación y, en el caso de las adolescentes, los videos musicales, constituyó en este estudio la vía regia para abrir discusiones y debates sobre las diversas proyecciones sobre la sexualidad que presentan los mismos, así como las diferentes percepciones e interpretaciones que ellas atribuyen al fenómeno, lo que representó un elemento valiosísimo de aprendizaje sobre sus propias vivencias y significaciones que sustentan y respaldan sus actuaciones en materia de sexualidad.

Los objetos de estudio fueron, tanto los videos musicales mismos, que son transmitidos por los canales de televisión locales y de cable en la búsqueda de modos de representación de género, y por otro lado, 58 adolescentes universitarias de entre 16 y 22 años de Ciudad Universitaria en Tegucigalpa, Centro Universitario Regional del Norte, CURN en San Pedro Sula y Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico, CURLA en la ciudad de La Ceiba, todas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH, durante el primer semestre del año 1998, quienes participaron voluntariamente.

Las técnicas utilizadas fueron el Análisis de Contenido para estudiar los videos musicales, tanto en lo concerniente a la letra de las canciones, como a las imágenes emitidas y los Grupos Focales para documentar la significación, implicación emocional y dinámica generada para la toma de decisiones sobre el manejo de la sexualidad.

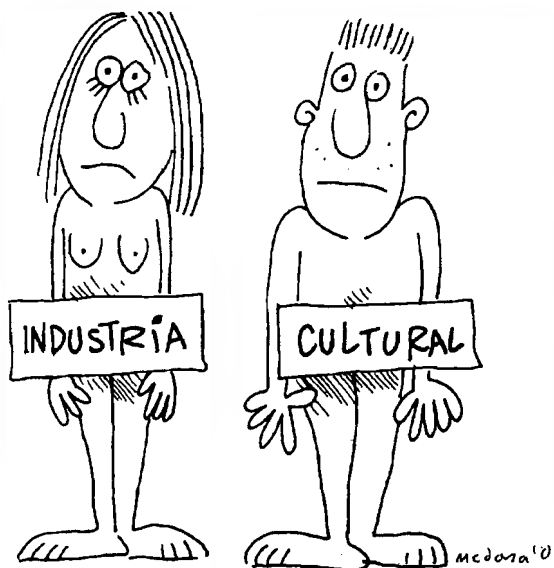
Para el procedimiento de análisis se trabajó con una combinación de métodos en los que se

* Resumen del trabajo presentado como tesis, previo a la opción del grado de Magister en Salud Pública, con el título: "Videos musicales y Sexualidad: Géneros y Género". 1998.

utilizó la Inducción Analítica, así como un método de Análisis Hermeneútico, considerando los elementos proporcionados por la fundamentación teórica, y el Análisis de Versiones, a partir de una guía de discusión semi-estructurada, elaborada al efecto, identificando los códigos en procura de una síntesis de temas y categorías. La argumentación de la experiencia vital de las adolescentes plasmada en sus discursos se utilizó a manera de ilustración de las conceptualizaciones elaboradas, a través de las citas textuales obtenidas en los grupos de discusión.

LA LÓGICA DE LA INDUSTRIA CULTURAL

Dentro de la industria cultural, la música popular tiene un sitio privilegiado. Poderosa maquinaria económica, la industria de la música se pule y refina en la actual era tecnológica en la que se habla de hiperrealidad, o sea, la saturación de información a que se ve sometida la sociedad. Los medios de comunicación masiva, por tanto, vienen a constituirse en mediadores/mediatizadores para poder aprehender la complejidad y neutralizar la angustia que provoca un mundo inmanejable. Como plantea García Canclini (1990), la industria cultural ofrece matrices de organización/desorganización de las experiencias vividas.¹



En el caso de los/las adolescentes, las compañías disqueras han venido explotando desde hace varias décadas los seculares problemas del amor, la pasión y más recientemente los problemas generacionales. Los que tradicionalmente se han considerado como acontecimientos normales, se han convertido últimamente en temas a explotar, dadas sus sorprendentes posibilidades comerciales.

Cada una de estas propuestas musicales presenta una forma diferente del ser mujer, así como una forma diferente de reaccionar ante el sino que la sociedad le confiere a la mujer joven: su reacción ante la pareja, que en la época de la adolescencia representa un tema tan vital y que se ve reflejado, tanto en las letras de las canciones populares, como, de forma más patente, en las imágenes difundidas a través de los videos.

Morin (1962) sostiene que la cultura al constituir sistemas de símbolos, valores, mitos e imágenes, es reforzada y a la vez modificada por la cultura de masas, la cual, aunque obedece a una lógica de producto industrial, debe vincularse con el público y establecer el consumo cultural. El vínculo privilegiado que permitirá esta mediación es la misma estructura del imaginario, sus modelos y formas arquetípicas,² temas míticos y personajes tipo, de tal forma que **la industria cultural "reduce los arquetipos a estereotipos"**³

La riqueza e importancia de los arquetipos reside, pues, en su capacidad subyacente de plasmar en forma sintetizada todo el cúmulo de valores, sufrimientos y alegrías que nacen de nuestras experiencias cotidianas y que, por tanto, permiten al público fruidor ese momento de éxtasis que se vive al ver proyectado parte de uno mismo a través de la pantalla.⁴

La riqueza e importancia de los arquetipos... permite al público ...ver proyecta-

² Jung, C. G. (1912) usó el término arquetipo para definir símbolos que despiertan emociones y tienen un significado constante en diversas sociedades. Key, W. B. Seducción subliminal. (1989, 98).

³ Morin, E. (1962, 19) en Wolf, M. Op. Cit. (1987, 114).

⁴ Gubern, R. Op. Cit. (1974, 214-215).

