

# GENERO Y POLITICAS DE SALUD DE LA MUJER EN AMERICA LATINA: caso Perú (PARTE II)\*

Marina Violeta Estrada Pérez de Martos\*\*  
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca\*\*\*

MARTOS, M.V.E.P. de; FONSECA, R.M.G.S. da. Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte II). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p. 204-16, ago. 1996.

*En este estudio se hace una presentación y análisis de la problemática de la mujer, considerando su condición social, de acuerdo a la ideología androcentrista en la sociedad. Se hace una breve evolución histórica de la mujer bajo el recorte analítico de género. Se analiza las políticas públicas y de salud de la mujer en América Latina, especialmente en el Perú, desde el Incanato, explicando las razones de la formulación e implantación del Programa de Planificación Familiar y del Programa de Atención Materno Infantil. Finalmente, se resalta la importancia de considerar proyectos, programas y políticas de salud que no sean excluyentes y que no se refieran solamente al aspecto reproductivo biológico de la mujer.*

UNITÉRMINOS: Ideología. Género. Planificación familiar. Políticas de salud.

## EVOLUCION HISTORICA DE LAS POLITICAS PUBLICAS Y DE SALUD EN EL PERÚ DESDE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL HASTA LA ACTUALIDAD

Después de la segunda guerra mundial, se dieron importantes transformaciones en las estructuras socio económicas en los diferentes países, especialmente en los del tercer mundo debido a las consecuencias propias de la post-guerra. Por otro lado se generalizó una corriente basada en la Doctrina

---

\* Basado en la monografía presentada en la Disciplina Temas Avanzados en Salud Colectiva del Programa de Post-grado en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo - Brasil (EEUSP)

\*\* Enfermera. Doctoranda del Programa de Post-grado en Enfermería. EEUSP. Docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca (Perú).

\*\*\* Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente y orientadora del Programa de Post-grado en Enfermería - EEUSP

Económica de MALTHUS (1766 - 1934) que afirmaba que el crecimiento de la cantidad de alimentos se da en proporción aritmética y el crecimiento de la población en proporción geométrica, es decir, “se conocía como línea de principio a diferentes proporciones de crecimiento entre la población y los medios de subsistencia y eran considerados los medios para evitar el desequilibrio entre una y los otros” (BRÊTAS, 1990); y que todo esto llavaría al planeta a un hambre generalizado, es decir, relacionaban las diferentes proporciones de crecimiento con la pobreza y el subdesarrollo.

En base a este contexto y por influencia de los países desarrollados, a partir de la década 60 los Gobiernos de los países de América Latina comenzaron a impulsar programas de planificación familiar con un desarrollo paralelo a una variada infraestructura de educación y servicios para hacerlos posibles (BRONFMAN; CASTRO, 1989).

“Como no podía dejar de ser, fueron los países del tercer mundo y los cuerpos de las mujeres por donde pasa a priori la intervención internacional. A través del condicionamiento de préstamos internacionales a la adopción de políticas de control demográfico en esos países, el primer mundo ejerció fuerte presión para que la población fuese controlada” (NASCIMENTO, 1992).

Algunas instituciones, principalmente norteamericanas y canadienses con clara filosofía neomalthusiana, formularon e implementaron una serie de programas dirigidos a América Latina con objetivos específicos de dar atención a la salud de la mujer. En realidad, lo que se hizo fue la distribución gratuita de anticonceptivos orales (pildoras) y de dispositivos intrauterinos (DIUs), llegando en millares de casos a realizar ligadura de trompas uterinas “voluntarias”, sin darle a la mujer la libertad y oportunidad de decidir en el control de su propio cuerpo.

La planificación familiar en América Latina fue aplicada con claras líneas de imposición, es decir, con autoritarismo y coerción, tal como lo afirma BROFMAN Y CASTRO, (1989). Igualmente estos autores manifiestan que las referencias por los medios de comunicación: cine, prensa escrita, etc. eran claras denuncias sobre esterilizaciones involuntarias <sup>(1)</sup>, aplicación de DIUs con desconocimiento de la mujer <sup>(2)</sup>, realización de ensayos clínicos de drogas con efectos colaterales no descartados <sup>(3)</sup> e inclusive la utilización de anticonceptivos hormonales en amplia escala con efectos colaterales comprobados <sup>(4)</sup>.

