

LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO. I. ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER EN EL TERCER MUNDO¹

Este artículo es el primero de una serie de tres que se refiere a la salud de las mujeres pobres del Tercer Mundo. En él se hacen consideraciones sobre la salud de la mujer en relación con su nutrición, con los cambios experimentados en la práctica de la alimentación del recién nacido y con las enfermedades de transmisión sexual.

La mala salud de la mujer en los países en desarrollo: Un círculo vicioso²

La salud de la mujer, y sobre todo su estado de nutrición, debe considerarse como un proceso ininterrumpido que se extiende a lo largo de toda su vida. Para que los programas de salud tengan efectos apreciables será imprescindible que tengan en cuenta esa realidad y dejen de ocuparse solamente de la mujer en la sala de parto.

El estado de nutrición y de salud de la mujer en los países menos desarrollados evoluciona con continuidad a lo largo de toda su vida en ciclos sucesivos de malnutrición, infección y relaciones entre una y otra. Esta situación crea un círculo vicioso: las madres pobres, malnutridas, tienen hijos asimismo malnutridos, incapaces (aunque no por razones genéticas) de crecer normalmente, y las niñas, a su vez, llegan a ser madres pobres y malnutridas. En ge-

neral, los servicios de salud pública de países en desarrollo apenas se ocupan, o no se ocupan en absoluto, de adoptar las medidas preventivas que permitirían romper esta espiral, y ello pese a todos los intentos que se efectuaron recientemente para reorientar los servicios de salud hacia la atención primaria.

Se dispone de escasos datos relativos al estado de nutrición de la mujer, independientemente de su función reproductora. Sin embargo, utilizando informaciones previas al embarazo, se puede demostrar que aun antes del momento de la concepción ya sufren de su mal estado de salud y nutrición. Por ejemplo, en Guatemala se ha observado recientemente que la estatura media de las mujeres en el primer trimestre de gestación era de 143 ± 5 cm, que equivale al 88% del promedio de mujeres en Estados Unidos de América en condiciones comparables, hecho que revela la existencia de una carencia nutricional crónica. En la misma población guatemalteca, el peso de la embarazada era de 46 ± 1.76 kg, equivalente a 78% del peso medio de las mujeres en buen estado de nutrición. La ingesta de alimentos durante el primer trimestre era muy inferior a las recomendaciones dietéticas diarias formuladas para no embarazadas. (Este hecho no se puede explicar por las náuseas y los vómitos, complicaciones casi desconocidas

¹ Bajo este título general se han agrupado cuatro trabajos que constituyen la primera de una serie de tres partes que se publicarán en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. La segunda, que se refiere a problemas de población, de influencia y de higiene ambiental, aparecerá en el Vol. 93, No. 5, 1982, y la tercera parte, que trata algunas dificultades que plantea la actuación de la mujer en la atención de salud, se incluirá en el Vol. 93, No. 6, 1982. Los trabajos que integran esta serie se publicaron en Blair, P. W. ed. *Health Needs of the World's Poor Women*, Washington, D.C., Equity Policy Center, 1981.

² Por José Villar, Universidad Johns Hopkins, Departamento de Salud Materno-infantil, 615 N. Wolfe Street, Baltimore, Maryland 21205, EUA, y José M. Belizán, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, Guatemala.

entre las indígenas de Guatemala.) Además, con frecuencia la infección crónica se asocia al estado subóptimo de nutrición; en un estudio que se realizó en mujeres del medio rural de América Central se encontró que el 48% mostraban alteraciones celulares vaginales indicativas de inflamación, mientras que la incidencia de infección bacteriana de las vías urinarias era de 22 por cada 100 embarazos en su comienzo. En resumen, en estos diversos estudios se observa que ya al inicio de la gestación las mujeres padecen deficiencias nutricionales y de salud.

Esta situación no deja de repercutir tanto sobre la propia madre como sobre sus hijos. Cuando la estatura de la madre disminuye, aumenta la incidencia de niños con insuficiencia ponderal al nacer, y si la madre es baja y pobre, la incidencia de insuficiencia ponderal en el recién nacido crece en gran medida; es así como en los países en desarrollo esta incidencia llega a ser del 15 al 40% de todos los nacidos vivos. La insuficiencia ponderal al nacer es, con mucha diferencia, el más grave riesgo a que se ven sometidos los recién nacidos, porque aumenta su vulnerabilidad a todos los problemas del desarrollo y causas de defunción. De todos los recién nacidos que mueren, dos tercios pesaron menos de 2 500 g en el momento de nacer.

Un estudio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) demuestra que la administración de suplementos alimenticios a la madre puede reducir considerablemente la incidencia de nacimientos con insuficiencia ponderal. Sin embargo, es posible que la madre se encuentre en un proceso que podría considerarse como una forma de inanición lenta. Esto sucede a causa de que el peso total del feto, placenta, líquido amniótico, útero, mama, líquido intersticial y volumen sanguíneo es de unos 9,3 kg. Pero la mujer guatemalteca sólo gana por término medio de 5 a 7 kg en el curso de su embarazo. Por consiguiente, de una cuarta a una tercera

parte de las estructuras de apoyo para la madre y el feto durante la gestación se han creado a expensas de otros tejidos maternos.

La mujer, además de las exigencias que le impone el parto, ha de hacer frente a los requerimientos nutricionales propios de la lactancia y ha de realizarla con éxito. En primer lugar, ha de acumular reservas grasas, por término medio unos 4 kg en el curso de una gestación completa. De esta forma, obtendrá unas 36 000 Kcal adicionales, vitamina A, ácidos grasos esenciales, tiamina, niacina y riboflavina, todo ello en relación con la ingesta energética. Después de nacido el niño, la mujer lactante necesita de 600 a 800 Kcal por día en exceso de la ingesta dietética normal. Se recomienda asimismo una ingesta adicional de 20 g de proteínas y un incremento general de casi todos los demás nutrientes. Estos factores permitirán a la mujer lactante alimentar a su niño durante seis meses sin que ello vaya en detrimento de sus propias reservas.