¹ García Canclini, N, Culturas Híbridas (1990, 61).

do parte de uno mismo a través de la pantalla.

Fue hacia los años cincuenta de este siglo que surge en la industria cultural, un estereotipo de mujer que vendría a revolucionar y dar un empuje insospechado a la industria cultural, el prototipo "good-bad", o sea la muchacha al mismo tiempo inocente y provocativa; ambas facetas reunidas en una misma figura, liberando de esa forma una inmensa carga erótica que inundó las pantallas y el imaginario de los espectadores.⁵ El estereotipo de la muchacha inocente cargada de erotismo ha probado ser de lo más rentable, tanto al nivel cinematográfico como en la industria de la canción.

La industria de la música popular y por ende la de los videos musicales, al igual que otras formas de manifestaciones artísticas, también está constituida por géneros, siendo los más populares en nuestro medio el género "pop" o romántico, el género salsa y de música tropical y el género rock, con algunas propuestas del llamado "rock alternativo".

A través de los videos musicales de cada género se pueden advertir los diferentes estereotipos con que se proponen los roles de la mujer, siendo una constante en todos ellos, el tratamiento altamente erótico del cuerpo femenino y las situaciones de deseo que provocan en algunos casos, y en otros la exhibición más explícita de comportamientos abiertamente sexuales de sus participantes; pero presentando sus variantes en cuanto al tipo de relación que los participantes en la historia del video tienen entre sí, notándose un rol más sumiso de la mujer en los del género romántico, como objeto sexual en los del género salsa, mientras que en el género rock las poses son más poco convencionales.

A través de los videos musicales... se pueden advertir los diferentes... roles de la mujer, siendo una constante... el tratamiento altamente erótico del cuerpo femenino...

El proceso de proyección/identificación del espectador hacia la estrella que le permite

⁵ Morin, E. Las estrellas de cine. (1966, 31-32).

apropiarlo y asimilarlo, se manifiesta en dos vías: una proyección/identificación amorosa dirigida a una pareja del sexo opuesto y otra identificación hacia un "alter ego", es decir, una estrella del propio sexo y edad similar. En ambas circunstancias, las consecuencias en cuanto al comportamiento sexual pueden manifestarse en una sucesión interminable de parejas sexuales en busca de la "pareja ideal" o de un sucedáneo en la búsqueda de la propia identidad, ya que el vivir ese proceso en pareja permite manejar la angustia que provoca.⁶ Ambas situaciones pueden, por tanto, constituirse en lo que se denomina conductas sexuales de riesgo.

Otra manifestación del fenómeno de proyección/identificación con los artistas se da al seguir con verdadera pasión los hitos de su vida sentimental. En consecuencia, las opiniones, actitudes y comportamientos de las estrellas que viven en su mundo de glamour puede ser una pauta a seguir por las adolescentes, sin discernir que las condiciones y motivaciones de unas y otras son diferentes y obedecen a realidades distintas que por lo regular no son analizadas antes de tomar decisiones sobre aspectos de su comportamiento como puede ser el manejo de la sexualidad.

Los roles de género que se proyectan a través de los medios de comunicación vienen a constituirse tanto en símbolos culturales, como en elementos de identidad subjetivos que al ser asimilados por el público, condiciona relaciones de poder entre los sexos de una manera sumamente sutil.

El estudio del consumo de los medios debe llevarnos más allá de determinar un contenido por parte del investigador, sino más bien en indagar cómo es el acercamiento de los fruidores ante las propuestas en interacción con todo el bagaje simbólico particular de esa comunidad conocida como los receptores.⁷

⁶ Aguirre, A. Psicología de la adolescencia. (1994, 190-192).

⁷ Charles, M. Universos y diferencias desde las consumidoras. (1993, 57).

Surgen entonces, considerando la óptica del sujeto como espectador personal, unas nociones, quizás hasta ahora soslayadas o minimizadas en algunas corrientes de estudio de los *media*, las nociones de *deseo* y de *placer*, involu-cradas en el proceso de fruición, las cuales aparentemente son tan obvias que es difícil imaginar que han sido tan tenazmente evitadas; sin embargo, son las que nos permiten dar cuenta de procesos inexplicables desde la óptica de otras corrientes más "globales".

SEXUALIDAD FEMENINA: UN JUEGO CON DADOS CARGADOS*

Dentro de la corriente psicoanalítica francesa, al estudiar el *deseo* y el *placer* en la sexualidad femenina, Dolto (1984) plantea que la evolución sexual sana de la mujer depende del refuerzo narcicístico que le pueda proporcionar el reconocimiento de su belleza y atractivo por parte de una pareja significativa y el peligro que entraña una herida narcicística provocada por un fracaso erótico. Deja entrever también la mayor importancia afectiva que para la mujer representa la concesión de su cuerpo a su pareja y la carga de expectativas que conlleva la relación sexual para ella.⁸

Casi desde su aparición, la teoría psicoanalítica no tuvo una buena acogida por parte del movimiento feminista de la época, sin embargo, fue posteriormente que ha sido puesta en tela de juicio y explicada en otras formas el por qué de su prevalencia, a través de los novedosos escritos de Michel Foucault sobre la sexualidad y más recientemente de una pléyade de escritoras feministas que tienen su base en el agudo análisis de Gayle Rubin sobre el tráfico de mujeres y que diera origen a lo que actualmente se conoce como *Sistema Sexo/Género*.

Foucault (1976, 1984) plantea a través de su obra, una genealogía de la sexualidad amparada en su muy particular forma de concebir cómo se generan y articulan las relaciones de poder en

la sociedad occidental. Alude a la sexualidad como un *dispositivo* generado al interior de la misma sociedad con propósitos definidos de control social que se objetivan a través de los cuerpos.