En el Perú, las actividades de planificación familiar como acción de salud se inició en la década del 60; destinandose además algunos programas

---

(1) Película Boliviana IAWAR MALLKU (Sangre de Condor) de Jorge Sanguinés.

(2) Testimonio de una mujer usada como conejillo de indias en el Instituto Nacional de Nutrición, Periódico El Día, México, 23 de Julio de 1984.

(3) On Again off Again, in: Intercom, Family Planning Newsletter, vol.2, n°11, Noviembre de 1974.

(4) DOYAL, L. The Political Economy of Health. Pluto Press, London, 1979.

para facilitar el acceso de la población al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos tanto por el Sector Público, Privado y el Sector Laico de la Iglesia Católica.

Estas actividades fueron interrumpidas durante la primera fase del Gobierno Militar (1968 - 1975), mostrando desde sus inicios una fuerte oposición a la planificación familiar, suspendiendo en el Ministerio de Salud todas las actividades de planificación familiar incluyendo los servicios de información y educación; sin embargo se continuaron tolerando ciertas actividades al sector privado (FARJE; GUTIERREZ, 1985).

En 1974, al realizarse la Primera Conferencia Internacional de Población de Bucarest en la que participó el Perú, se discutió por primera vez a nivel internacional el tema población; reconociendo el Perú la existencia de un problema poblacional como consecuencia de su acelerado crecimiento por lo que se comprometió al igual que los otros países asistentes a definir su política poblacional.

Fue así que en la segunda fase del Gobierno Militar (1976-1980) se constituyó una comisión precedida por el Ministerio de Salud la cual elaboró un documento denominado "Lineamientos de Política de Población", el cual fue aprobado en agosto de 1976 por D.S. N° 00625-76-SA (FARJE; GUTIERREZ, 1985). En este documento dos de los tres objetivos tienen relación directa con las acciones del Sector Salud:

- Alcanzar un crecimiento poblacional que esté en armonía con la libre decisión de las personas sobre el tamaño de su familia y;

- Lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad especialmente de la madre y el niño.

Para lograr estos objetivos suponía la promoción de acciones relacionadas con la paternidad responsable, es decir, la "opción informada, conciente y libre" de las parejas en determinar el tamaño de sus familias de acuerdo con sus posibilidades.

El Programa de Planificación Familiar y Paternidad Responsable en el Perú se implantó y operacionalizó a partir de 1976. El objetivo según la Política Poblacional era permitirle a la mujer legitimar el desarrollo de su papel dentro de la sociedad a través de sus acciones productivas en su vida cotidiana, asumiendo el control directo de las funciones reproductivas de su cuerpo, sin afectar su sexualidad. Sin embargo no se enfatizó en la educación y sensibilización de la gran mayoría de mujeres a las cuales iba dirigido este Programa, para que comprendiesen el verdadero significado de las acciones de la planificación familiar en sus vidas. No obstante, miles de mujeres peruanas se sometieron al programa en forma voluntaria con el objetivo de evitar el gran número de hijos - característica de las mujeres peruanas pobres y/o campesinas - con la esperanza de solucionar sus agobiantes problemas socio-económicos.

De cualquier manera, respecto a la tasa de fecundidad, el promedio de hijos por mujer comenzó a descender a partir de la década del 70 como consecuencia del ejercicio de la paternidad responsable y la aplicación de la política poblacional. La tasa global de fecundidad fue de 6.1 en 1972 y de 5.2 en 1981; siendo la población total en 1972 de 13'538,000 y en 1981 de 17'005,212. Estos datos determinan un crecimiento desacelerado de la población con una tasa aproximada de 2.5% al año. (ELGEGREN, 1986)

No obstante, la tasa de fecundidad en el Perú continuó alta en comparación a la de países vecinos y de aquellos más desarrollados, observándose inclusive diferencias dentro del propio País; "en 1981 las mujeres residentes en la Sierra y selva tenían más de siete hijos nacidos vivos al final de su período reproductivo, mientras que la de Lima Metropolitana tenía casi dos hijos menos que el promedio nacional y tres hijos menos que las residentes de las zonas rurales". (CASTELLO, 1985)

