

Universidad de La Habana

CONTRADICCIONES DE LA MOVILIZACIÓN DE LA MUJER COMO GESTORA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CUBA

Reina Fleitas Ruiz¹

RESUMEN: Se explican las peculiaridades del proceso histórico de movilización de la mujer como hacedora de salud en lucha contra el subdesarrollo económico como condición material del desarrollo de la salud. Se apoya en una perspectiva triangulada que descansa en el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas. Se usan estadísticas nacionales, datos empíricos a partir de encuestas y entrevistas en profundidad, a expertos. Un análisis desde la perspectiva de género de la movilización de la mujer como generadora de salud, condición determinante de proyectos de desarrollo de la salud que descansan en una filosofía social de la medicina. La perspectiva de género, que denuncia la condición de explotación en que ha vivido la mujer a lo largo de la historia y destaca la importancia de las determinantes culturales en la explicación de ese sistema de dominación sexual, es una propuesta política y teórica que se alinea al discurso que trata de comprender la salud desde un enfoque social, como un estado de bienestar completo alcanzado por el ser humano y determinado por muchos factores. Un modelo de desarrollo humano de la salud presupone la superación de las inequidades de todo tipo, incluso las de género, y ello es posible cuando el ser humano, de cualquier sexo, raza o clase social, se considera objeto y sujeto de la salud. La efectividad del modelo de desarrollo radica en saber aprovechar los recursos disponibles. Potenciar las experiencias femeninas como hacedora de salud, adquiridas a lo largo de una vida de ejercicio en el papel de cuidadora, es sólo el punto de partida necesario para convertir a la mujer en un sujeto protagónico del desarrollo profesional de las ciencias de la salud y del sistema general de salud. La mujer es un recurso humano cuyas potencialidades la cultura patriarcal ha constreñido a espacios limitados. A pesar de esa realidad cultural, las mujeres han sido capaces de construir en el proceso de interacción del espacio doméstico una serie de valores y conocimientos que son esenciales para un modelo de desarrollo humano de la salud en el cual se intenta promover el acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad de género y reconstruir el sistema de salud provocando rupturas con la división sexista del trabajo. En las investigaciones ellas aparecen como los actores más interesados en la promoción de salud y con las actitudes más positivas hacia la salud.

DeCS: DERECHOS DE LA MUJER; SERVICIOS DE SALUD DE LAS MUJERES.

INTRODUCCIÓN

Hace ya varias décadas que los estudios de mujer que se institucionalizaron en los medios académicos en el contexto social de un nuevo auge del feminismo, lograron trascender los enfoques tradicionales que sobre la mujer se

desarrollaron por más de un siglo y que se focalizaron en una comprensión de su situación de explotación y de la necesidad de la igualdad entre los sexos.

Sin desdeñar tales puntos de vista, la perspectiva de género se instaló en el discurso teórico del feminismo y se ha ido institucionalizando en el mundo académico y político,

¹ Profesora. Universidad de La Habana.

logrando un nivel mayor de profundidad en el conocimiento de los cambios que se producen en la relación hombre-mujer y las desigualdades que aún persisten. Hoy, es imposible abordar cualquier aspecto asociado a la situación social e identidad de la mujer de diversas culturas, identificar y explicar los problemas y conflictos que debe enfrentar en su vida cotidiana o su papel en los procesos contemporáneos, sin referenciar las tesis que sobre las relaciones entre los géneros ha construido tal perspectiva teórica.

Hablar de mujer hoy, significa posesionarse de una representación científica de ella como grupo social, cuyas singularidades identitarias y de su situación social se comprenden en un contexto relacional con el otro masculino y mediante la interpretación cultural de una realidad femenina que se somete a procesos de cambios.