Con la hegemonía del sistema capitalista en la sociedad en que nos desenvolvemos, y en consonancia con las leyes del mercado, el sexo se ha convertido en una mercancía más, cuya rentabilidad está en función de la regulación precisa que dicha industria logre realizar entre el deseo y el placer de la audiencia, dependiendo de los cánones que rigen la moral sexual de determinada sociedad.

Este elemento de poder que proviene de una lógica económica de mercado, no se agota en esa instancia; obedece y está inscrita en una dinámica de poder mayor que mantiene y perpetúa la moral social: **la condición opresiva de la mujer en la sociedad.**

Tal estado de cosas, al amparo de las funciones fisiológicas y sociales de los sexos, en la mujer ligadas a la reproducción, y en el varón a la producción, dieron paso a la sistematización de prácticas organizadas por sexo en las que, raramente se evidenció algún tipo de cuestionamiento al respecto. Fue con el surgimiento de los pensadores de la Época de la Ilustración, cuando se comienza a hablar sobre derechos sociales, que se plantean las primeras ideas sobre el hecho, curiosamente invisible, que las mujeres, como parte de la especie humana, también tenían derechos.

Después de más de dos siglos de lucha feminista, y no obstante los avances obtenidos en el nivel organizacional; en el área teórica existían ciertos vacíos en cuanto a categorías que permitieran, no solamente caracterizar la condición de subordinación de la mujer, sino ir más allá en su carácter explicativo y político. Fue cuando Gayle Rubin (1976) escribe su famoso ensayo *El tráfico de las mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*, cuando el movimiento feminista recibe un espaldarazo de naturaleza teórica que le ha permitido a través de la propuesta de la categoría de Género, articular planteamientos más sólidos en pro de la liberación de la mujer.

* Parafraseando a Dolto, F. *En el juego del Deseo*. (1983).

⁸ Dolto, F. *Sexualidad femenina: Libido, erotismo, frigidez*. (1984, 84-85).

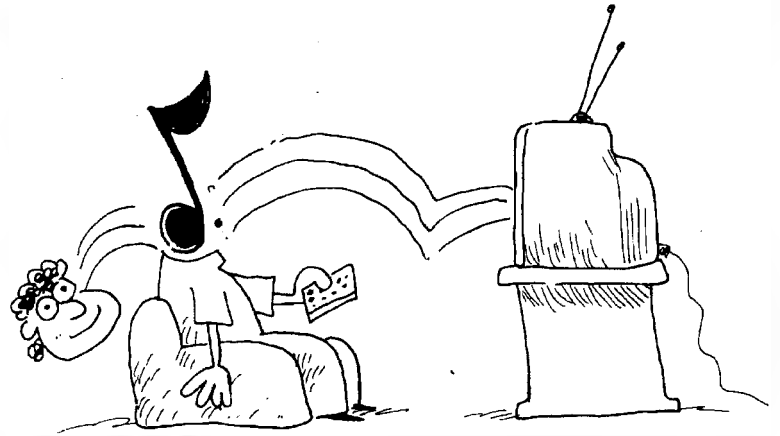
Rubin plantea llanamente, que el sexo, tal y como es concebido en la actualidad: deseo, identidad de género, fantasías; es un producto social, es decir, que la forma en que se han organizado los mundos sexuales, obedece a una lógica de opresión,⁹ en la que sobresale específicamente la opresión de la mujer por el hombre.

VIVENCIAS DE LAS ADOLESCENTES

A través de los resultados obtenidos con las jóvenes adolescentes, pudo evidenciarse cómo las diversas propuestas de los videos musicales son aceptadas o rechazadas en función de si satisfacen o no sus diferentes necesidades, las cuales a su vez están basadas en sus particulares entendimientos sobre sexualidad que, en la mayoría de los casos, están circunscritos a una doble moral sexual que condiciona los roles de género aceptados y las formas de relaciones de pareja concebidas.

Destacaron el hecho de que, a través de los videos musicales, se provocan emociones de diversa índole, suscitadas por la presencia de sus artistas favoritos, facilitando la potenciación de estados de ánimo y sirviendo como mediadores/mediatizadores del deseo de una forma controlada. Funcionan en su carácter de mediadores, por cuanto a través de los videos, las jóvenes pueden apreciar y adoptar las distintas manifestaciones de sexualidad que en la época actual se promulgan. Son al mismo tiempo mediatizadores debido a que no siempre es dable llevarlas a concretar, pero que al nivel imaginario juegan un papel importante en el aprendizaje y apropiamiento de las diferentes formas de ser mujer.

Las jóvenes admiten que el estímulo de las escenas eróticas en los videos musicales se aprecia en forma tan vívida que la sola contemplación de dichas escenas establece un circuito de excitación que apoya el planteamiento de Ann



Snitow (1983), recogido por Osborne (1994), en cuanto a que las mujeres también tienen sus formas particulares de pornografía que funcionan estableciendo una relación de vinculación entre lo romántico y lo físico que se adapta más a la dinámica de la sexualidad femenina. Dicho en otras palabras, en la mujer, el amor redime al deseo.

...de repente ves la caricia... aquél beso en el video tan apasionado ...que aunque solo lo estás viendo, o sea sentís."

Por otro lado, como producto de contemplar las escenas, las chicas manifiestan que se exagera un sentimiento de curiosidad por experimentar lo que ven a través de sus artistas preferidos y que, por tanto, sí consideran a los videos musicales como un elemento que incite hacia el inicio de la vida sexual.

