

Población femenina y salud

Carmen Ofelia Narváez Eraso
Docente Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Mariana

“...En una mujer no solo se proyecta su propia vida, sino también la vida de una familia, de la sociedad y el futuro de un milenio”

Rigoberta Menchú



Figura 1. Entre Mujeres. Tomada del libro: “cuando el corazón de la mujer falla”.

Desde los inicios de la humanidad los riesgos para la vida de la población han existido y se han asociado al estilo de vida y hábitos de salud, presentes en las diferentes etapas de la vida. Durante la edad paleolítica, los ancestros pasaban la mayor parte de la vida migrando de un lugar a otro. Debido a un estilo de vida físicamente exigente, sólo los más fuertes y hábiles sobrevivían la infancia, entre tanto las mujeres, tenían una mortalidad más alta que los hombres debido a las complicaciones durante el parto.

Cuando las poblaciones humanas empiezan a generar sus asentamientos, en cuestión de pocas generaciones, aldeas de pocos habitantes se convirtieron en pueblos de miles de habitantes, que más tarde se multiplicarían en grandes urbes. Con una organización social cada vez más compleja, la división de trabajo y estratificación social, crearon una profunda desigualdad socioeconómica. Algunas estimaciones in-

dicaban que cada mujer tenía que tener una media de 5 hijos, solo para mantener el mismo nivel de población, porque 3 de los 5 no sobrevivirían hasta la edad de reproducción, además, se corría el riesgo de que, cuantos más hijos tenía una mujer: mayor riesgo tenía de morir durante el parto (Galán, 2016).

“La mujer, como sujeto de fecundación y, por tanto, transmisora de vida, era también la sabedora y hacedora de *los cuidados de supervivencia*” (Pinto, 2002, p. 44), por mucho tiempo permaneció subordinada y sometida al hombre, motivo por el cual, casi siempre ha desatendido su salud por cuidar a la familia.

Instituciones mundiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene constante preocupación por la salud de la mujer. Para 1985 durante la conferencia mundial de evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas (1975-1985), se pretendía alcanzar “la igualdad para las mujeres del primer mundo, el desarrollo para las del tercer mundo y la paz para mujeres de territorios ocupados y en conflicto bélico” (De los Ríos, 1993, p. 5), se impulsó entonces estrategias en América Latina y el Caribe con el denominado enfoque de “mujeres en el desarrollo”, que permeaba la labor de las políticas públicas y los programas orientados a la mujer, incluida su salud.

Con la aprobación de las estrategias de Nairobi (1986), se indicaba los aspectos relacionados a la protección y prevención de daños a la salud de la mujer, implementando para ello, acciones encaminadas a:

1. La reducción de las tasas inaceptables de mortalidad materna y la reducción de la mortalidad por cáncer en la mujer.
2. La reducción de los riesgos asociados con el trabajo y la salud mental.
3. La garantía de accesibilidad a los servicios a las mujeres y que los mismos se orienten a satisfacer sus necesidades. (De los Ríos, 1993, p. 7).

Las metas de salud para todos en el año 2000 desde las directrices contempladas en la atención primaria y la participación comunitaria, visualizaba la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la sociedad. Se reconoció que las situaciones de desigualdad y de discriminación eran agentes causales de problemas de salud, por lo tanto, se consideró que:

- Mejorando la salud y nutrición de la mujer (madre) se mejora la salud de los hijos y del grupo familiar (reproducción biológica).
- Mejorando la salud y nutrición de la mujer (trabajadora) se incrementa su productividad en el trabajo (función productiva).
- Disminuyendo el número de hijos de las mujeres (madres), además de reducir los riesgos reproductivos, se facilita la integración de la mujer al trabajo remunerado (función reproductiva biológica y productiva). (De los Ríos, 1993, p. 6).