Por otro lado, el aborto provocado también jugó un papel decisivo en las mudanzas de la tasa de fecundidad. Según GARCIA (apud ELGEGREN, 1986) el aborto fue considerado en muchos países como un problema de salud pública por su magnitud, riesgo, alto costo y actitudes de la comunidad. En Brasil, BARSTED (1992) señala que la problematización del aborto como hecho social tuvo su inicio en la década del 70, con la realización de algunos estudios académicos en el área de salud pública, destacando los estudios de MILANESI (1970), FALCONI (1975) y MARTINE (1975)

El estudio de MILANESI (1970) considera el aborto provocado o voluntario como un problema de salud pública destacando la incidencia de hospitalizaciones con consecuentes secuelas. Igualmente resalta las prácticas rudimentarias de aborto provocado y la participación de algunos médicos en este procedimiento. En sus conclusiones sugiere un mayor rigor en el cumplimiento de la ética profesional de los médicos.

FALCONI (1975) destaca la relación entre el aborto provocado y la incidencia de hospitalizaciones, resaltando al igual que MILANESI la necesidad de poner mayor rigor legal para desestimular la práctica del aborto voluntario.

MARTINE (1975) constató que la práctica del aborto era utilizado como medio de controlar la natalidad por su alta incidencia. Esto por ser el único accesible a las mujeres de baja renta.

En el Perú, CASTELLO (1985) expresa: "Se sabe que un porcentaje apreciable de las mujeres peruanas no desean tener más hijos, recurriendo al aborto en muchos casos con consecuencias catastróficas".

HALL (apud ELGEGREN, 1986) en su "Birth Control Lima" (1965) señala que aproximadamente el 30% de mujeres entre 20 y 44 años tuvieron antecedentes de aborto y que el número de abortos por cada 100 nacidos vivos era de 17.5.

Cabe señalar también que el documento “La Mujer en la Salud y el Desarrollo” (OPS, 1983) hace referencia a un estudio del Ministerio de Salud Peruano, en el cual los “charlatanes” o las propias gestantes inducían la mayor parte de abortos mediante caídas o hechándose a rodar, colocándose objetos extraños en la matriz o utilizando hierbas y agujas.

En el Perú en 1978, la tasa general de abortos se calculó en 143 por mil nacidos vivos, una cuarta parte de estos abortos dió lugar a hospitalizaciones, comprobándose que el aborto había causado el 26% de todas las defunciones maternas en ese año (ELGEGREN, 1986).

Frente a este contexto es razonable y muy importante que el tema del aborto sea estudiado y analizado con detenimiento y profundidad, ya que, aunque es penado por ley continúa realizándose y aún más en condiciones inadecuadas y en miles de casos por personas sin ninguna preparación, exponiendo a las mujeres sobre todo de la clase de baja renta a innumerables y gravísimas consecuencias.

Cabe resaltar que en muchos países del tercer mundo la dinámica de inmigración jugó un papel decisivo en las mudanzas de la tasa de fecundidad. Por ejemplo para Brasil FONSECA (1990) manifiesta: “En cuanto al número de hijos, en el período entre 1940-1960, el nivel de reproducción de la mujer brasilera se mantuvo prácticamente estable entre 6.2 hijos por mujer. Estos años correspondieron al período de pre-industrialización, donde era mayor el valor económico de los hijos, especialmente porque la mayoría de la población residía en zona rural y tenía en la agricultura su principal actividad económica. Los hijos representaban, por tanto, un aumento de la fuerza de trabajo ya que desde muy tierna edad podían desempeñar tareas agrícolas. A partir de 1960, con el incremento de la industrialización hubo un gran éxodo rural cuando la población inmigró para las ciudades en busca de nuevas oportunidades de trabajo. Los hijos pasaron entonces a demandar un mayor esfuerzo de los padres para su sustento, una vez que en las ciudades no podían ingresar tan precozmente en el mercado de trabajo. La parcela del proletariado que permaneció trabajando en el campo pasó a residir en la periferie de las grandes ciudades y a constituirse en mano de obra rural ocasional, sólo teniendo trabajo en las épocas de siembra y cosecha. En consecuencia, la tasa de fecundidad total comenzó a presentar un ligero descenso que se acentuó notablemente en la década posterior,...”. (FONSECA, 1990)