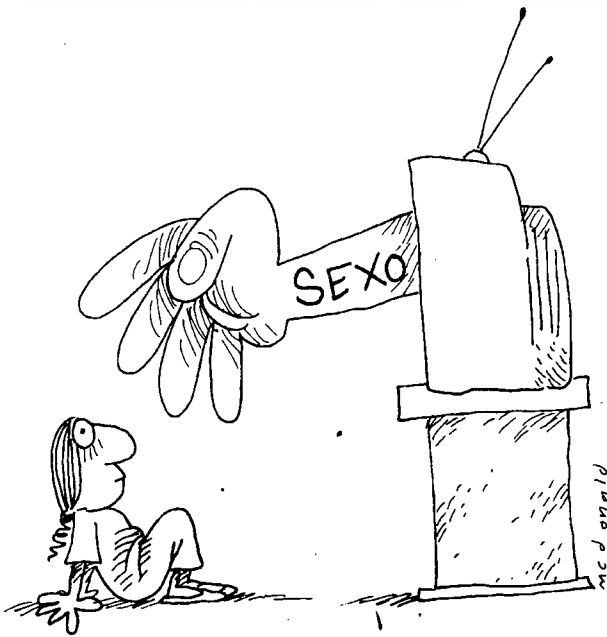
Las jóvenes evidencian tener una concepción escindida de la sexualidad. Se ve al sexo como algo separado del romance. Se tiene una convicción profunda en cuanto a conceptualizar el deseo como algo ajeno al sentimiento y se percibe la dificultad para concebirlos como elementos integrados en la sexualidad, lo cual a un nivel de toma de decisiones se puede reflejar en la ausencia de una conducta contraceptiva o de sexo seguro consciente, lo que equivale a una **"decisión inconsciente" de no protegerse de los embarazos, ni de un eventual contagio con alguna ETS.**

La palabra amor y enamoramiento se suele usar y abusar para justificar y evadir responsabilidad

⁹ Rubin, G. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. (1986, 105).

sobre conductas que tienen cabida mayormente en la lógica del deseo sexual y la curiosidad por experimentar situaciones nuevas y obligadamente tentadoras por la ola de misterio, mutismo y prohibición con que son rodeadas. Esto no puede verse tampoco desligado de la óptica de género con que Lagarde (1990) ha abordado la situación de la mujer en la juventud de nuestro medio latinoamericano, como una sexualidad expropiada, ya que las jóvenes no son dueñas de sí mismas.

Las jóvenes ilustran vívidamente la situación de frustración, confusión y dolor que se da en ellas al experimentar las presiones sutiles o directas para iniciar su vida sexual y el posterior desprecio con que son tratadas por sus mismas parejas.



"También lo que pasa, como dicen que la mujer quiere más que el hombre... Nosotras nos entregamos totalmente... y lo hacemos como una prueba de amor..."

Analizando el discurso, es importante considerar cómo el tratamiento de términos y conceptos, al tenor de una sociedad "romanticizada" puede no sólo llevar a confusiones, sino también a paralizar la posibilidad de pensar en formas alternativas de comportamiento.

La situación a un nivel familiar y general, condiciona la inexistencia de los espacios apropiados para aprender y discutir sobre temas de sexualidad,

es decir, no se le ha enseñado a la mujer a admitir, pensar, sentir, expresar y actuar, en una palabra a manejar el deseo sexual. **Se vive presa de la imagen virginal y moral tradicional desde la cual no se puede pensar en términos de persona sexuada.** Al pensar en forma escindida el romance y el deseo, no se dispone de los elementos necesarios para manejar sus manifestaciones cuando, al vivir una relación de pareja éstas, inevitablemente, se llegan a manifestar.

Ante esta incapacidad de parte del grupo familiar para hablar sobre la temática de sexualidad con las jóvenes y como un recurso salvador para no ahondar en las iniquidades de género, de parte de los entes educativos que se han visto forzados en los últimos tiempos a abordar el tema, ha surgido la noción de *autoestima*, entendiéndola como el grado de valor que le da cada quién a su persona y que se constituye, tal como es abordado en muchas actividades de educación sexual, en la varita mágica para poder manejar la sexualidad.

Noción de origen psicológico, la autoestima enfatiza en aquellos elementos de índole familiar que permiten su configuración y el grado alcanzado en cada persona. Las adolescentes la han asimilado muy bien y recurren a ella en su discurso sobre las presiones que tienen que manejar para el inicio en el ejercicio de su sexualidad, como un escudo que esgrimen cuando racionalizan sobre dichas presiones.

"Yo pienso que si mi autoestima está alta... si yo no quiero, no lo hago... Lo podré querer mucho, pero me quiero más a mí misma."

El discurso de la autoestima está enclavado y a su vez viene a reforzar la lógica de la doble moral sexual y del comportamiento de represión de la sexualidad de la mujer con fines instrumentales, ya que, **lo que en el trasfondo se refuerza con él es que la mujer es y debe percibirse como un objeto sexual, pero que a través de un comportamiento "adecuado" podrá negociar el valor de su sexualidad** que, dentro de la sociedad de doble moralidad tiene un sitio privilegiado en la institución matrimonial. Una argumentación de tal naturaleza enmascara el

fenómeno de relaciones de género, ya que responsabiliza y culpabiliza directamente a la mujer por ceder o no ante las pretensiones de su pareja.

Por otro lado, al establecerse la *dinámica error culpa castigo* al tenor del discurso de la autoestima, valdría la pena plantearse un estudio que explore la hipótesis de que **la generación de una reacción de autocastigo por la sexualidad asumida, conlleva a un embarazo consciente o inconscientemente**. Conscientemente como reedición de la sexualidad actuada prematrimonialmente en función de la valoración cuasireligiosa que tiene la maternidad en nuestra sociedad, e inconscientemente como producto de la falta de medidas anticonceptivas originadas en la misma negativa a reconocerse como personas sexualmente activas con necesidades de asumir decisiones sobre la regulación de su fertilidad.