Pero la mayor parte de las madres escasamente nutridas de los países en desarrollo no incrementan durante el embarazo sus reservas de grasa, y su ingesta nutricional diaria en el curso de la lactancia casi nunca llega a la recomendada por la OMS/FAO. Su ganancia ponderal media durante la gestación sólo es de 5 a 7 kg, en lugar de los 10-12 kg que se consideran necesarios como acumulación adecuada de grasas. En efecto, se observa que madres que lactan por períodos de nueve meses pueden perder de 2 a 4 kg por relación a su peso previo a la gestación. Una madre muy mal alimentada puede llegar a perder hasta 7 kg después de un año de lactancia.

La lactancia en las adversas condiciones físicas y ambientales de los países del Tercer Mundo no sólo representa una pérdida para la madre sino que además afecta al recién nacido, pues, como han demostrado Jelliffe y Jelliffe, la leche de la mujer malnutrida no alcanza los puntos óptimos de calidad y cantidad, es escasa en grasa

CUADRO 1—Proteínas en la leche humana. Necesidades del recién nacido con retraso del desarrollo intrauterino (poblaciones escasamente nutridas).

Meses de vida	Peso medio (g) ^c	Necesidades proteínicas calculadas para recién nacidos retrasados en su desarrollo ^a		Proteínas en la leche de madres malnutridas, calculadas sobre 600 ml de leche al día ^b		% de las necesidades	
		Total/día (g)	g/100 Kcal	Total/día (g)	g/100 Kcal ^d	Total/día (g)	g/100 Kcal
Nacimiento	2 150	6,90	2,52	4,80	1,40	69	56
1 mes	3 040	7,71	1,95	4,80	1,40	62	71
2 meses	3 930	8,50	1,66	4,80	1,40	56	86
3 meses	4 850	9,33	1,47	4,80	1,40	51	95

^a Cálculo basado en el peso antes expuesto.^b Se supone que durante los tres primeros meses de vida se mantiene uniforme el volumen.^c Cruise, M. D. *Pediatrics* 51:620, 1973.^d Se parte de cifras supuestas de 0,8 g/100 ml de proteínas y 57 Kcal/100 ml (promedio observado).Fuente: Villar, J. y Belizán, J. M. Protein requirements for intrauterine growth retarded infants. *Am J Clin Nutr* 33:536-541, 1980.

(calorías), en vitaminas hidrosolubles, en vitamina A y, en cierta medida, en calcio y proteínas. Aun cuando los valores de proteínas lácteas en el estudio de Jelliffe no mostraban que existiesen grandes diferencias entre mujeres bien y defectuosamente nutridas, sí eran insuficientes para satisfacer las necesidades de los recién nacidos con desarrollo intrauterino retardado, que constituyen del 20 al 30% de todos los nacidos vivos en zonas rurales. Se ha encontrado que las necesidades proteínicas de este grupo especial y muy vulnerable pueden ascender a 2,5 g/100 Kcal, mientras que en la leche de las madres malnutridas se han encontrado valores de 1,41 g/100 Kcal. Cuando el período de crecimiento rápido empieza a declinar, lo que sucede en el tercer mes aproximadamente, la riqueza proteínica de la leche materna se sitúa casi en 1,47 g/100 Kcal, que es lo que necesita el niño, como puede verse en el cuadro 1, pero esas madres necesitan producir más de un litro de leche al día para que se alcance la cantidad necesaria total de proteínas. Las mismas observaciones se podrían hacer en lo que respecta a las calorías. En el cuadro 2 se ve claramente que, después del segundo mes de vida, el niño de crecimiento retrasado no

puede obtener de la leche materna las calorías que necesita.

La figura 1, basada en datos obtenidos en un estudio longitudinal de niños pobres del medio rural de Guatemala que se alimentaron exclusivamente de leche materna durante un año por lo menos, muestra que los factores físicos y ambientales característicos de las sociedades en desarrollo actúan en conjunto para dar una población femenina que ya a los seis meses de vida está en desventaja. La diferencia de peso entre estos niños guatemaltecos y los de sociedades más ricas, teniendo en cuenta la cantidad de niños con insuficiencia ponderal de los países en desarrollo, se torna cada vez mayor durante el primer año de vida. A los cinco años de edad la diferencia es considerable, y diez años más tarde el ciclo se inicia de nuevo cuando esas niñas empiezan a ser madres.

Así, pues, el estudio riguroso de los datos disponibles permite sacar la conclusión de que apenas puede esperarse que mejoren la salud y el estado de nutrición de las mujeres mediante intervenciones que actúen únicamente durante el período de gestación. Y toda esa información demuestra asimismo la ineficacia especial que tendrían las intervenciones en el curso

CUADRO 2—Calorías en la leche humana.^a Necesidades en recién nacidos con retraso del desarrollo Intrauterino.

Meses de vida	Necesidades de calorías calculadas para recién nacidos con desarrollo retrasado (Kcal/día) ^b	Calorías en la leche de madres malnutridas, calculando 600 ml de leche al día ^c	% de las necesidades
Nacimiento	275	392 ^d	145
1 mes	395,2	392	99
2 meses	510,9	392	76
3 meses	630,5	392	62

^a Se supone que durante los tres primeros meses de vida se mantiene uniforme el volumen.
^b Para los cálculos se han utilizado los mismos pesos de recién nacido que en el cuadro 1.
^c Como referencia de Kcal/100 ml se utilizó el promedio entre los valores medios y los inferiores de mujeres bien nutridas (57 Kcal/100 ml).
^d Para obtener una cifra más conservadora se ha procedido a un incremento del 15% sobre las 345 Kcal/día calculadas.

del último trimestre, que con tanta frecuencia se han propuesto. La única forma de romper con éxito esta espiral ascendente de mala salud de las madres y de los niños sería que se llegase a considerar la salud como un proceso íntegro que evoluciona durante todo el ciclo biológico, y en consecuencia establecer los planes adecuados para el mantenimiento de la salud.