Paralelamente a la creación del Programa de Planificación Familiar y Paternidad responsable se creó el Programa para la Atención de la Salud Materno Infantil, en base al Plan Decenal de la Salud para las Américas, el cual a partir de 1972 a través de un claro objetivo trató de dar protección a la maternidad y a la infancia por encontrarse comprometida con la desnutrición y los altos índices de morbi-mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (citada por CASTELLO, 1985), “La desnutrición en las mujeres es grave (...) en los países en desarrollo por lo menos la mitad de las no grávidas y un tercio de las grávidas son anémicas”.

Se sabe que el estado nutricional de la gestante es muy importante por influir directamente en la gestación y por lo tanto en la salud del niño al nacer y en sus chances de sobrevivencia y desarrollo posterior. BACA (citada por ELGEGREN, 1986) específicamente para el Perú señala: "las afecciones del aparato reproductivo, así como las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son características. Las anemias y avitaminosis las más frecuentes".

El Gobierno Peruano a través del Ministerio de Salud estableció objetivos y lineamientos de política con el propósito de dar atención al binomio madre-niño, sobre todo en los grupos marginados y de escasos recursos económicos. La Dirección de Salud Materno Infantil y Población definió estrategias y líneas de acción para lograr cambios en las tasas de riesgo en las mujeres en edad reproductiva (FARJE; GUTIERREZ, 1985).

A través del Programa de Atención a la Salud Materno Infantil se brindó atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, enfatizando el control del embarazo de alto riesgo con el propósito de disminuir la mortalidad materna, prenatal y neonatal y a la vez disminuir el número de niños de bajo peso al nacer. Debido a que un alto contingente de población peruana era rural también se implementó y desarrolló dentro del Programa de Atención a la Salud Materno Infantil, el Programa de Adiestramiento de parteras tradicionales - "curiosas" - con la finalidad de que la atención del parto también fuese garantizado en las zonas inaccesibles o alejadas

No obstante las políticas aplicadas, El Consejo Nacional de Población (apud CASTELLO, 1985) señala: "la tasa de incidencia de defunciones femeninas es de 31 muertes por cada 10,000 nacidos vivos, lo cual es índice de pobreza y de una baja y pobre cobertura de salud a las que se suman las condiciones ambientales adversas"; por otro lado el mismo autor manifiesta; "la mortalidad materna en el Perú es muy elevada, siendo 50 veces más alta que la de Suecia".

Con respecto al problema relacionado a la alimentación y como parte de la política de bienestar social, el Sector Salud en coordinación con otros sectores públicos a través de la Organización Nacional de Apoyo Alimentario (ONAA), dieron atención aunque con mucha deficiencia a cierta parte de los desnutridos y carentes. Igualmente, a través de las municipalidades y algunas instituciones filantrópicas, con destaque para la Iglesia, vienen apoyando algunos programas como: el vaso de leche para niños en edad escolar, club de madres, comedores populares, huertos escolares y comunales, etc, a través de actividades organizadas por la propia población, en las cuales la mujer tiene una destacada participación.

"Las mujeres se constituyen en un elemento activo que posibilita que la población en su conjunto acceda a los diversos programas de sobrevivencia que comienzan a desarrollarse por ese tiempo. Así, la concentración del trabajo femenino en elementales servicios como alimentación y salud produce un

cambio significativo en el rol social que las mujeres tienen dentro de la organización vecinal.” (MACHUCA, 1991)

A través de programas específicos y en base a las políticas vigentes de ese entonces, la ONAA dió prioritaria atención a los niños menores de cinco años, a las madres gestantes, lactantes y a los niños en edad escolar a través del Programa de Alimentación Materno Infantil (PAMI) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) respectivamente por considerarlos grupos de alto riesgo.

Cabe anotar que los programas dirigidos a la atención de la madre y el niño fueron los que tuvieron menor presupuesto y menor cobertura a nivel nacional. “Los servicios del Sistema de Salud son insuficientes y llegan en forma incompleta o no llegan a amplias zonas rurales y urbano marginales” (ELGEGREN, 1986).