El enfoque de género presupone también el reconocimiento de una realidad de desigualdad entre los géneros determinada por múltiples factores, de la cual son responsable todos los subsistemas que forman la sociedad; como cualquier cambio en la situación e identidad de la mujer tiene una repercusión en todas las esferas de la vida social. Tal dialéctica entre la sociedad y el género puede identificarse en el proceso de transformaciones que experimentó la realidad cubana de los últimos cuarenta años, en particular en aquellos espacios sociales que se institucionalizaron con el objetivo de crear un sistema de salud que proporcione calidad de vida: la movilización de la mujer como gestora de salud hizo más humano el sistema de salud, que en la medida que fue cambiando en sus formas estructurales y principios de organización permitió que se alcanzara un progreso en la salud de la mujer.

La movilización de la mujer como gestora de salud ha sido condición determinante de proyectos de desarrollo de la salud que descansan en una filosofía social de la medicina. La perspectiva de género ayuda a consolidar dicho enfoque, ella denuncia la condición de explotación que ha vivido la mujer a lo largo de la historia, en que medida la pobreza femenina afecta su salud y la margina de esos servicios, destaca la importancia de las determinantes culturales en la explicación de ese sistema de dominación sexual, sin olvidar las raíces biológicas de las diferencias sexuales. La perspectiva de género en el área de salud, como en otras, es un enfoque político y teórico que trata de comprender la salud como un estado de bienestar total alcanzado por el ser humano. El centro de su reflexión se dirige a poner en evidencia la importancia de las inequidades de género en la construcción social de la salud y como estas tienen un origen en los diseños políticos de los sistemas de salud, en los intereses que se mueven detrás de ellos, y cómo contribuyen a perpetuar un modelo subdesarrollado de la salud.

Un modelo de desarrollo humano de la salud presupone la superación de las inequidades de todo tipo, incluso las de género, y ello es posible cuando el ser humano, de cualquier sexo, raza, clase social y territorio, se considera en igualdad de condiciones sociales objeto y sujeto de la salud. La reflexión de género en salud debe articularse con el

análisis de otras construcciones sociales como las mencionadas porque las inequidades son múltiples y suelen concretarse en ese sentido de diversidad al nivel del individuo.

La discriminación en los servicios de salud que padecen las mujeres de muchas latitudes no solo la padecen por su condición sexual, sino también racial, de clase, étnica y territorial, las potencialidades para que ella se convierta en gestora de salud dependen también de tal articulación en la política de salud.

La efectividad de un modelo de desarrollo humano de la salud radica en saber aprovechar y potenciar los recursos disponibles. Estimular las experiencias femeninas como hacedora de salud, adquiridas a lo largo de una vida de ejercicio en el rol de cuidadora, es sólo el punto de partida necesario para convertir a la mujer en un sujeto protagónico del desarrollo profesional de las ciencias de la salud y del sistema general de salud. Las tradiciones que la cultura femenina ha creado tienen un valor para la sociedad que requiere de la institucionalización, en sus prácticas y relaciones sociales, de una filosofía del cuidado hacia todos los seres humanos, en especial para los más vulnerables. La mujer es un recurso humano cuyas potencialidades la cultura patriarcal ha constreñido a espacios y roles limitados, pero que ha sabido formar en ellos valores y actitudes de protección, una sabiduría de la atención al prójimo, en ocasiones conocimientos sobre medicina natural y representaciones sobre la necesidad del cuidado e higiene del cuerpo, etc. O sea, a pesar de esa realidad cultural, las mujeres han sido capaces de construir en el proceso de interacción del espacio doméstico una serie de valores y conocimientos que son esenciales para un desarrollo humano de la salud.

Las investigaciones que se realizan sobre las actitudes y representaciones de la mujer hacia la salud son contradictorias como lo es esa porción de la realidad que ella vive. Algunas apuntan a destacar más a la mujer como actrices más interesadas en la promoción de salud y con actitudes más positivas que los hombres y otras muestran más las aristas de las secuelas que para la salud deja la cultura femenina de la subordinación. En realidad la historia de la mujer evidencia niveles crecientes de participación como gestora de salud y tales avances resultan de una prolongada lucha femenina por cambiar la cultura y la política oficial que la oprime y que le genera problemas a su salud.