CUERPO Y PODER: DINÁMICA DE LA IDENTIDAD SEXUAL FEMENINA

Ciertas jóvenes manifestaron que el hecho de ver videos de corte erótico en los que la mujer muestra su cuerpo en forma desinhibida y natural les hace pensar en otras sociedades donde tal tipo de conducta es más lícita, refiriendo que les hubiera gustado vivir en una sociedad similar para poder hacerlo sin ser condenadas, lo cual nos habla de un proceso de aceptación del goce sensual que provoca su cuerpo y la exhibición del mismo como forma de despertar admiración y generar poder.

En cuanto al género rock, fue mencionado mayormente como música para ser escuchada, no bailada, prefiriéndose el rock en español y atribuyéndosele características semióticas que conllevan al empoderamiento del adolescente, ya sea por la música potente y estridente, las letras de contenido afirmativo y contestatario o las escenas en las cuales su poco convencionalismo habla de dominio de la escena, es decir, denota poder de los protagonistas, el cual es conferido a su vez al fruidor al transmitirle una sensación energizante que traducen posteriormente en sentimientos de poder y agresividad.

Curiosamente, la inmensa mayoría de jóvenes que manifestaron preferir el género rock, no estaban entre las que corresponden a la típica muchacha "femenina", ni en cuanto a sus atributos físicos, ni en cuanto a su indumentaria, lo cual podría estar significando la necesidad de empoderamiento de las jóvenes carentes de los atributos de belleza que la sociedad de doble moral demanda como necesarios a ser materializados en sus cuerpos y de los cuales no pueden derivar dicho poder.

Tal pareciera, según refieren las jóvenes que manifiestan no apearse a los roles de género tradicionales, que **la sociedad ha desarrollado para las mujeres, mecanismos de control que dificultan y distorsionan cualquier intento por desviarse de los patrones establecidos en la sociedad patriarcal**, lo cual se vive en forma dolorosa por ciertas jóvenes que lo ven como un elemento limitante a su sano desarrollo. Por tanto consideran que los medios de comunicación en vez de abrir espacios para otras formas de ser mujer, más bien refuerzan los roles tradicionales de género en los cuales la mujer es vista como mero objeto sexual, reduciendo las posibilidades y perspectivas de ampliar sus horizontes.

Estas vivencias, que se perciben como perturbadoras por parte de las jóvenes, pueden conducir también a reacciones de confusión y/o rebeldía que, aunadas a un desconocimiento de cómo se definen la identidad de género y las orientaciones sexuales, puede derivar, por un lado, a una apreciación equivocada con respecto a una elección de objeto de deseo homoerótico o, por otro lado, en un afán por reafirmar ante sí misma y ante los demás su propia orientación heterosexual, a una hiperactividad sexual en la creencia de que solamente una sexualidad actuada puede afianzar una orientación poco definida, propiciando las así llamadas conductas sexuales de riesgo.

Estas vivencias... pueden derivar... a una hiperactividad sexual en la creencia de que solamente una sexualidad actuada puede afianzar una orientación poco definida...

Dentro de esta multiplicidad de maneras de actuar la sexualidad existe, sin embargo, una base común que es el entendimiento de la sexualidad en forma escindida. Esta escisión tiene varias manifestaciones: sexualidad buena y sexualidad proscrita; la primera circunscrita a la institución matrimonial y ligada a la maternidad y la otra, concebida fuera de ello. Una sexualidad para el hombre y otra para la mujer, pensadas desde una óptica biologicista inexorable y no a partir de mecanismos de índole sociocultural que han ayudado a conformarla a lo largo de la historia de la humanidad.

“CRISIS DE VALORES” ¿O GÉNERO SIN GÉNEROS?

La situación de transición moral o “crisis de valores” como se le llama en determinados círculos, se manifiesta en el discurso cantinflesco que adoptan las jóvenes, el cual no hace más que reflejar su confusión y falta de comprensión del fenómeno social que se vive y que las ubica en una posición incómoda para tomar partido ante una moral sexual que por tradición familiar han catalogado como “buena” y la realidad que cotidianamente confrontan que las hace cuestionar no sólo la prevalencia, sino la convicción de sostener dichos valores.

Aparte de la confusión y ambivalencia, se nota una actitud de inercia y falta de claridad para tomar decisiones con respecto al manejo de su sexualidad, lo cual las ubica en una posición aún más vulnerable, por cuanto **el conflicto procura evadirse al no tomar una decisión consciente ni en uno ni en otro sentido, la cual es quizás la posición más peligrosa, ya que las expone a multiplicidad de riesgos sin tomar las debidas precauciones.**

A pesar de emitir percepciones y opiniones contradictorias, las muchachas vislumbran que estamos atravesando por un momento de transición de valores en la moral sexual de la sociedad en la que perciben que dicha sociedad vista como ente abstracto, tiende a ser más permisiva con la conducta sexual de las jóvenes, lo cual se ve reforzado por los medios de comunicación, pero que, sin embargo, es en el nivel

familiar donde se encuentra la visión más tradicional sobre la doble moral sexual en la cual de hecho presionan a los varones a iniciar su vida sexual, al tiempo que prohíben y recriminan a la joven por eso mismo.

...es en el nivel familiar donde se encuentra la visión más tradicional sobre la doble moral sexual...

Más que a una crisis de valores, estamos asistiendo a un momento de transición en que la sociedad está tratando de incorporar elementos que conlleven a formas de relación entre los sexos más justas y equitativas, pero en las que no se encuentran aún los espacios necesarios y suficientes para poder hacerlo. La industria cultural en general y los videos musicales en particular, como espacio de refuerzo y perpetuación de los roles de género tradicionales, no abonan a la configuración de esas nuevas formas de relación entre los sexos que los jóvenes de hoy día están necesitando.