Por otro lado, la grave crisis socio-económica que se inició en el Perú en la década del 70, coincidió con los problemas económicos y políticos a nivel internacional lo cual necesariamente influyó en las condiciones de salud de la población, agravando las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales.

Los problemas antes mencionados continuaron siendo referidos en mayor o menor grado en otros países en desarrollo, lo cual influyó para que la salud materno-infantil fuese priorizada en la Conferencia sobre Atención Primaria auspiciada por la OMS y la UNICEF en Alma Ata (URSS) en 1978; considerando como clave fundamental - estrategia - la Atención Primaria para lograr la salud (CARDASI, 1992).

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Como se observa, la preocupación y movilización mundial para proteger a la población materno infantil fue grande. Las políticas y programas se dirigieron básica y fundamentalmente hacia la protección de la infancia, lo cual sin duda fue importante, es más, debió darse mayor y mejor atención a esta población, ya que la infancia es otro de los grupos discriminados por la sociedad. Sin embargo, hubiese sido el caso darle la importancia requerida a la atención de la salud integral de la mujer.

Todavía los Programas de Atención a la Salud Materno Infantil y Planificación Familiar están muy distantes de una atención real a la salud de la mujer, puesto que toman como base el proceso biológico de formación, crecimiento y desarrollo del ser humano, tomándolo como prioritario dentro de sus acciones. Generalmente la mujer recibe atención durante el embarazo, parto y puerperio.

Igualmente las acciones para promover la alimentación de la gestante, tomando como base la desnutrición materna, sólo son para mejorar la lactancia deficiente y para evitar la ocurrencia de nacimientos de niños prematuros y de bajo peso.

“...Sin duda el objetivo fundamental de estos programas fue lograr una generación de individuos sanos y sin problemas...” (NASCIMENTO, 1992)

Cabe resaltar que en la formulación e implementación de las políticas de salud dirigidas a la salud materno-infantil, la mujer no tuvo ninguna participación, siendo la receptora directa de las acciones finales de los programas desarrollados. Esto probablemente debido a la filosofía de trabajo vertical de los gobernantes y la ideología patriarcal persistente en la sociedad.

La población en ese entonces estaba siendo sometida a un severo esquema represivo por la dictadura (1968-1980). “...predominaba en el Perú la imagen de la mujer asociada a la sumisión y dependencia, siendo que solamente a través de sus roles tradicionales ella encontró un lugar en la sociedad” (CASTELLO, 1985)

Lo anteriormente expuesto se reafirma, ya que las Profesionales de Enfermería tampoco tuvieron ingerencia en la formulación o en el cuestionamiento de las políticas de salud. Sólo se limitaron a “cumplir órdenes” a través de sus funciones.

“Este sistema de producir servicios de salud, determinan que la enfermería, profesión predominantemente femenina, sea considerada en el mercado como una fuerza de trabajo asalariada, que ejecuta parcelas simples de proceso productivo. Consecuentemente la enfermera es contratada no para prestar una asistencia en función de las necesidades de la población, más sí para realizar lo que los empleadores determinan, es decir, ella entra en la composición de la estructura ocupacional en la medida exacta para ejecutar el control de los actos prescritos”. (SANTOS apud WRIGHT; CARNEIRO, 1984):

Además, la discriminación social, el tipo de formación recibido por las enfermeras, la exigencia laboral tanto en el hogar como en el centro de trabajo y la falta de oportunidades no le permiten prepararse adecuadamente para exigir su participación no sólo en la toma de decisiones relacionadas con la salud materno-infantil sino con la salud de la población en general.

La problemática experimentada por la población femenina a nivel internacional es semejante a la del Perú; en tal sentido, por iniciativa de la ONU, el año 1975 fue declarado “Año Internacional de la Mujer” (BARROSO, 1985). Mujeres de diversos países reúnidas en la ciudad de México realizaron un análisis de la condición femenina, cuyo resultado fue sorprendente; en todos los países, independiente de su grado de desarrollo económico, la mujer era tratada de forma inferior y desigual. Como consecuencia la Asamblea de las Naciones Unidas, instituye la “Década de la Mujer”, comprendida entre 1976-1985.