Regularmente el concepto de gestión en la literatura científica tiene una definición económica y se entiende como la acción de administrar. La visión que se expone en el trabajo refiere más un sentido sociológico de la gestión de salud, como toda acción humana dirigida a mejorar el bienestar físico, psíquico y social del individuo o los grupos sociales, ya sea del autocuidado de la salud personal y del colectivo a que se pertenece, como de las acciones encaminadas a garantizar el bienestar integral del otro.

Tal conceptualización orienta la mirada sobre la movilización de la mujer como gestora de salud en un espectro variado de roles dentro de los servicios de salud, como fuera de ellos, entendiéndose en el ejercicio del sistema de roles

especialistas de la salud-pacientes, rol de cuidadora en el espacio doméstico, o incluso en el rol de maestra como proveedora de conocimientos y de estilos de vida saludables. La participación de cualquier sujeto como gestor de salud es necesario entenderlo en un doble sentido: primero, en su calidad de suministrador de salud, y segundo, como receptor y objeto de salud; desde ambas posiciones se realiza una contribución a estilos de vida saludables.

Los estudios de género han puesto en evidencia las desigualdades que entre hombres y mujeres se han creado en este proceso, identificando diversos problemas para la mujer entre los que pueden citarse, en primer lugar, el conflicto más general entre los aportes y dedicación de la mujer como agente de salud que cuida enfermos y proporciona a otros bienestar y la situación de riesgo que experimenta la salud de las mujeres por cuenta de políticas sociales discriminatorias y una cultura femenina que limita su autocuidado, y uno más particular como, desiguales situaciones de participación que se identifican entre los géneros en el sistema de salud y en la familia en el proceso de la gestión de salud.

No es intención del presente trabajo hacer una historia de la movilización de la mujer como gestora de salud, esta es una tarea pendiente que requiere de una investigación de archivo y empírica más sostenida y compleja, pero necesaria dada la lamentable invisibilidad de la mujer en la historia de la salud cubana que se ha escrito. La gestión de salud de la mujer, por otro lado, abarca a toda la gama de las áreas de atención a la salud que es muy variada, aunque en particular ha sido más relevante en el área de la sexualidad y la reproducción como parte de la lógica del proceso cultural de enclaustramiento que la mujer ha vivido en esos espacios. Por eso el trabajo más que hacer historia sobre el papel general de la mujer cubana como hacedora de salud, se centrará en el análisis de las características contradictorias del proceso de gestión de este grupo social en los servicios de salud sexual y reproductiva.

MUJERES GESTORAS

La mujer cubana cuenta con una larga historia como hacedora de salud sexual y reproductiva en la familia, desde la época que las instituciones públicas de salud escaseaban y ella debía recurrir a los servicios de comadronas, a veces parte de su familia o de otras; y llega hasta nuestros días constatable en el ejercicio de sus roles familiares cuyos contenidos de cuidadora se reproducen desde tiempos remotos, de una generación femenina a otra unidas por lazos materno-filiales. La represión hacia la sexualidad que durante varios siglos en Cuba vivió la mujer -contexto en el cual se le prohibía mostrar su cuerpo al hombre, incluso médico, se la obligaba a ser tolerante con un marido adúltero portador de enfermedades venéreas y a cumplir con sus obligaciones sexuales-, determinaron, tanto, la necesidad de que la mujer como grupo asumiera el autocuidado de su cuerpo, como que se viera violentada permanentemente su estado de salud sexual y reproductivo.

La literatura cubana a fines del siglo XIX y principios del XX^{1,2} ha representado muy bien las obligaciones que las mujeres cubanas tenían para con sus esposos, la moral sexual represiva para ella, así como la situación de riesgo que para la salud de la esposa entrañaba la convivencia sexual con maridos adúlteros, y el ejercicio de la prostitución sin la debida protección para las mujeres que se ejercían en esa función. La cantidad de abortos practicados en condiciones no sépticas y por personal no siempre preparado y las enfermedades venéreas provocaban la muerte a muchas mujeres, y cuando no sucedía el mal menor esperado era la infertilidad precedida de una urgente intervención quirúrgica. De tales hechos dan cuenta las altas tasas de mortalidad materna de la época.