Las opciones que se ofrecen sobre educación sexual abordan la temática desde la óptica del funcionamiento anatomo-fisiológico, desde el dañino discurso de la autoestima y desde la óptica de los roles de género al nivel cotidiano, sin embargo, dejan al descubierto un vacío entre esos elementos, es decir, cómo esos roles de género, que no únicamente tienen que ver con la incursión en campos de estudio, o con el nivel intelectual, o con el grado de emotividad o racionalidad de unas y otros, sino con la permisividad que la sociedad confiere a unos y niega a otras para poder elaborar y expresar su deseo sexual en formas que han venido siendo fragmentadas, reduccionistas y abusivas para la mujer.

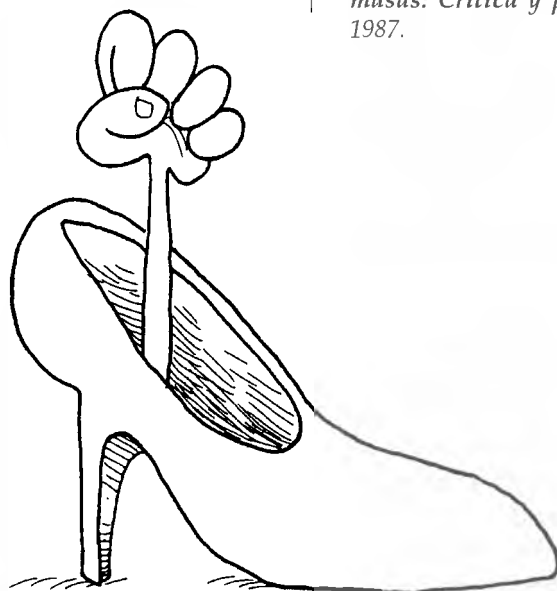
Por tanto, es necesario que los sectores de la sociedad encargados del sano desarrollo de la juventud abran espacios para que puedan germinar y desarrollarse cambios en las tradicionales formas de relación entre los sexos de la manera menos traumática posible. Es necesario trascender el momento de la ira y la impotencia, así como comenzar a pensar y concertizar que el actual estado de cosas no tiene ni debe ser incuestionable e inamovible. Es impor-

tante hacer esfuerzos para iluminar ese oscuro espacio del deseo con el propósito de tornarlo visible, desmitificarlo, aprehenderlo y poderlo manejar en forma responsable, sin concesiones exigidas con base en la presión, ni represiones obligadas a causa de su instrumentación.

Es importante hacer esfuerzos para iluminar ese oscuro espacio del deseo...

Se aprecia, sin embargo, una subjetividad emergente, aunque en forma muy incipiente, sin una estructura articulada ni una fundamentación teórica que le permita fortalecerse. Esa subjetividad, aunque basada en discursos de autoafirmación debe trascender la óptica de la confrontación y concebirse a la luz de nuevas formas de relación entre los sexos basadas en criterios más equitativos, para lo cual es imperativo, un trabajo de acercamiento al nivel masculino que permita que el trayecto hacia el cambio sea más leve, en un esfuerzo conjunto de ambos sexos.

Más allá de eso, es importante conocer los espacios de la subordinación que no se circunscriben a lo sexual, sino que trascienden a lo económico, lo político y lo social, para buscar fisuras que permitan establecer nuevos puntos de comunicación y negociación con la pareja. La categoría de Género nos permite creer, que la Utopía es posible.



BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, A. *Psicología de la adolescencia*. Ed. Alfaomega. México. 1994.

CHARLES, M. *Universos y diferencias desde las consumidoras*. En: *Memoria de Seminario-Taller: "Identidad comunicativa y propuesta alternativa para la mujer"*. Asociación de comunicadores sociales. Consejo de educación de adultos en América Latina. Programa de comunicación de la Red de educación popular entre mujeres. Lima. 1993. Pp. 57-59.

DOLTO, F. *En el juego del deseo*. Siglo XXI Editores. México. 1983.

DOLTO, F. *Sexualidad femenina: Libido, erotismo, frigidez*. Ed. Paidós. Barcelona. 1984.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad*. Tomo I. *La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores. México. 1996 a).

GARCÍA CANCLINI, N. *Culturas Híbridas*. Ed. Grijalbo. México. 1990.

