



---

Gloria Rubin

## Jefatura femenina y salud reproductiva



---

## Jefatura femenina y salud reproductiva

Gloria Rubin\*

**La introducción de la variable sexo en el estudio de la pobreza permite señalar que en Paraguay no existe un proceso de feminización de la pobreza tan claro como en otros países. La jefatura femenina de hogar no se asocia sig-**



**nificativamente a mayores niveles de pobreza en el país: mientras el 33,3% de los jefes varones es pobre, el 32,6% de las jefas se encuentra en esta situación, a pesar de las diferencias de ingresos.**

Comienzo este artículo copiando textualmente un pequeño fragmento aparecido en el “*Social Watch Informe 2005 –Rugidos y Murmullos– Género y Pobreza: más Promesas que Acciones*”, para que juntos analicemos su contenido:

### ***El impacto positivo de la jefatura femenina***

*La introducción de la variable sexo en el estudio de la pobreza permite señalar que en Paraguay no existe un proceso de feminización de la pobreza tan claro como en otros países. La jefatura femenina de hogar no se asocia significativamente a mayores niveles de pobreza en el país: mientras el 33,3% de los jefes varones es pobre, el 32,6% de las jefas se encuentra en esta situación, a pesar de las diferencias de ingresos. Las mujeres ocupadas ganan en la ocupación principal 28,1% menos que los hombres (DGEEC. Cálculos realizados a partir de la Encuesta Permanente de Hogares 2003). El mayor nivel de escolaridad de la madre y el empleo femenino se asocian a menores niveles de pobreza, demostrando la importancia de políticas que incorporen la equidad de género a sus objetivos.*

*Según algunos estudios todavía preliminares, la jefatura femenina impacta positivamente en la calidad de la vivienda y en el nivel de educación de la niñez. Las encuestas de hogares indican que, incluso en condiciones de pobreza, los hogares con jefatura femenina cuentan con mejor infraestructura y, en ellos, la niñez tiene mayor participación en el sistema educativo, así como acusa menores niveles de repitencia.*

Como vemos, “el mayor nivel de escolaridad de la madre y el empleo femenino se asocia a

\* Investigadora independiente.

menores niveles de pobreza”, de modo que el objetivo de bajar lo estándares de pobreza se asocia incuestionablemente con educación primaria, secundaria y profesional de las mujeres. Pero, además, se debe poner énfasis en la capacitación en oficios no tradicionales, como albañilería, carpintería, electricidad, plomería, mecánica elemental (como arreglo de heladeras, cocinas, televisores, motocicletas, etc.), ya que, primero, nunca se ha encontrado a mujeres que trabajan en estas áreas borrachas, tiradas en los bares y almacenes, gastando el jornal de la semana como lo hace la mayoría de los hombres de aquí, de Buenos Aires, o de cualquier ciudad del mundo. Esta actitud forma parte de la cultura machista y es tolerada por la sociedad, aunque estoy segura de que si una mujer o varias lo hicieran, el “control social” del que habla Max Weber la pondría inmediatamente en el “carril correcto”.

Sigue diciendo el artículo de Rugidos y Murmullos que “la jefatura femenina impacta positivamente en la calidad de la vivienda”. Entonces, es el momento de potenciar los créditos para la vivienda a largo plazo en CONAVI (Consejo Nacional de la Vivienda) y otras organizaciones similares para estas jefas, como también los créditos blandos y muy blandos para las pequeñas empresarias, o cooperativas de artesanías, ya que en este mundo tan pequeño de hoy gracias a Internet, es fácil conseguir mercado para nuestras artesanías, siempre y cuando se cumplan con los controles de calidad y cantidad requeridos por los países del primer y segundo mundo. Estos requisitos no se cumplan muchas veces debido a la falta de créditos accesibles.

No quiero perder el párrafo donde dice: “en condiciones de pobreza, los hogares con jefatura femenina cuentan con mejor infraestructura y en ellos la niñez tiene mayor participación en el sistema educativo, así como acusa menores niveles de repitencia”, lo cual significa que potenciando a la mujer, no solo mejoraremos su vida, sino la de la niñez a su cargo, con lo que estaremos apostando, además, al desarrollo futuro.

Entiendo que el tener proyectos de promoción de la mujer fue el motivo por el cual nombraron a la primera dama, Doña Gloria Penayo de

Duarte, como embajadora de la FAO, y hago votos para que cumpla con los proyectos en los cuales se encuentra comprometida.