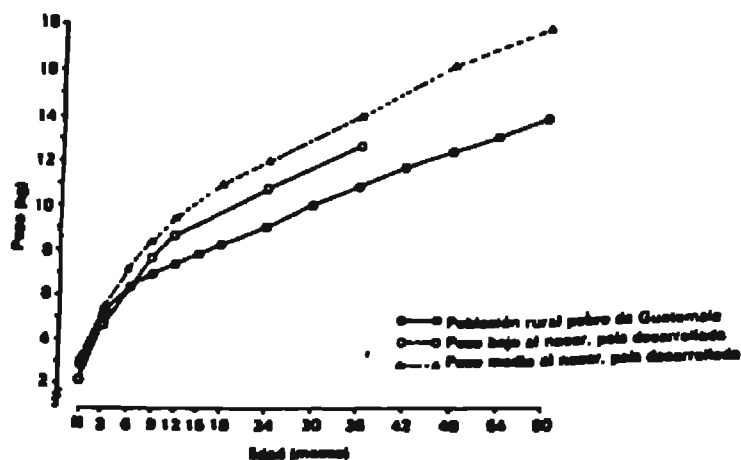
Es preciso aclarar sin lugar a dudas que el debate acerca de la leche humana no se debe de ninguna manera interpretar como un consejo de que la mujer no lacte. La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido sano de una mujer bien nutrida. Cuando no se reúnan esas condi-

ciones, será preciso adoptar las medidas de salud pública necesarias. Tampoco sería correcto pretender que la única solución a este problema sea evitar el embarazo de tales mujeres. Se dispone de medios evidentes para mejorar el estado básico de salud y de nutrición de las madres. La sociedad tiene la responsabilidad de actuar conforme a esos procedimientos y dejar que las parejas, en el contexto de sus sociedades correspondientes, decidan cuándo desean tener hijos y en qué número. Deben asimismo tener la oportunidad de actuar de acuerdo con su elección.

Nutrición de la mujer, una inversión en calidad humana³

Es indiscutible que las necesidades nutricionales de la mujer embarazada y lactante son muy superiores a las de la mujer que ni está embarazada ni lactando. Se van a examinar aquí cuáles son las consecuencias de la insatisfacción de los requerimientos nutricionales maternos, tanto sobre la madre como sobre el niño. Se tomarán como base los resultados de

FIGURA 1—50º percentil de ganancia ponderal en niñas de distintas poblaciones.



Fuente: Belizán, J. et al. The Paruhul Study. (Datos inéditos.)

³ Por Elena Hurtado, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Apartado 11-88, Guatemala, Guatemala.

un estudio longitudinal de intervención alimentaria con distintos niveles de suplementos alimenticios, que realizó el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en cuatro comunidades rurales de Guatemala.

El estudio del INCAP, como tantos otros, puso de manifiesto los efectos de la desnutrición materna sobre el crecimiento fetal, el crecimiento del recién nacido, el desarrollo mental, la lactancia y el intervalo entre nacimientos. Los datos obtenidos señalan la importancia de los suplementos alimenticios en la dieta materna, pero ponen además de relieve la trascendencia que tiene el estado nutricional de la mujer antes de la gestación. Pero para tratar este último problema se requiere un planteamiento a más largo plazo. Se necesitan programas de expansión de la producción de alimentos y una mayor disponibilidad de éstos, actividades de salud y nutrición, de educación, de planificación familiar, etcétera.

Nutrición materna y crecimiento fetal

Las modificaciones en el sistema hormonal materno que se producen durante el embarazo contribuyen a que el feto pueda disponer de los nutrientes que necesita con relativa independencia de las vicisitudes de la dieta materna. Sin embargo, cuando las carencias dietéticas de la madre alcanzan puntos críticamente bajos, queda reducida la eficacia de los mecanismos que mantienen la nutrición fetal. Cuando tal cosa sucede, otros factores adquieren una importancia fundamental para la ganancia ponderal del feto: el estado de nutrición de la madre antes del embarazo, su ingesta de nutrientes durante éste y la eficacia con que se opera la conversión de tejidos maternos en nutrientes a disposición del crecimiento fetal.

Si se tiene en cuenta el desfavorable estado de nutrición de una gran proporción

de las mujeres en los países en desarrollo, no ha de sorprender que estos países contribuyan con más de un 94% a la totalidad de los niños con insuficiencia ponderal que nacen en el mundo entero. Los investigadores del INCAP han encontrado que existe una asociación entre la estatura y la circunferencia cefálica maternas (medidas ambas de los antecedentes nutricionales) y el peso de los hijos al nacer. Entre madres de igual estatura, se ha encontrado una relación semejante entre el peso previo al embarazo y el peso del niño al nacer.

Es indudable la utilidad de la administración de calorías suplementarias durante el embarazo. De esta forma se consiguió incrementar la ganancia de peso durante la gestación en la población estudiada por el INCAP, y la ganancia del peso materno mantiene una estrecha asociación con el peso del niño al nacer, tanto en países industrializados como en países en desarrollo. Es más, se observó una asociación entre la administración de suplementos calóricos y el peso al nacer en embarazos consecutivos de una misma madre. Los resultados preliminares de esta investigación han mostrado asimismo la existencia de una correlación significativa entre la administración de suplementos calóricos y la duración del embarazo.