Todos los gobiernos e instituciones internacionales se comprometieron en hacer un esfuerzo en el sentido de enfrentar y superar los obstáculos que limiten la plena ciudadanía femenina. (BARROSO, 1985)

En 1985, ante la presencia de aproximadamente 14,000 mujeres en la Conferencia Internacional sobre la Contribución de la Planificación Familiar a la Salud de la Mujer y el niño, llevada a Cabo en Nairobi, Capital de Kenya, entre el 5 y el 9 de octubre (BLACK, 1989), se evaluaron los logros de los diez años de compromiso internacional con el mejoramiento de la situación de la mujer, llegando a la conclusión que no se había logrado mudanzas importantes.

Perú es partícipe de la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas. Por tanto, el Gobierno se comprometió a eliminar la discriminación de la mujer en los diferentes sectores como trabajo, educación y violencia cotidiana de modo general. Sin embargo, hasta la reunión de Cuba realizada en 1984, ninguna evaluación de las políticas aplicadas en los últimos diez años había sido realizada (ELGEGREN, 1986).

Aunque, como lo indica el mismo autor, lo más sobresaliente fue la promulgación de la Ley de la Política Nacional de Población - Decreto Legislativo N° 346 del 6 de Julio de 1985, la cual implica las alternativas de promoción de la participación de la mujer en la atención de su propia salud, la de su familia y la de su comunidad.

En la década del 90, las políticas de salud en el Perú <sup>(1)</sup> fueron formuladas en base a la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategia para lograr mudanzas en el país, planteando la reorientación del modelo de atención para lograr una mejor atención con una mayor cobertura de la población. Se tomaron como líneas de principios la solidaridad, equidad y universalidad ...

“...priorizando los grupos que más lo necesitan, los cuales han sido postergados y soportan aún en el presente niveles y condiciones de salud intolerables e históricamente superables...” (MINISTERIO DE SALUD, 1990).

En este acápite se refieren a la población materno-infantil, cuya salud fue globalizada siempre dentro de la problemática general de la población.

El Ministerio de Salud del Perú, a través de las políticas y objetivos vigentes, recomienda el desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios enfatizando la “salud de la mujer”. Sin embargo, al implementarse este programa se da especial atención a la salud “materno-infantil”, lo que ocasiona que la salud integral de la mujer continúe resagada.

En Brasil, se ha implementado el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), como reconocimiento de las necesidades y

---

<sup>(1)</sup> PERU. Leis, etc. Políticas, objetivos y estrategias de salud formuladas e implementadas para la Gestión Gubernamental, 1990-1995, Ministerio de Salud, 1990.

derechos de la población femenina, gracias a los movimientos sociales los cuales fueron intensificados sobre todo en la década del 80. Este logro fue de gran significancia e importancia para la mujer brasileña, ya que, como manifiesta NASCIMENTO (1992):

“Es a través del Programa de Asistencia a la Salud de la Mujer (PAISM) que: 1º) al introducir a la salud el concepto de integridad, la mujer pasa a ser vista como ser integral cuyo ciclo de vida determina profundas modificaciones que merecen atención especial; 2º) El Estado por primera vez manifestó su compromiso con la planificación familiar, colocandolo como parte de sus actividades propuestas, representando un derecho de las mujeres la opción para ejercer o no la maternidad” (NASCIMENTO, 1992)

No obstante estos avances en el nivel de la legislación brasileña, innumerables obstáculos han sido constatados en la implementación de este programa, lo que hace que en la práctica los resultados sean poco efectivos.

Han pasado tres años desde la implantación de las políticas de salud en el Perú. Sin embargo, hasta el momento no se observa mudanzas importantes. Por el contrario, lo que resalta es el deterioro constante de la salud de los pobladores el que se manifiesta por los altos índices de morbi-mortalidad como consecuencia lógica de que las políticas no fueron acompañadas del adecuado presupuesto. Prácticamente el Estado es incapaz de mejorar y en algunos casos de conservar los niveles previos de control de graves daños que, aunque insuficientes, habían significado logros sanitarios en el País.