Tal conflicto entre la mujer cubana como proveedora de salud sexual y reproductiva y la «violentación» a que se veía sometida su estado de salud se agrava más en dependencia de la clase social y raza a la cual pertenecía la mujer. La negra esclava en Cuba era un figura doméstica importante en los roles de nodriza de los hijos de la mujer-ama-blanca, comadrona que cuidaba su salud durante el proceso del embarazo y parto, la que prodigaba los cuidados a las enfermedades que padecían sus amos y era también una mujer sometida a las presiones psicológicas y físicas del acoso sexual y la violación de su dueño, quien la poseía como esclava; con frecuencia no podía vivir un matrimonio con hombres de su raza, ni tener hijos debido a las condiciones de separación de los sexos que provocaba el régimen esclavista, o vivía las tensiones mentales de ver a sus hijos y familia morir ante el contagio de enfermedades provocadas por las condiciones de maltrato e insalubres en que vivían los esclavos, o incluso morir ella por esa situación de maltrato. La marginalidad de las mujeres no blancas en el área de la salud sexual y reproductiva se perpetuó incluso después de la desaparición de la esclavitud y la instauración de la neocolonia de muy diversas maneras.

COMADRONAS

Si se habla de gestión de salud en esta área es necesario referenciar el importante papel de las comadronas cubanas, figura que durante varios siglos fue proveedora de salud para la mujer, aún después cuando aparecen los servicios públicos. Desde una visión colectiva del ser mujer, pudiera representarse a la comadrona como la figura cuya función es el autocuidado, en tanto se trata de una ocupación desempeñada siempre por mujeres que se institucionaliza, con el objetivo de proteger a su grupo y hacer posible su sobrevivencia después del parto, y la de su hijo.

La comadrona es una figura pionera en los servicios de salud sexual y reproductiva en Cuba, la única opción para una época de represión sexual. Su historia podría sintetizarse en una acción permanente por acceder al saber académico, del cual fue por largo tiempo marginada condenándola al conocimiento empírico; limitación que le generó dificultades en su labor de dotar de salud a la mujer y al niño al momento del parto. La historiadora Raquel Vinat recoge

algunos momentos de institucionalización que permitieron que las comadronas cubanas contaran con el apoyo oficial de las instituciones de salud de aquel entonces para superar las limitaciones del saber empírico; se refiere en 1828 a la creación de la escuela de parteras en el Hospital de Mujeres de San Francisco de Paula en La Habana y en 1899 a la fundación de la Clínica de Partos dirigida por una mujer pionera entre las comadronas facultativas y en la labor de administración de esos servicios.³

El papel que la comadrona ha desempeñado en la gestión de salud sexual y reproductiva se reconoce en las estadísticas del censo de 1943 que recogen la cantidad de mujeres dedicadas a diversas profesiones de la salud (tabla).

El 100 % de las personas dedicadas a esa labor de parteras empíricas son mujeres y la mayoría son ciudadanas cubanas de razas no blancas, aunque también es elevado el número de mujeres blancas cubanas. A esa cifra no llega la mujer ni siquiera en el rol de enfermería donde también es mayoría, en particular las mujeres de raza blanca. El tercer lugar de importancia como hacedora de salud en los servicios cubanos de 1943 lo ocupa la mujer farmacéutica con un valor relativamente menor que el hombre. La discriminación que la mujer vivía en los servicios de salud de aquel entonces se focaliza sobre todo en el 4,6 % de mujeres cubanas en labores de médico y el 17,2 % en el ejercicio de la especialidad de optometrista. De las estadísticas se infiere que en la medida que las ocupaciones requerían de un nivel académico superior la presencia de la mujer como hacedora de salud se debilita, esa situación empeoraba en el caso de las mujeres no blancas y de áreas rurales. Similares estadísticas de la década del 50 muestran una situación igual de discriminación, del total de mujeres empleadas, que era bajo, el 79,6 % lo hacía en servicios domésticos privados.⁴

SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

Pudiera afirmarse que durante la primera mitad del siglo XX como tendencia histórica se identifica un crecimiento cuantitativo en el papel de la mujer cubana como hacedora de salud sexual y reproductiva, por cuenta fundamental-

mente de la extensión del papel de cuidadora, que la mujer desempeñaba tradicionalmente en el hogar, al ámbito público de los servicios de salud; pero no se experimentan cambios estructurales que permitan considerar que la mujer se halla ante un proceso de superación de las inequidades de género en salud que la potencien como suministradora y receptora de la salud sexual y reproductiva en Cuba.

Tales cambios se producen en la segunda mitad del siglo XX y se desarrollan en el contexto de transformaciones revolucionarias que experimenta toda la sociedad cubana de las cuales son esenciales las profundas renovaciones al poder político y a la estructura económica. El nuevo poder político que se instauró expresó la voluntad de promover un modelo de desarrollo humano que intentaba articular la política económica y la social y superar todas las inequidades que se crearon durante siglos entre razas, clases, territorios y los sexos. El nuevo enfoque en la política de desarrollo fue determinante para el despliegue de importantes cambios en el modelo de desarrollo de la salud cubana.

La salud cubana se vio sometida durante la década de los 60 y 70 a un proceso de modificación e institucionalización de nuevos principios básicos de su organización y funcionamiento en todas las áreas de los servicios de salud. Se inició un proceso de superación de las inequidades de género, raciales, de clase y territoriales ya tradicionales en el entorno de salud que caracterizaba al modelo privado capitalista, tal proceso se hizo posible gracias a la formación de un sistema único para la atención a la salud, público, con servicios gratuitos, basado en la filosofía preventiva, comunitaria, planificada e integral.

La nueva política social convirtió a la salud en un derecho para todos, incluso para la mujer de todas las razas y grupos sociales. El enfoque de igualdad de posibilidades que ha prevalecido en la política de salud cubana se concretó en la elaboración de diferentes programas que reconocen los derechos de la mujer al control de su sexualidad y reproducción y a una vida saludable en esas áreas.

La mujer cubana en las últimas cuatro décadas ha experimentado un progreso notable en el desarrollo de su salud sexual y reproductiva en múltiples aspectos; la política ha

TABLA. Número de personas con títulos académicos y profesionales en salud por sexo, raza y ciudadanía (totales y % de mujeres sobre total)

Ocupaciones	Cubanos											Extranjeros				
	Blancos			No blancos					Blancos			No blancos				
	T	V	H	%	V	H	%	T	V	H	%	V	H	%		
Dentistas	1 322	953	145	11	161	39	3	24	21	3	0,2	-	-	-		
Enfermeros	1 848	456	1178	63,7	18	69	3,7	127	33	90	4,9	-	4	0,2		
Farmacéuticos	2 135	1 027	899	42,1	63	100	4,7	43	25	14	0,6	7	-	-		
Médicos	3 533	3 082	115	3,3	269	4,7	1,3	70	57	12	0,3	1	-	-		
Optometristas	163	119	28	17,2	10	-	-	6	6	-	-	-	-	-		
Comadronas	1 068	-	452	42,3	-	592	55,4	24	-	13	1,2	-	11	1,03		

Fuente: Censo de población de 1943.

hecho de ella un objetivo central del desarrollo de la salud y ha potenciado su papel como sujeto de salud. La evolución de los valores de indicadores como la mortalidad materna y la cantidad de niños nacidos en hospitales hacia parámetros estadísticos comparables con los países del primer mundo son un ejemplo de las condiciones favorables en que la mujer cubana recibe una atención a su salud materna. La mortalidad materna alcanzó en el 2000 el valor de 55,7 por 100 000 nacidos vivos⁵ y el 99,9 % de los niños nacidos vivos en 1994 lo hicieron en hospitales.⁶

Detrás de este último dato se esconde el hecho histórico relevante de la extensión de los servicios hospitalarios y comunitarios de atención ginecoobstétrica a todos los territorios del país, lo cual ha elevado la calidad de la vida reproductiva de la mujer y la salud de su hijo.