Nutrición materna y desarrollo del recién nacido

Los niños con insuficiencia ponderal al nacer sufren una mortalidad más elevada que los que nacen con un peso más favorable. En el estudio del INCAP, la proporción de defunciones era más elevada entre los hijos de las mujeres que habían recibido menos suplementos que entre los de las mujeres que habían recibido suplementos durante más tiempo, es decir, que se habían beneficiado de estos suplementos durante el embarazo y la lactancia. Se observó asimismo una diferencia entre la pro-

porción de niños con retraso del crecimiento físico hasta los seis meses de edad en relación con el nivel de suplementación calórica de sus madres durante el embarazo y la lactancia, diferencia que puede relacionarse con el hecho de que los suplementos administrados a las madres lactantes se asociaron con un aumento en la cantidad de leche materna y la duración de la lactancia.

Se ha observado también que la insuficiencia ponderal al nacer se asocia con deficiencias en el funcionamiento mental. El estudio del INCAP puso de manifiesto que existía una relación entre el peso al nacer y los resultados obtenidos en la escala de evaluación de Brazelton, así como con los de una subescala de motricidad perteneciente a una escala mixta para niños de seis meses de edad. Además, se encontraron correlaciones significativas entre los suplementos administrados durante la gestación y los resultados obtenidos en pruebas a los seis meses de edad en niños nacidos consecutivamente en una misma familia.

Nutrición materna y espaciamiento de los nacimientos

Los efectos acumulativos de ciclos consecutivos de reproducción pueden provocar una "depleción materna" general, que se manifiesta por pérdida progresiva de peso y un aspecto de envejecimiento prematuro. Cuanto peor nutrida está una mujer, mayor será el tiempo que haya de transcurrir entre dos gestaciones para que su organismo pueda recuperar los nutrientes y ajustarse a su estado de pregestación.

A este respecto, puede ser importante la longitud de la amenorrea puerperal. Se ha pensado que el estado nutricional de la madre influye sobre la duración de la amenorrea puerperal y, por consiguiente, sobre la rapidez con que regresa la fecundidad. El estudio longitudinal del INCAP encontró que, en efecto, cuanto peor nu-

trida estaba una mujer antes y durante su embarazo, mayor era la duración de la amenorrea puerperal. Por tanto, parecería lógico predecir que el mejoramiento del estado de nutrición materno podría facilitar un aumento de población. Pero éste no es necesariamente el caso. Es bien conocido el efecto anticonceptivo de la lactancia. Una mejor nutrición se acompaña de períodos de lactancia más prolongados y de una reducción de la mortalidad infantil. Así, la mayor duración de la lactancia podría aumentar la duración de la amenorrea puerperal, mientras que la baja de la mortalidad infantil prolongaría la lactancia en aquellos casos en que de otra forma el niño hubiera muerto.

Por consiguiente, puede afirmarse que las inversiones en programas nutricionales son inversiones en calidad humana, clave del desarrollo. Estas inversiones pueden hacerse por métodos directos o indirectos. Los métodos directos, como el enriquecimiento de los alimentos, ejercen su efecto sobre nutrientes específicos. En Guatemala, por ejemplo, después de que se introdujo el uso dietético de azúcar enriquecida con vitamina A, se observó un aumento de la concentración de esa vitamina en la leche de mujeres del medio rural; en la actualidad se están investigando los efectos del enriquecimiento del azúcar con hierro.

Un método menos directo es la administración de suplementos alimenticios, de importancia evidente. Después de revisar las relaciones entre nutrición materna y lactancia, Jelliffe y Jelliffe concluyen que, como sucede con tantos otros problemas de salud y nutrición de los niños pequeños, la acción debe de ejercerse en gran medida sobre la madre. Ello no obstante, las mujeres y los niños de los países en desarrollo que más necesitados están de servicios de suplementación pueden ser los que menos se aprovechen de ello, por razones económicas, de tiempo, etc.; esta asistencia puede asimismo verse limitada por barreras culturales y de lenguaje entre los proveedo-

res de servicios y los consumidores. De todas formas, los programas de suplementación deben considerarse en el mejor de los casos como un paliativo.

En último término, los programas de desarrollo constituyen el instrumento más eficaz para mejorar el estado nutricional. Esto significa la integración de los distintos programas, el de nutrición entre ellos, que tienen por objetivo general el desarrollo humano. Dentro de estos programas se puede identificar a las madres que están más expuestas a tener hijos con insuficiencia ponderal y ofrecerles programas especiales de nutrición. Entre otras características, esos programas deberían basarse sobre todo en el aprovechamiento de recursos locales, en una tecnología apropiada y en la participación de la comunidad.

Cambios en la práctica de la alimentación del recién nacido; Tengamos en cuenta a la mujer⁴

Muchas inquietudes se han expresado recientemente ante el abandono de la lactancia natural entre las clases menos favorecidas del medio urbano de los países en desarrollo. Se ha señalado el hecho innegable de que la leche de la mujer es el mejor alimento para el recién nacido, y se ha destacado también la intervención de los productores de alimentos infantiles preparados, cuya publicidad carente de ética a favor de la alimentación con biberón ha explotado y aprovechado las dificultades de las mujeres pobres del Tercer Mundo. Sin embargo, hay que considerar también otros elementos, como son las consecuencias que la lactancia puede tener para la madre.

La lactancia natural es esencial para la nutrición del recién nacido. Al mismo

tiempo, no se puede permitir que vaya en detrimento de la mujer. Por consiguiente, toda política destinada a cambiar la tendencia decreciente de la lactancia natural en las clases desfavorecidas del medio urbano debe tener en cuenta las necesidades de la mujer si se quiere que corresponda en forma fiel y completa a una situación humana que es muy compleja. Dos aspectos generales parecen tener la máxima importancia:

- Al estado de nutrición de la mujer lactante se le debe conceder exactamente la misma importancia que al estado de nutrición del recién nacido. Para que una mujer pueda lactar con éxito y sin que ello vaya en detrimento de su propia salud, es esencial que en el curso del embarazo gane de 10 a 12 kg, y que aumente su ingesta calórica y de nutrientes en un 20-25% durante el tiempo en que está lactando. En otro caso, puede correr el riesgo de perder sus propios recursos, sobre todo si sus embarazos no están suficientemente espaciados.