## Salud reproductiva, el gran pa'â (camino cerrado) paraguayo

**Cuello de botella:** le llamo cuello de botella porque, desde la caída de la dictadura y los comienzos del gobierno del Gral. Andrés Rodríguez, vengo participando de la mesa multisectorial de la salud reproductiva, con una gran decepción, pues los indicadores de muertes de mujeres no han bajado; y en cuanto a los planes, son pocos los que se han ejecutado. En esta misma revista, año a año, habrán leído artículos míos y de otras/os autores/as quejándonos acerca de los mismos temas. De nuevo, ahora, con una muy buena comida en el Carmelitas Center, nos han presentado un Plan de Salud Reproductiva y la **Guía de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal - República del Paraguay 2005**. Por supuesto, como la esperanza es lo último que se pierde, seguimos creyendo, esta vez en la ministra de Salud, **Dra. María Teresa León Mendaro**, y esperando que esta vez se cumpla con el plan, para que acabemos con esas muertes evitables de mujeres, cada vez más jóvenes.

Analicemos este párrafo de la **Guía**, que es sobrecogedor:

*La tasa global de fecundidad es aún de 2,9 hijos por mujer. La tasa de fecundidad para mujeres casadas de 15 a 44 años es de 5,37 %. Una de cada cuatro (27,9%) adolescentes (15 a 19 años) y adultas jóvenes (20 a 24 años), en conjunto, declaró haber tenido un embarazo o más. (ENDSSR - 2004).*

*La esperanza de vida al nacer, en promedio, es de 71,8 años, para 2002, donde la mujer alcanza 74,0 frente a los varones que cuentan con 69,8.*

*El porcentaje estimado de subregistro de mortalidad es el 43,7%. El de defunciones por síntomas y causas mal definidas, de 19,1% (1998).*

La tasa de mortalidad materna registrada es de 174,1 por 100.000 nacidos vivos (2003) y de 157,4 (2004 - preliminar), y la estimada acorde al elevado subregistro sería de 336 por 100.000 nacidos vivos, lo que nos ubica en el grupo de países con alta tasa de mortalidad materna (OMS), y la oscilación de 189 a 519,9 entre la población indígena, rural y pobre, siendo relevante la elevada incidencia del aborto como causa de muerte, junto con las hemorragias, sépsis y otras complicaciones de embarazo, parto y puerperio, nos obliga a considerar de máxima prioridad el programa de Salud Reproductiva que conlleve a la disminución de la mortalidad materna.

Estas cifras son para alarmar a los más fríos; la tasa de mortalidad materna registrada de "157,4%, en 2004 y la estimada de 336 por 100.000 nacidos vivos, lo que nos ubica en el grupo de países con alta tasa de mortalidad materna". Estas muertes son evitables con el simple cumplimiento del Plan y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal, basados en la calidad claramente especificada en la guía:

## Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

### Básicos

1. **Tratamiento de enfermedades agravadas con el embarazo** (por ejemplo, anemia o diabetes).
2. **Tratamiento médico** de complicaciones del embarazo, preeclampsia, desprendimiento normo placentario.
3. **Procedimientos manuales** (extracción de la placenta, reparación de desgarros o episiotomías).
4. **Atención calificada del parto** (mediante el uso del partograma).
5. **Atención especial del recién nacido.**

### Integrales

6. **Tratamiento quirúrgico de problemas obstétricos** (cesárea, histerectomía, legrados, etc.).
7. **Anestesia y medicamentos básicos.**
8. **Transfusión sanguínea** (sangre segura).

Yo me pregunto: ¿por qué no se cumplen estas disposiciones? Personalmente creo que porque no existe una rápida y eficiente distribución de los recursos existentes, así como tampoco un monitoreo permanente de las tareas asignadas a cada actor/a, responsable de ejecutar los mandatos. Sería oportuno, asimismo, que se gastara menos en estudios, investigaciones, ediciones de libros, libritos, libretos costosísimos y presentaciones principescas, y más en acción y monitoreo.

Por otro lado, no se debe pretender hacerlo en todo el Paraguay de una sola vez, sino, por ejemplo, llevar adelante un plan piloto de desarrollo de los programas y guías en dos departamentos, los más pobres como San Pedro y Caazapá, con un control cuerpo a cuerpo –como en el fútbol– para ver lo que sucede, y luego iniciar la implementación en el resto del país, gradualmente, mientras se van midiendo los resultados.

Reitero que el **CONE BASICO** (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales) debe ser realizado en centros de salud, como parte de la atención primaria. Además, los cuidados más sofisticados corresponden al **CONE INTEGRAL** (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales), que deben ser proveídos en todos los servicios de referencia (hospitales distritales, regionales, nacionales, maternidades y otros de mayor complejidad).

Y si estamos preparados, ¿por qué no lo hacemos? Señora ministra de Salud: en sus manos está la solución de una parte muy importante de los problemas que impiden el desarrollo del Paraguay.