En el informe sobre la salud en el mundo para el 2008, la atención primaria de salud consideró urgente lograr un liderazgo político e institucional más coherente y avanzar para salvar la vida y mejorar la salud de las niñas y las mujeres en los años venideros, con intervenciones desde la niñez, la adolescencia y los años reproductivos, que más adelante influirán en el estado de salud de las generaciones futuras, asimismo, tiene en consideración la influencia de factores biológicos y sociales, donde se hace notoria la desigualdad con respecto al sexo o género, además, es importante anotar que dicha vulnerabilidad va más allá de la esfera sexual o reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Hoy en día en la mayoría de países, la mujer posee una mayor esperanza de vida con relación a los hombres, posiblemente como el reflejo a la instauración de programas que de alguna forma han reducido las desigualdades, han mejorado considerablemente el bienestar de los individuos, los hogares y el crecimiento económico de los países. El mejoramiento de la educación de la mujer ha contribuido a reducir las tasas de fecundidad, la malnutrición infantil y a optimizar la supervivencia de las madres y los niños. Un estudio comprobó que un año adicional de educación femenina, reduce la fecundidad total en 0,23 alumbramientos; para otro estudio, la reducción es de 0,32 alumbramientos. Cabe decir, que en Colombia las mujeres con menos instrucción o escolaridad son las que más hijos tienen (Medina, 2012).

En un mundo cuya población está envejeciendo, la gran dificultad radica en prevenir y gestionar los factores de riesgo, evitando que problemas crónicos de salud afecten a futuro. En el proceso de transición epidemiológica, según el Observatorio de la Ciudad (2012) las mujeres mayores de 50 años se sienten inseguras, desprotegidas y discriminadas en el proceso de envejecimiento, desde el punto de vista de salud sienten que no están cubiertas todas sus necesidades.

Si bien los objetivos del milenio, pensados hasta el 2015 planteaban, entre otros, proteger la salud de la mujer especialmente la salud materna, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, combatir el VIH- sida, paludismo y promover la igualdad entre los géneros, es una realidad que las metas en el mundo no se han cumplido y las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a ambos géneros, toman bastante auge en las estadísticas femeninas. Mujeres y hombres afrontan problemas de salud semejantes, sin embargo, las mujeres son vulnerables a problemas, como la depresión, la cual es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres

que en los hombres, además influye la menopausia (en mujeres mayores de 55 años).

Entre otros factores, las mujeres jóvenes no están durmiendo la cantidad de horas necesarias para tener un buen descanso y realizan menos actividad física que los hombres de la misma edad; si bien las mujeres visitan más al médico que los hombres, también, suelen recurrir mucho más a los medicamentos, sean recetados o no. La llegada a la menopausia impacta en la salud de la mujer de varias formas: los bochornos, irritabilidad e insomnio, alteran la calidad de vida, la no producción de estrógenos por parte del ovario trae consigo un mayor riesgo de osteoporosis y de fractura de caderas o aplastamiento vertebral, lo que implica dolores lumbares importantes; las mujeres que entran en la etapa de la menopausia pierden la protección que el estrógeno le brinda al corazón y por tanto aumenta el riesgo cardiovascular.

A futuro, el panorama de la vejez femenina no debería proyectar un horizonte sombrío, como vivir solventando los gastos de enfermedades crónicas, vivir dependiente del cuidado de otros debido a la aparición y acumulación de padecimientos crónicos e incurables o progresivos de los cuales la mujer se vuelve presa; si bien estas afectaciones no pueden resultar fatales, sí traen serios efectos en la calidad de vida.

“Muchas mujeres se encargan de la problemática de otros, pero sin embargo la propia, la dejan de lado. Esto es algo que duele y que nos demuestra un ejemplo de que nosotras mismas tenemos que solucionar la problemática.”

Rigoberta Menchú

Referencias

- De los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo: Un enfoque en construcción. En E. Gómez. (Ed.), *Género, mujer y salud en las Américas* (pp. 3-18). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Galán, R. (4 de marzo de 2016). El parto: de la soledad del Paleolítico a la medicalización de la actualidad. *Efe Salud*. Recuperado de <https://www.efesalud.com/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/>
- Medina, E.J. (2012). Diferencias regionales de la fecundidad según el nivel educativo de las mujeres colombianas en edad fértil. *Sociedad y Economía*, 23, 205-234. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n23/n23a11.pdf>
- Observatorio de la Ciudad. (2012). *Envejecimiento y salud Cátedra de introducción a la investigación de la facultad de ciencias médicas*. Recuperado de <http://www.ufasta.edu.ar/observatorio/files/2016/10/Envejecimiento-y-salud-junio2012.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?sequence=1
- Pinto, N. (2002). El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. *Avances en enfermería*, 20(1), 43-51.