Las publicaciones médicas y sobre nutrición tienden a ocuparse de la nutrición materna sólo en el contexto de sus consecuencias sobre la lactancia y el buen desarrollo del niño. En cambio, no se acepta bien que se plantee el problema de cuáles son los efectos de la lactancia sobre una mujer que no está en el mejor estado de nutrición y de salud. Y sin embargo, en los países en desarrollo la ganancia de peso de la mujer durante el embarazo no alcanza ni siquiera el promedio de peso mínimo recomendado, y todo parece indicar que su dieta aun se deteriora después del parto.

Si se quiere proteger la salud de la mujer es preciso asegurarle una ganancia de peso adecuada durante el embarazo mediante programas de alimentación suplementaria que sean un componente integrante de todas las actividades destinadas a promover la lactancia natural. En realidad, las actividades para mantener el buen estado

⁴ Por Isabel Nieves, Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer, 1010 16th Street, N.W., Washington, D.C. 20036, EUA.

nutricional de la mujer deben comenzar antes de la gestación. Además, tampoco debe olvidarse a la mujer una vez transcurrido el parto e iniciada la lactancia. Es preciso seguir vigilando el estado de salud de la madre y adoptar medidas que le garanticen una dieta adecuada, tanto en lo referente a la ingesta calórica como a los incrementos de otros nutrientes necesarios durante el período de lactancia.

- No debe descuidarse la posibilidad de que exista una relación entre la modificación de la actividad productiva de la mujer (entendida en un sentido mucho más amplio que el trabajo fuera del hogar o en un empleo remunerado), y los cambios simultáneos en las costumbres de alimentación del recién nacido. La reducción de la frecuencia de la lactancia natural es más pronunciada en la situación moderna del medio urbano y periurbano, que es precisamente donde la función productiva de la mujer se está modificando con mayor rapidez, donde están aumentando sus necesidades económicas, donde adquiere una importancia fundamental su aporte financiero como elemento de sostén fundamental o secundario de la familia y donde van desapareciendo aceleradamente las bases de su función productiva tradicional. La movilidad física y la flexibilidad en el empleo del tiempo han llegado a ser elementos fundamentales en la estrategia de supervivencia de muchas mujeres del medio urbano. Además, en las situaciones urbanas modernas no se recuperan las estructuras tradicionales de apoyo, que son esenciales para que una mujer pueda lactar en buenas condiciones.

Hasta ahora siempre que se han estudiado los factores causantes de la adopción precoz de las prácticas de alimentación mixta (lactancia natural y biberón) entre las mujeres pobres de los países en desarrollo se ha partido implícitamente del supuesto de que las causas son las mismas que las que se encuentran en los países in-

dustrializados. Sobre la base de estudios realizados en medios industriales occidentales, muchos de los médicos, nutriólogos y trabajadores de salud pública que han estudiado los problemas de la lactancia (y que carecen de formación en ciencias sociales) han supuesto que la mentalidad y las escalas de valores dominantes son las que han determinado, ante todo, la decisión de la mujer del medio urbano desfavorecido con respecto a la alimentación de su hijo. Han aducido que el hecho de que la lactancia natural esté ahora en aumento en los países escandinavos, Francia y Estados Unidos de América, donde son cada vez mayores las oportunidades que las mujeres tienen de trabajar fuera de su hogar, demuestra que el deseo de desempeñar una actividad económica por parte de la mujer no puede ser un factor fundamental que explique la reducción de la lactancia natural en los países menos desarrollados. El criterio convencional parece ser que el rechazo de la lactancia natural por parte de las mujeres pobres del Tercer Mundo obedece a su deseo de ser "modernas" y de emular a las mujeres del medio urbano más favorecidas. Un investigador ha llamado a la alimentación con biberón "una enfermedad de la civilización".

Esta idea de que es más la mentalidad que la necesidad económica la causa fundamental de tal comportamiento tiene importantes consecuencias para los programas destinados a promover la lactancia natural. Si es la mentalidad lo que importa, se argumenta, es en la mujer donde está la clave del "problema de la lactancia" y, por consiguiente, es preciso reeducarla. En tal modelo la mujer es un objetivo pasivo de manipulación. Pero de esa manera para nada se trata el problema de las necesidades que ésta tiene de movilidad física y de flexibilidad en el empleo de su tiempo en un medio urbano hostil. En repetidos estudios se ha podido ver que las mujeres del Tercer Mundo trabajan fuera de su hogar en una proporción mayor de lo que in-

dican las estadísticas censales. La mujer es un elemento productivo en los sectores marginal y tradicional de la economía. Además, ha de dedicar varias horas al monótono y físicamente cansado trabajo del hogar, trabajo que no es compatible con la atención a los niños como tienden a suponer los analistas occidentales. Por consiguiente, si se desea modificar las prácticas de la alimentación al recién nacido será preciso en todo caso tener en cuenta las limitaciones que imponen las responsabilidades productivas de la mujer.

Enfermedades de transmisión sexual, un problema descuidado en lo que se refiere a la mujer⁵

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los trastornos del sistema reproductor, causados sobre todo por las enfermedades de transmisión sexual, plantean un gravísimo problema de salud a la mujer. Probablemente entre todos esos trastornos el más grave sea la enfermedad inflamatoria pelviana y sus complicaciones. Además del dolor y el sufrimiento que se asocia con estas infecciones, una gran proporción de mujeres queda con lesiones en sus órganos reproductores que provocan infecciones recurrentes, trastornos de la fecundidad e incluso esterilidad total. El riesgo del embarazo ectópico, causa principal de muerte materna tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, es siete veces mayor en una mujer que ha padecido una enfermedad inflamatoria pelviana. Además, la transmisión inadvertida de una infección no diagnosticada de la madre al hijo puede provocar la muerte o deformidades en este último, con lo que nuevos sufrimientos y sentimientos de culpabilidad vienen a dar

un nuevo peso a la carga que ya debe soportar la mujer afligida por una enfermedad transmitida por vía sexual.