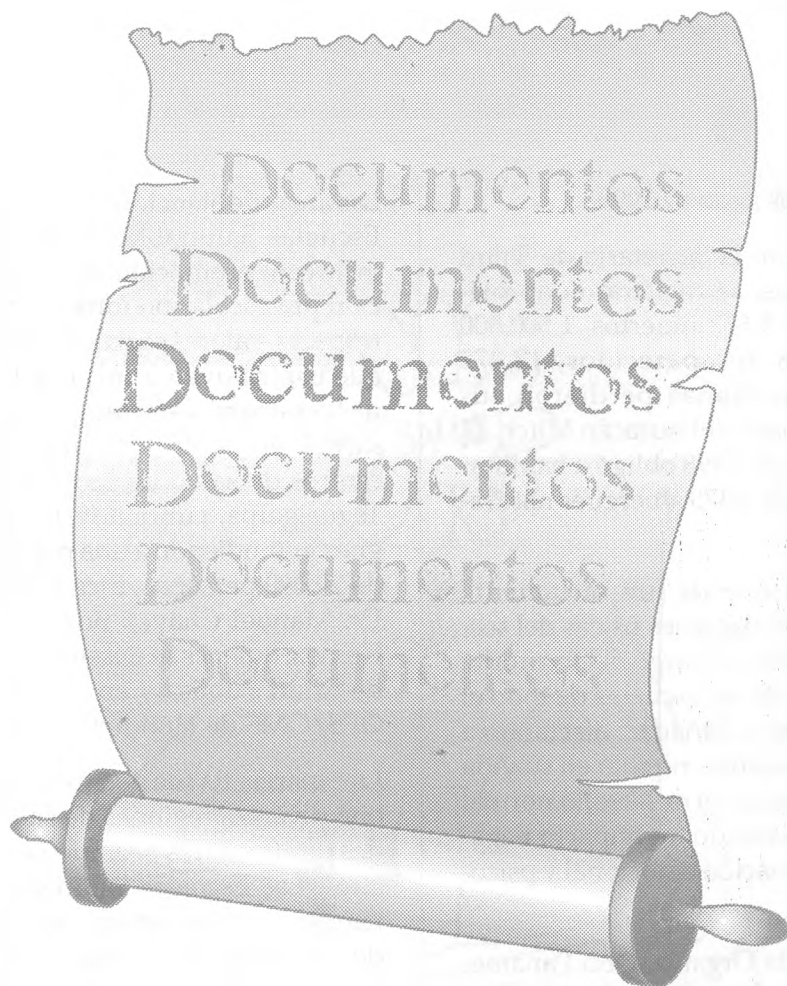
GUBERN, R. *Mensajes icónicos en la cultura de masas*. Ed. Lumen. Barcelona. 1974.

KEY, W.B. *Seducción subliminal*. Ed. Diana. México. 1989.

MORIN, E. *Las estrellas de cine*. Ed. EUDEBA. Bs. As. 1966.

RUBIN, G. *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*. En: *Nueva Antropología*, Vol. VIII # 30. México. 1986.

WOLF, M. *La investigación de la comunicación de masas: Crítica y perspectivas*. Ed. Paidós. Barcelona. 1987.



No podría faltar en nuestra revista una referencia a las experiencias vividas durante el desastre ocasionado por el huracán Mitch (1998). Así que aquí presentamos como un documento, el comunicado de prensa de la oficina en Washington de la OPS/OMS donde se refiere justamente a la importancia de las Escuelas Saludables de Emergencia (ESEM), que fue al mismo tiempo un gran concepto desarrollado, y que ha servido para que la idea de escuela saludable arranque en el país.

ESCUELAS SALUDABLES DE EMERGENCIA

alternativa del pueblo de Honduras después del Mitch

WASHINGTON, D.C., 4 DE JUNIO DE 1999.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Honduras, se registraron aproximadamente 5,657 muertos, 1,500,000 damnificados, 8,058 desaparecidos, 12,272 heridos y 285,000 personas perdieron sus viviendas debido al paso del huracán Mitch. El fenómeno de octubre de 1998 obligó a habilitar a nivel nacional más de 1,375 albergues naturales.

La infraestructura del país fue seriamente dañada, afectando instalaciones físicas del sector salud y de educación a lo largo del territorio. Más de 25 por ciento de las escuelas de todo el país fueron destruidas o dañadas, afectando a 205,318 niños y adolescentes no sólo en su vida cotidiana, sino también en el desarrollo normal de sus estudios, provocando un impacto negativo doble sobre su situación emocional y psicológica.

En coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en Honduras un grupo de instituciones civiles formuló una iniciativa a la que se adhirieron las Secretarías de Salud y de Educación. Las entidades civiles fueron representadas por el Comité Interreligioso para la Salud y la Red Nacional de Organizaciones no Gubernamentales y el *Post grado en Salud Pública*. La finalidad fue contribuir a aliviar el impacto del desastre sobre la población viviendo en albergues, focalizando acciones sobre los más jóvenes, según un reportaje aparecido en la edición más reciente de *La OPS Ahora*.

Las áreas de atención del proyecto denominado Escuelas Saludables de Emergencia (ESEM) incluyen: promoción de salud integral, educación pre-escolar no formal, toma de conciencia respecto valores sociales y actitudes y prácticas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. El proyecto se ha desarrollado dentro del área de cobertura de 10 centros de salud de la zona metropolitana de Tegucigalpa, cubriendo los principales albergues y atendiendo a una población de alrededor de 20,000 personas, dice la nota firmada por el Dr. Manuel Chávez Borjas y la M.A. Rosibel Gómez, quienes se desempeñan en el Postgrado de Salud Pública y en la Representación de la OPS/OMS de Honduras respectivamente.