Como parte de esa política el sistema de salud cubano logró hacer desaparecer de la escena doméstica, en las áreas urbanas y rurales, a la comadrona o partera empírica y en su lugar promovió la participación de la mujer en los roles de enfermera y médica que brindan atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre. Aunque desde los inicios de la república se hicieron algunos esfuerzos para dotar de conocimiento a las mujeres que se ejercían como comadronas, el hecho cierto es que solo en el proceso de creación del nuevo sistema de atención es que se instrumentó una política educacional en el país, de la cual participó la enseñanza de las ciencias médicas, en la cual se eliminaron barreras discriminatorias que facilitaron el acceso de la mujer al saber médico, hecho educacional que tuvo un impacto en la división del trabajo hacia el interior del sistema de salud cubano. Las estadísticas oficiales del 2000 sobre la distribución de las ocupaciones por sexo reflejan una participación mayoritaria de la mujer en actividades como: medicina general integral que cuenta con una presencia femenina del 66,4 % del total de dedicados, ella es el 64,2 % de todos los pediatras en ejercicio, el 45,6 % de los especialistas en ginecología y obstetricia,⁶ profesión que hoy comparte con el hombre, porque ya se han superado las barreras represivas que impedían a este acceder al cuerpo femenino para su estudio científico; por solo mencionar algunas de las variadas actividades desde las cuales se desempeña en funciones de gestora de salud.

El papel de la mujer cubana como médico general integral y como enfermera es decisivo en los niveles comunitarios donde el enfoque social y preventivo de la medicina tiene relevancia. Es esencial en la labor de prevención del embarazo en la adolescencia, del embarazo no deseado a cualquier edad, en la planificación de la reproducción, la prevención de enfermedades sexuales transmisibles, y en general para el seguimiento a la salud reproductiva y sexual de la mujer y el hombre, tanto en su aspecto físico como mental.

En el nivel de los servicios de salud comunitario en Cuba el papel de la mujer ha sido decisivo y creativo. Desde los años 60 cuando se funda la Federación de Mujeres Cubanas una de sus primeras actividades fue crear la función

rol de la brigadista sanitaria y organizar su capacitación. Su misión fue participar en tareas, como: vacunaciones masivas, higienización de los barrios insalubres, labores de auxiliar de enfermería, control y promoción de las pruebas citológicas, control y erradicación de epidemias y enfermedades infecto-contagiosas, trabajo en la reducción de la mortalidad infantil y materna. La brigadista sanitaria fue durante largo tiempo una figura que contribuyó a la salud general de la población y de manera particular a la de la propia mujer, muchas de sus acciones se dirigían a mejorar la calidad de la vida reproductiva de la mujer cubana y desempeñaron un rol esencial en la institucionalización del enfoque preventivo y social de la salud cubana.

En materia de receptora de salud existen también otros indicadores que muestran el progreso que ha experimentado la vida sexual y reproductiva de la mujer cubana, entre ellos pueden citarse el apoyo de la legislación y del sistema de salud a las prácticas abortivas como decisión femenina, el fácil acceso a la anticoncepción moderna con el objetivo de que la mujer pueda planificar sus embarazos y tener hijos deseados, la extensión por el país de los hogares maternos que atienden a las mujeres en condiciones de riesgo y el desarrollo de programas para la educación sexual, que pretenden elevar la responsabilidad femenina en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, por solo mencionar aquellos que parecen más relevantes.

Sin embargo, el progreso experimentado por la mujer cubana como gestora de salud no significa que las contradicciones que la cultura femenina le crea hayan desaparecido del escenario de la identidad de la mujer cubana.