La información insuficiente acerca del comportamiento sexual y los tabúes sociales que rodean a todo lo que a esto se refiere hacen que las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones no hayan recibido hasta ahora atención suficiente en la mayor parte de las sociedades. Y sin embargo, la condición necesaria para su transmisión, es decir el contacto sexual simultáneo o sucesivo con más de una persona, es universal. Incluso cuando las normas son distintas para las mujeres que para los hombres, y las primeras sólo tienen contacto con su pareja durante toda su vida, la mujer puede ser contagiada por su más activo cónyuge.

Las más frecuentes entre las enfermedades de transmisión sexual son la blenorragia y las infecciones por clamidias. En Estados Unidos de América, donde es obligatoria la notificación de la blenorragia a las autoridades de salud, cada año se comunica un millón de casos, y todo parece indicar que la verdadera incidencia es del doble. Se conocen peor las infecciones por clamidias, pero al parecer en EUA y en Europa occidental son aún más frecuentes que la blenorragia. Mucho menos todavía se sabe acerca de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en el Tercer Mundo, pero los indicadores disponibles parecen señalar que en los países en desarrollo también se plantea este problema, y que además va aumentando a un ritmo alarmante. Estudios que se realizaron en África, América Latina y Asia indican que la blenorragia es la más frecuente de estas enfermedades, aunque no puede excluirse que esta conclusión se desprenda del hecho de que también es la mejor conocida. Se cree que el herpes genital, otra enfermedad de transmisión sexual, va siendo cada vez más frecuente en los países en desarrollo, lo mismo que sucede en Europa y América del Norte. Una vez adquirido, el

⁵ Por Sevgi Aral y Mary E. Guinan, Centros para el Control de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Atlanta, Georgia 30333, EUA.

herpes es incurable y las lesiones que causa brotan periódicamente y provocan una considerable morbilidad.

Las enfermedades de transmisión sexual, por su propia naturaleza, son discriminatorias contra la mujer. En ésta los síntomas evolucionan con más lentitud y son más difíciles de reconocer que en el hombre. Además, el tratamiento es más complicado e incluso, en ciertos casos, es imposible. Por ejemplo, las infecciones por clamidias se pueden tratar con eficacia en el hombre, pero rara vez obedecen al tratamiento en la mujer. Esta sufre además desproporcionadamente del herpes, pues esa infección aumenta en forma considerable el riesgo de cáncer de cuello uterino.

Es triste asimismo advertir que las enfermedades de transmisión sexual constituyen la principal causa evitable de esterilidad involuntaria, queja común en las mujeres que acuden a las clínicas de planificación familiar del Tercer Mundo. En muchos países de Africa central y occidental existe una gran proporción de mujeres cuya fertilidad está reducida, y varios estudios han indicado que estos índices de subfecundidad se relacionan con la prevalencia de la blenorragia en esos mismos lugares. Donde la importancia de una mujer está relacionada de manera estrecha con su capacidad de tener hijos, la pérdida de fecundidad disminuye drásticamente su importancia social, e incluso es abandonada por su cónyuge y rechazada por la única sociedad que ella conoce.

Las enfermedades de transmisión sexual causan aún otro problema a las mujeres: la infección de sus hijos durante el parto. Por ejemplo, la transmisión inadvertida de una infección gonocócica puede provocar, si no se trata, la ceguera del recién nacido. La transmisión de clamidias de la madre al niño puede ocasionar neumonía del recién nacido o infecciones de los ojos y oídos. El herpes genital y la sífilis también pueden transmitirse a la descendencia y ser causa de pérdidas fetales, partos malogrados,

muertes neonatales o retrasos graves.

Por si todo esto fuera poco, la enfermedad transmitida por vía sexual es menos probable que sea tratada en la mujer que en el hombre, sobre todo en los países en desarrollo. Es menos fácil que una mujer tenga acceso a los servicios que permitirían el diagnóstico temprano y la curación de estas enfermedades, que disponga del tiempo necesario, o de la educación sanitaria o general suficientes. La naturaleza de estas enfermedades aumenta la resistencia a ocuparse de este problema, tanto por parte de la mujer como del especialista de atención de salud. En primer lugar, la mujer puede tener miedo de que se la considere infiel, incluso si en realidad ha sido infectada por su propio marido. En segundo lugar, el diagnóstico exige que la mujer se desnude para la exploración pelviana, hecho muy penoso para muchas mujeres del Tercer Mundo. En algunos países musulmanes, donde casi todos los médicos son hombres, éstos ni siquiera pueden dirigir directamente la palabra a la mujer y aún menos tocarla. En América Central y del Sur existen asimismo fuertes impedimentos culturales para que la mujer se desnude ante un médico del sexo masculino.

Cuando las enfermedades de transmisión sexual no se diagnostican ni tratan en sus primeros momentos y se permite que evolucionen, la enfermedad generalizada resultante exige una atención mucho más intensiva. Las infecciones por gonococos y clamidias comienzan en el cuello uterino de la mujer y, con frecuencia, son totalmente asintomáticas. Si se diagnostican antes de que se presente la enfermedad inflamatoria pelviana, se puede conseguir una curación completa mediante un tratamiento antibiótico apropiado y relativamente barato. Pero si la infección no se diagnostica ni se trata, se extiende al útero y a las trompas de Falopio. En esta fase evolutiva los dolores abdominales y la fiebre pueden alcanzar tal agudeza que obliguen a la mujer a acudir a un servicio

de emergencia del hospital local. Es indudable que las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones imponen una carga económica importante al sistema de atención de salud de muchos países. Por ejemplo, cada año casi un millón de mujeres estadounidenses se tratan por enfermedad inflamatoria pelviana, y se hospitaliza a más de 200 000. Entre 1967 y 1977 se ha triplicado la incidencia de embarazos ectópicos en EUA, en forma paralela al aumento de la blenorragia.