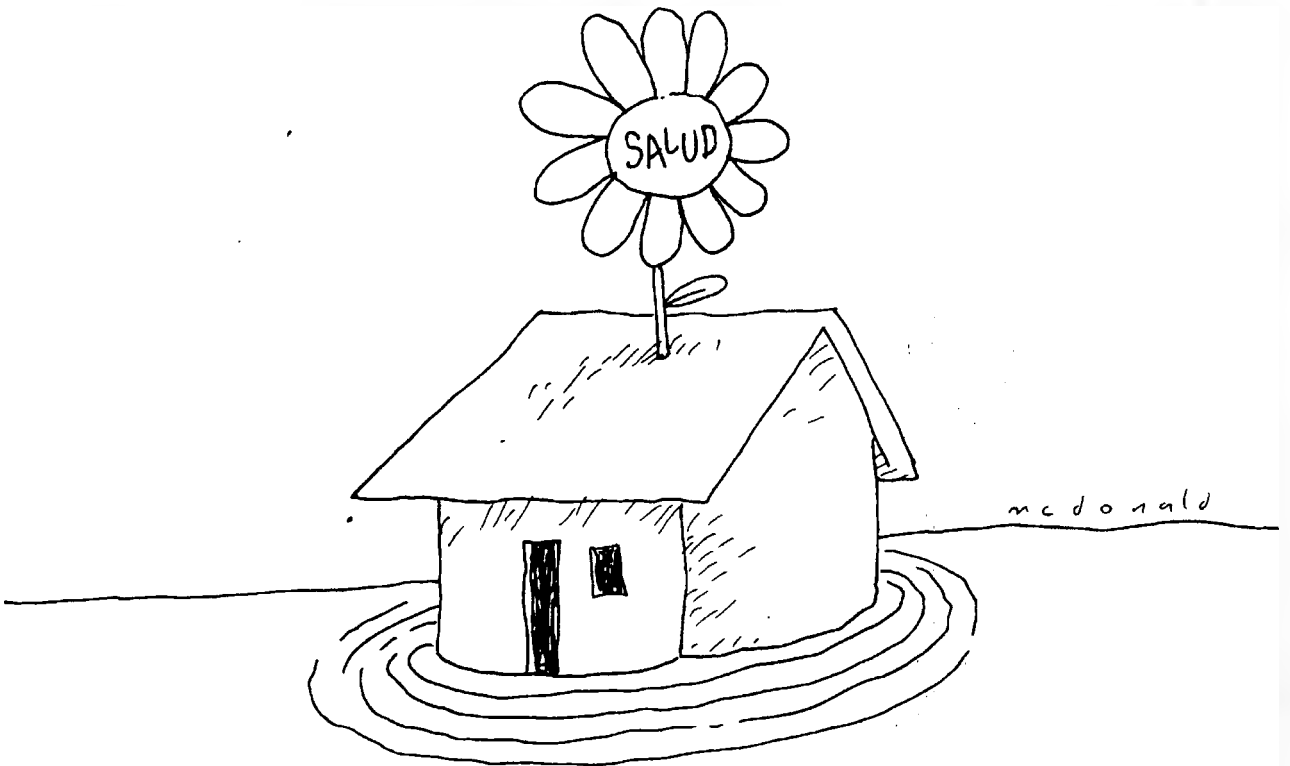
La experiencia fue positiva y estimuladora para que diversas regiones de salud en otras ciudades de Honduras promuevan actividades similares. Las Escuelas Saludables de Emergencia han llenado un espacio importante en la vida de las personas afectadas durante el período inmediato al paso del huracán. Con los niños y jóvenes se efectuaron actividades que facilitaron la manifestación de emociones; actividades que además contribuyeron a enriquecer el nivel educativo y cultural.

Los resultados obtenidos y la circunstancia que el Gobierno deberá mantener un importante número de personas viviendo en albergues transitorios durante 1999 o hasta que se logre una solución definitiva a las necesidades habitacionales otorga una dimensión especial para continuar las acciones del proyecto Escuelas Saluda-

bles de Emergencia. Ello, para ofrecer a la población alternativas para continuar reforzando el espíritu positivo y promoviendo esperanza, autoayuda y solidaridad.

Para mayor información por favor comunicarse con Eugenio Gutiérrez, Tel. (202) 974-3728, Fax (202) 974-3143, Oficina de Información Pública, email: gutierre@paho.org, <http://www.paho.org>

P.D.: También puede obtener más información en el Postgrado en Salud Pública.





allan mcdonald

Nacido en 1973, en Tegucigalpa, D.C., el 9 de octubre.

Hizo estudios primarios en la escuela de educación especial Juana Leclerc. Estudios secundarios en el Instituto La Salle, San Pedro Sula, Sociología en el Centro Universitario Regional del Norte (S. P. S.) y en la Universidad Jesuita Ignacio Loyola de San Diego, California, Estados Unidos.

Comenzó su carrera como dibujante político cuando apenas tenía 10 años de edad, en un periódico clandestino de la Universidad Nacional, a principios de los años 80. Luego consolidó su carrera profesional en Diario La Prensa de la ciudad de San Pedro Sula, donde dibujó por cinco años; hizo pausa y viaja a los Estados Unidos para terminar sus estudios y al comienzo de los años 90 regresa para ingresar al staff de Diario El Heraldo en Tegucigalpa, donde elabora un cartón por día y un suplemento semanal de dibujos políticos.

Allan McDonald ha expuesto su vasta obra por Europa, en todos los países de América Latina y en Estados Unidos.

En 1991 ganó el primer lugar en Moscú, sobre caricatura socialista. En 1993 en Cuba le otorgan la medalla de oro "Granma" por el Festival Anual de Humor, en Grecia conquista un tercer lugar en caricatura sobre política y en 1993 la Organización de las Naciones Unidas le otorga el gran premio de caricatura UNICEF.

En 1996 la Asociación Mundial de Caricaturistas con sede en New York lo incluye en el libro "Blank Lines" (Líneas Negras), editado en Inglaterra, como uno de los mejores 20 caricaturistas del mundo.

McDonald es candidato único por Honduras para el premio mundial de los Derechos Humanos, por su lucha en pro de los derechos humanos e individuales, y exponer su vida en medio de una protesta pacífica, como es el humor inteligente de McDonald. Sería la primera vez en la historia de los derechos humanos que se le otorgara este galardón a un caricaturista.

Allan McDonald actualmente es el Premio Nacional de Caricatura, otorgado por el Congreso Nacional de la República.

SIDA



no



SI **no** DA



SI



¡Cómo se hace
es lo esencial!



*¡La violencia encubierta
contra las mujeres en el ambiente
de trabajo es cinismo!
¡Atrévete, denúnciala!*





El número
TRES

de

Ixchel en debate

será dedicado a

**Desastres y contingencias:
*experiencias vividas***