INIQUIDADES

La construcción de un sujeto femenino en la salud es un proceso que requiere de la superación de inequidades de género aún constatables en esta esfera de la vida humana. Investigaciones sobre salud y familia realizadas en el país siguen otorgándole a la mujer la función central en la actividad de cuidar enfermos y ancianos en el hogar, y como acompañante de pacientes en las instituciones de salud. Por un lado, tal situación habla del decisivo papel de la mujer como suministradora de salud, pero al realizarse en condiciones nuevas, cuando un creciente número de mujeres han asumido responsabilidades públicas, el cumplimiento de esa misión genera sobrecarga de actividades y se afecta la salud física y mental de la mujer.

En el sistema de salud cubano se identifican también otras desigualdades en la participación de los géneros como promotores de salud. La participación de la mujer ha crecido sobre todo en las actividades clínicas, mientras que es más débil en las quirúrgicas, es notable ese hecho en la especialidad de pediatría, ellas son el 64,2 % de todos los médicos dedicados, mientras que en la cirugía pediátrica sólo el 29 %; otras especialidades como la cirugía cardiovascular y general dan cuenta de ese hecho.

Si se comparan también las estadísticas presentes con las pasadas seguro se puede identificar una creciente labor de la mujer en la organización y administración de la salud, de casi una inexistente presencia femenina en esta actividad a principios del siglo XX, se ha avanzado al 38 % de mujeres que se dedican a esas ocupaciones.⁶ Sin embargo, esa cifra resulta baja cuando se compara con el valor estadístico que ella representa como fuerza de trabajo calificada en el sistema de salud cubano.

Una evaluación detallada de, incluso, algunos indicadores evaluados positivamente sobre la sexualidad y la reproducción también arrojan insuficiencias y contradicciones que hablan de la necesidad de continuar renovando la relación entre los sexos y proyectándola hacia un modelo de salud más equitativo. La política de acceso a los métodos modernos de anticoncepción le ha permitido a la mujer mayor control sobre su fecundidad y libertad sexual, pero no ha logrado superar las afectaciones de salud que se generan por cuenta de que este sigue siendo una responsabilidad de la mujer. La institucionalización de las prácticas abortivas hospitalarias, en ese contexto de renovación de una cultura reproductiva centrada en la mujer, ha generado un incremento de tales prácticas en las últimas décadas, en particular entre las más jóvenes, las afectaciones que esas prácticas traen a la salud de la mujer son menores hoy por las condiciones sépticas en que se realizan, pero no han desaparecido en su totalidad.

La maternidad adolescente cuando se vive en soledad sin apoyo familiar, es también un problema de salud que viven hoy muchas mujeres cubanas y sus hijos, su repercusión es sobre todo de índole psicosocial, pues la cobertura a la atención de la salud biológica de la mujer embarazada atenúa su impacto fisiológico. Algunas familias consideradas en riesgo social son dirigidas por mujeres que tienen antecedentes de maternidad precoz. Tal proyecto de vida afecta, además, el proceso de renovación de identidad de la

mujer hacia una realidad de equidad entre los géneros y renueva prácticas culturales femeninas que son responsables de los problemas de salud mental y fisiológicos que padecen las mujeres.

REFLEXIÓN FINAL

Las contradicciones en el proceso de movilización de la mujer como hacedora de salud en Cuba no están asociadas a la naturaleza de su sistema de salud público, ni a los principios que lo sostienen, más bien dependen de la necesidad de una política educativa y de salud en función de lograr instrumentar con mayor rigor el enfoque de género. Dependen también de los avances que se continúen obteniendo en materia de la relación entre los sexos en otras instituciones de la sociedad, porque los problemas de salud no sólo son una responsabilidad de los servicios y las instituciones de salud sino de todo el sistema social. La conversión de la mujer como sujeto de salud será posible en la medida como la cultura masculina también permita potenciar al hombre como gestor de salud sexual y reproductiva.