¿Qué se puede hacer? En primer lugar, teniendo en cuenta las inhibiciones socioculturales de las mujeres que han de ser tratadas por médicos varones, será fundamental adiestrar a mujeres como trabajadoras de salud. Es asimismo preciso educar a la mujer para que conozca mejor las enfermedades de transmisión sexual y puedan así prevenirlas o buscar la atención de salud necesaria. La mayor parte de las enfermedades transmitidas por vía sexual se pueden prevenir mediante el uso de un condón durante el coito; los métodos anticonceptivos que utiliza la mujer no son ni mucho menos tan eficaces. El diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades de transmisión sexual deben formar parte de las funciones del sistema de atención de salud, y para ello será preciso que se busque una tecnología más apropiada para el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades en la mujer. Para el diagnóstico de la blenorragia en el hombre existen pruebas rápidas, sencillas, precisas y baratas, mientras que en el caso de la mujer la única prueba fidedigna es el cultivo cervical a partir de una toma hecha durante un reconocimiento pelviano, prueba que es relativamente lenta, complicada, cara e inadaptada a condiciones existentes en lugares alejados de laboratorios. Hasta que se pueda disponer de mejores técnicas de diagnóstico, será útil considerar la conveniencia de tratar en forma automática a toda mujer que haya tenido contacto sexual con un sujeto infectado, pues en un

mínimo de seis entre diez casos esas mujeres se han infectado también.

En resumen, la mujer, en especial en los países del Tercer Mundo, sufre en forma desproporcionada, con frecuencia sin saberlo, las consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual. Además, estas enfermedades le imponen al sistema de atención de salud un peso económico que se podría reducir. La mayor parte de esas enfermedades son evitables. Y sin embargo es evidente que su prevalencia va a seguir aumentando en el mundo entero si no se hace nada para impedirlo.

Resumen

El estado de salud de la mujer en los países en desarrollo evoluciona a lo largo de toda su vida en ciclos sucesivos de malnutrición, infección y relaciones entre una y otra. La única forma de poner fin a esa situación es considerar a la salud de la mujer como un proceso ininterrumpido que se extiende a lo largo de toda su vida, y establecer en consecuencia planes adecuados para el mantenimiento de la salud. Dichos planes deberán integrar los distintos programas para mejorar el estado nutricional de la mujer con los demás programas de desarrollo. Cabe señalar también que al estado nutricional de la mujer lactante se le debe conceder la misma importancia que al estado de nutrición del recién nacido; además, cuando se considera el abandono de la lactancia natural se deben analizar las limitaciones que las responsabilidades productivas le imponen a la mujer en el Tercer Mundo. Un problema que debe tenerse en cuenta, por último, lo constituyen las enfermedades de transmisión sexual. En este punto se destaca la necesidad de hacer conocer a las mujeres dichas enfermedades para que puedan prevenirlas o buscar la atención de salud necesaria, así como de perfeccionar la tecnología y los recursos humanos apropiados para su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Arroyave, G. Nutrition in pregnancy in Central America and Panama. *Am J Dis Child* 129:427, 1975.
- Arroyave, G., Aguilar, J., Flores, M. y Guzmán, M. A. *Evaluación del programa nacional de fortificación de azúcar con vitamina A*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979. (Publicación Científica 384.)
- Assaad, M. Villagers' participation in formal and informal health services in the Village of Babel Wa Kafr Hamam, Tala County, Menoufia Governate, Egypt.
- Bailey, K. V. Field surveys on lactating women. *Trop Geogr Med* 14:11, 1962.
- Delgado, H., Lechtig, A., Yarbrough, Ch., Martorell, R., Klein, R. E. e Irwin, M. Maternal nutrition—its effects on infant growth and development and birthspacing. In: Mognissi, K. S. y Evans, T. N. eds. *Nutritional Impacts on Women*. Maryland, Harper & Row Publishers, Inc., 1977.
- Edozien, D. C. et al. Human protein deficiency: Results of a Nigerian village study. *J Nutr* 106:512, 1976.
- Habicht, J. P. et al. *Repercussions of Lactation on Nutritional Status of Mother and Infant. Proceedings of 9th International Congress on Nutrition* 2. Basel, Karger, 1975.
- Indian Council of Social Science Research. *Report from Advisory Committee on Women's Studies*. Delhi, 1977.
- Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. P. *Human Milk in the Modern World*. Oxford, Oxford University Press, 1978.
- Katona-Apte, J. The relevance of nourishment to the reproductive cycle of the female in India. In: Raphael, D. ed. *Being Female*. The Hague, Morton, 1975.
- Lechtig, A., Delgado, H., Lasky, R., Yarbrough, Ch., Martorell, R., Habicht, J. P. y Klein, R. E. Effect of improved nutrition during pregnancy and lactation on developmental retardation and infant mortality. In: White, P. L. y Selvey, N. eds. *Proceedings of the Western Hemisphere Nutrition Congress IV*. 1974. Acton, Massachusetts, Publishing Sciences Group, Inc., 1975.
- Lechtig, A. et al. Effect of maternal nutrition on infant growth and mortality in a developing country. In: Goosta, R. y Bralteby, L. E. eds. *Perinatal Medicine*. Estocolmo, Alquist and Wiksell, 1976.
- Lechtig, A., Delgado, H., Martorell, R., Yarbrough, Ch. y Klein, R. E. Maternofetal nutrition. In: Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. P. eds. *Nutrition and Growth*. New York, Plenum Press, 1979.
- Mata, L. *The Children of Santa Maria Cauque: A Prospective Field Study of Health and Growth*. Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1978.
- Mueller, E. Time use in rural Botswana. Ann Arbor, Population Studies Center, 1979. (Mimeografiado.)
- Nerlove, S. B. Women's workload and infant feeding practices: A relationship with demographic implications. *Ethnology* 13:207-214, 1974.
- Organización Mundial de la Salud. *Necesidades de energía y de proteínas*. Informe de un Comité Especial Mixto FAO/OMS de Expertos. Ginebra, 1973. (Serie de Informes Técnicos 522.)
- Organización Mundial de la Salud/UNICEF. *Joint WHO/UNICEF Meeting on Infant and Young Child Feeding, Geneva. 9-12 October 1979: Statement. Recommendations. List of Participants*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979.
- Parker, R. L. et al. Reproductive performance of poor indian women on a low plane of nutrition. *Trop Geogr Med* 23:117-125, 1971.
- Popkin, B. y Solon, F. S. Income, time, the working mother and child nutriture. *J Trop Pediatr Environ Child Health* 22:156-166, 1976.
- Raphael, D. *The Tender Gift Breast-feeding*. New York, Schocken Books, Inc., 1976.
- Sudáfrica. South Africa Department of Information. *Second edition of the Official Yearbook of the Republic of South Africa*. Johannesburg, 1975.
- The Human Lactation Center. Mothers in poverty: Breast-feeding and the maternal struggle for infant survival. *Lactation Rev* 2, 1977.
- Thomson, A. M. et al. Body weight changes during pregnancy and lactation in rural African (Gambia) women. *J Obstetr Gynecol Br Commonw* 73:724, 1966.
- Urrutia, J. et al. Infection and low birth weight in a developing country. *Am J Dis Child* 129:558, 1975.
- Villar, J. y Belizán, J. M. Protein requirements for intrauterine growth retarded infants. *Am J Clin Nutr* 33:536-541, 1980.
- Winikoff, B. Nutrition, population and health: Some implications for policy. *Science* 200:895-902, 1978.