Por tanto, si el País no supera la grave crisis socio económica y política, si no cambia su filosofía de trabajo y si los gobernantes no cambian la ideología dominante de considerar el gasto social y de salud como improductivos, difícilmente se lograrán los objetivos propuestos que, aunque insuficientes para la atención integral de la Salud de la mujer, significan una esperanza para mejorar la atención de uno de los grupos más vulnerables y discriminados de la población.

En conclusión puedese decir que la salud de la mujer es ubicada en el mismo contexto económico, social y político que afecta a toda la población del país. En cierto sentido, referirse a ella, es tratar de las condiciones y calidad de vida de la población en general. Sin embargo, como se observa a través de este estudio, la salud de la mujer tiene sus propias particularidades que están relacionadas con su condición social.

La mayoría de estudios sobre la mujer enfatizan como lo más importante su función reproductora y, en menor proporción, ubican su posición de subordinación y discriminación en las estructuras económicas, sociales y políticas, por considerarlas como inherentes al género femenino, es decir, no las reconocen como obstáculos para el real desarrollo de la mujer dentro de la sociedad. Lo que es peor para la comprensión de la situación social de la

mujer porque la subordinación y discriminación que acarrea la “desigualdad entre los sexos” es conveniente para que el hombre mantenga el dominio del poder.

Por otro lado, se puede constatar que la salud de la mujer es enfatizada solamente a través de políticas de salud, que privilegian su función reproductiva, resaltándose como fundamental la atención al embarazo, parto, puerperio y a la planificación familiar.

Es fundamental que la situación social de la mujer y su salud sean analizadas integralmente y tomadas en cuenta en forma articulada, ubicándolas en el contexto donde la mujer se desenvuelve, debiendo recibir además un tratamiento y manejo multisectorial.

Por tanto los estudios, proyectos, programas y las políticas de salud no deben tener un carácter excluyente y estar meramente circunscritos al ámbito sectorial de salud, y dentro de este solamente referidos al aspecto reproductivo, sino que deben tener un carácter integral. Esto para que toda mujer tenga la oportunidad de realizarse como persona sobre la base de análogas y efectivas oportunidades y derechos que impulsen su mayor participación social, económica y política.

MARTOS, M.V.E.P. de; FONSECA, R.M.G.S. da. Gender and woman's health politics in Latino America: the case of the Peru. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p. 204-16, aug. 1996.

*This study includes a presentation and analysis about the woman's problematic. It considers the woman social condition concurring to the androgynous ideology of the society. Briefly it presents a historical evolution of the woman in accord with the gender analysis. It presents too, an analysis of the health and the public politics in relation to the woman in Latin America, mainly in Peru, since the Incanato period, justifying the motives of the formulation and implementation of the Family Planning Program, the Responsible Paternity Program and Child and Mother Attention Program. Finally, this study considers the importance of integral projects, programs and health politics and not only considering the women's reproduction.*

UNITERMS: Ideology. Gender. Family planning. Health politics.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANÍBAR, C. El principio de la dominación (1531-1580). In: LUMBRERAS, L.G. et al Nueva historia general del Perú. Lima, Mosca Azul, s.d. 263p.

BARROSO, C. A saúde da mulher no Brasil. São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985. 94p.