La solución al conflicto continúa hallándose en la política estatal, la que puede significar un apoyo esencial en la creación de instituciones que compartan con la familia el papel de cuidar a los enfermos, o en la renovación de los procesos actuales que organizan las instituciones que se encargan de esos roles. Tiene que ver también con la familia y la necesidad de continuar trabajando en la valorización del papel del hombre en esa institución social. En realidad se requiere de una intervención de todas las instituciones como responsables de la labor del cuidado a la salud sexual y reproductiva, en definitiva la función de reproducción no tiene porque ser sólo una responsabilidad de la familia y las instituciones de salud, ni la vida doméstica un problema exclusivo de la mujer.

SUMMARY: Contradictions of the mobilization of woman as a manager of sexual and reproductive health in Cuba The peculiarities of the historical process of the mobilization of woman as a health manager in the struggle against the economic underdevelopment as a material condition of health development are explained. It is supported by a triangular prospect based on the use of qualitative and quantitative techniques. National statistics, as well as empiric data obtained from surveys and interviews to experts are used. An analysis from the gender perspective of the mobilization of woman as a health manager, a determining condition of health development projects based on a social philosophy of medicine, is made. The gender perspective that denounces the exploitation woman has been subjected to along history and stresses the importance of the cultural determinants for explaining this system of sexual domination, is a political and theoretical proposal that aligns to the speech trying to understand health from a social approach, as a state of complete well-being attained by the human being and determined by several factors. A model of human development of health presupposes the overcoming of all kinds of inequities, including gender, and it is possible when the human being of any sex, race or social class is considered as object and subject of health. The effectiveness of the development model lies in knowing how to use the available resources. To potentiate woman's abilities as a health manager, abilities that were acquired in the course of her role as a caretaker along life, is just the starting point necessary to turn woman into a protagonist of the professional development of health sciences and of

the general health system. Woman is a human resource whose potentialities have been restricted to limited spaces by the patriarchal culture. In spite of this cultural reality, women have been able to establish in the process of interaction of the domestic space a series of values and knowledge that are fundamental for a model of human development of health that attempts to promote the access to health services under conditions of gender equity and to reconstruct the health system provoking ruptures with the sex division of work. In the research they appear as the most interested in health promotion and with the most positive attitude towards health.

Subject headings: **WOMENS RIGHTS; WOMENS HEALTH SERVICES.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Carrión M. Las Honradas. La Habana; Ed. Letras Cubanas; 2001.
2. _____. Las Impuras. La Habana: Ed. Letras Cubanas; 2001.
3. Vinat de la Mata R. Las cubanas de la posguerra (1898-1902). Acercamiento a la reconstrucción de una etapa olvidada. La Habana: Ed. Política; 2001.
4. Pavón R. El empleo femenino en Cuba. La Habana: Ed. Ciencias Sociales; 1977.
5. Anuario estadístico de Cuba. ONE. 2000.
6. Anuarios estadísticos del MINSAP. Cuba. 2001.

Recibido: 18 de noviembre de 2002. Aprobado: 2 de diciembre de 2002.
Reina Fleitas Ruiz. Universidad de La Habana, Avenida Universidad y L, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.



Un examen de las estadísticas de las Naciones Unidas sobre la distribución del personal dedicado a la I+D, mostró que los países de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) agrupaban la mitad de los científicos e ingenieros del mundo, los países asiáticos, desde la India a Japón, poseían casi la tercera parte, África disponía de 6 % y América Latina solo de 4 %.

En cuanto a la producción científica, las cifras mostraban la desigualdad existente entre países desarrollados y en vías de desarrollo. A estos últimos ubicados en Asia, África y América Latina les correspondía en 1995, solo alrededor de 6,7 % del total mundial de publicaciones científicas, mientras que 38,4 % se ubicaba en EE.UU., 35,8 % recaía en científicos europeos y 10,1 % en Japón y los NICs.

Fuente: Ciencia, Innovación y Desarrollo. Vol. 7, No. 1, 2002:9