Women in health and development. I. Some health problems of women in Third-World countries (Summary)

Women's health in developing countries evolves through lifelong successive cycles of malnutrition, infection and the relations between one and the other. The only means of putting an end to this situation is to consider women's health as an uninterrupted process that continues throughout their lives and to establish suitable plans to maintain health on this basis. Such plans should integrate different programs designed to improve the nutritional status of women into other development programs. It should also be noted that the nutritional status of nursing mothers should be

granted the same importance as the nutritional status of newborn infants. Furthermore, considerations regarding mothers who give up breastfeeding should include an analysis of the limitations imposed on women in the Third World by their production responsibilities. Another problem that should be borne in mind is sexually transmitted diseases. There is an urgent need both to make women aware of such diseases so they may prevent them or seek the medical care required and to improve technology and human resources for the treatment of such diseases.

A mulher na saúde e no desenvolvimento. I. Alguns problemas de saúde da mulher no Terceiro Mundo (Resumo)

O estado de saúde da mulher nos países em desenvolvimento evolui ao longo de sua vida inteira em ciclos sucessivos de desnutrição/infecção e relações que existem entre uma e outra. A única maneira de acabar com essa situação é considerar a saúde da mulher como um processo ininterrupto que se estende ao longo de sua vida inteira e, como consequência, planejar adequadamente a manutenção de sua saúde. Esse planejamento deverá integrar os diversos programas que visam melhorar o estado nutricional da mulher nos outros programas existentes para o desenvolvimento. Vem a propósito indicar também que se deve dar a mesma importância ao estado de nutrição da mulher que se lhe

que se concede ao estado nutricional do recém-nascido; além disso quando se considera que a amamentação natural já não é prática tão observada, é preciso analisar as limitações que as responsabilidades produtivas impõem à mulher no Terceiro Mundo. E, por último, há um problema que se deve ter em vista: a importância das doenças de transmissão sexual. Ressalta-se a necessidade de que as mulheres saibam dessas doenças para que possam acautelar-se e preveni-las ou em caso de necessidade obter o atendimento de saúde adequado. É indispensável aprimorar a tecnologia e os recursos humanos apropriados para o tratamento dessas enfermidades.

La femme dans le secteur santé et le développement. I. Quelques problèmes de santé de la femme dans le tiers Monde (Résumé)

L'état de santé de la femme dans les pays en développement évolue au cours de sa vie en cycles successifs de malnutrition/infection et de rapports entre ces deux états. La seule façon de mettre fin à cette situation est de considérer la santé de la femme comme un processus ininterrompu qui s'étale tout au long de sa vie, et de prévoir, en conséquence, des plans adéquats au maintien de sa santé. Dans ces

plans devront être compris les divers programmes destinés à améliorer la nutrition de la femme entre les autres programmes de développement. Il faut aussi signaler que l'on doit donner la même importance à l'état de nutrition de la femme qui allaite et à l'état de nutrition du nouveau-né; de plus, lorsqu'on considère l'abandon de l'allaitement naturel on doit analyser les limitations que les

responsabilidades de productividad impondrán a la mujer en el Tercer Mundo. Finalmente, es necesario tener en cuenta el problema que constituyen las enfermedades de transmisión sexual. En este punto, se hace hincapié en la necesidad de hacer conocer a las mujeres estas enfermedades

para que ellas puedan evitarlas o buscar los cuidados de salud necesarios, de igual manera que la necesidad de perfeccionar la tecnología y los recursos humanos apropiados indispensables para el tratamiento de estas enfermedades.

NUEVA	PUBLICACION DE LA OPS
	Manual de patología de animales
	de laboratorio
	Publicación Científica 423
	US\$ 12,00

Este manual, por el Dr. Alberto Cuba Caparó, es el primero que presenta los conocimientos que existen hasta la fecha sobre el tema, y proporciona descripciones de la patología macroscópica y microscópica de las enfermedades más frecuentes en los animales de laboratorio.

La publicación puede obtenerse dirigiéndose al Servicio de Publicaciones y Documentación de la OPS/OMS, Apartado postal 105-50, 11570 México, D.F., o bien a Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.