- BARSTED, L.A.L. Legalização e descriminalização do aborto no Brasil - 10 anos de luta feminina. Estudos Feministas, n.2, p.104-30, 1992.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo. 2ª ed. Rio de Janeiro, Difusão Européia do Livro, 1981.
- BERTOLOZZI, M.R.; EGRY, E.Y.; SHIMA, H. Projeto USP/BID: Relatório de visita ao Peru. São Paulo, 1990. 40p. /mimeografado/
- BLACK, M. Planificación de la familia - componente de la salud de la familia. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SALUD DE LA MUJER Y EL NIÑO, Nairobi, 1989. Anais. Nairobi, 1989, p.3-37
- BRÊTAS, A.C.P. et al Política de planejamento familiar no Brasil: um problema de saúde pública. Acta Paul. Enf., v.3, n.2, p.59-63, 1990
- BRONFMAN, M.P.; CASTRO, R.P. Discurso y práctica de la planificación familiar en America Latina. Saúde Debate, n.34, p.61-68, 1989
- BUNCH, C. Feminismo, democracia e direitos humanos. São Paulo, s.d. /mimeografado/
- CARDACI, D. Pensando como mujeres. Invest.Educ.Enf., v.10, n.1, p.55-67, 1992.
- CASTELLO, J. La atención de salud materno infantil en el Perú. Lima, 1985. 59p. / mimeografado/
- COSTA, A.O. et al Gênero e Universidade. São Paulo, Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero, 1992. 176p.
- DALLARI, S.G. O direito à saúde. Rev. Saúde Públ., v.22, n.1, p.57-63, 1988
- DORA, D.D. et al Violência de gênero como violação de direitos humanos no Brasil. São Paulo, CLADEM-Brasil, 1992. 15p./ mimeografado.
- ELGEGREN, F.R. La mujer y la salud. In: FLORES, E.B. Participación de la mujer. Lima, UNIFE, 1986. Cap.4
- FARJE, H.G.; GUTIERREZ, I.D. Programa peruano de capacitación para la salud reproductiva. Lima, 1985. 57p.
- FONSECA, R.M.G.S. Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexo coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 1990. 336p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- KELLY, J. Women, history and theory. Chicago, University of Chicago Press. 1986. 163p.
- LABRA, M.E. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. São Paulo, Atlas, 1989. 302p.
- LEITE, C.L.P. Mulheres: muito além do teto de vidro. São Paulo, Atlas, 1994. 346p.

- LOPES, M.J.M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico, desvalorizado. Rev. Bras. Enf., v.41, n.3/4, p.211-7, 1988.
- LORENZ, O. Sexualidade da mulher antes do casamento - opiniões de alunas universitárias. Acta Paul. Enf., v.3, n.2, p.64-7, 1990.
- MACHUCA, E.V. Identidad femenina: cuestionando y construyendo estereotipos. Lima, DESCO, 1991. 68p.
- MAMEDE, M.V. Saúde da mulher - visão feminista. Femina, v.17, n.11, p.904-6, 1989.
- MARIATEGUI, J.C. Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana. Lima, Amauta, 1984
- MOLYNEUX, M. Movilización sin emancipación? Los intereses de la mujer, Estado y revolución en Nicaragua. Desarrollo Sociedad, n.15, p.179-195, 1984.
- NASCIMENTO, E.R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? Rev. Baiana Enf., v.5, n.1, p.79-86, 1992.
- OLIVEIRA, M.A.C. A reprodução humana em uma sociedade de classes: estudo dialético da representação de um conjunto de enfermeiras. São Paulo, 1988. 242p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD La mujer en la salud y el desarrollo. 1983, 59p.
- PAREJA, P. El sistema educativo. In: FLORES, E.B. Participación de la mujer. Peru, Ministerio de Salud, Lima, UNIFE, 1986. Cap.3.
- PERU. Ministerio de Salud. Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud: objetivos, políticas, metas. Gestión Gubernamental, 1990-1995. Lima, 1990. 38p.
- PINOTTI, J.A.; GOMES, E. A mulher e a legislação. In: PINOTTI, J.A. A mulher e o seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo, Manole, 1988. p.1-12
- QUIJANO, A. Imperialismo, clases sociales y Estado en el Perú (1890-1930). Lima, Mosca Azul, 1985. 89p.
- ROLDAN, J. Perú: mito y realidad. 3ª ed. Lima, Calas, 1989. 246p.
- ROMERO, O.L. Socialización, papeles (roles) de género e imagem de la mujer en los medios masivos: quien perciben los estereotipos difundidos? México. 1988. (Série Documentos de Investigación n.1)
- VEGAS, E.L. Viacrusis del pueblo peruano. Montevideo, Coopren, 1989. 160p.
- VERUCCI, F. A mulher e o direito. São Paulo, Nobel, 1987. 211p.
- WRIGHT, M.G.M.; CARNEIRO, A. O espaço da mulher brasileira e o espaço da enfermeira brasileira. Rev. Gaúcha Enf., v.5, n.2, p.341-56, 1984.