

## Efectos de la desigualdad de los sexos en la violencia en el hogar y en el embarazo indeseado en Colombia

En Colombia, la violencia conyugal contra la mujer es un grave problema de salud pública que tiene consecuencias físicas, reproductoras y de salud mental. En esa situación, es difícil que la mujer tome decisiones en torno a la reproducción, lo que a menudo redundará en embarazos indeseados (EI). Sobre esto hay pocos datos; la condición social de la mujer ha ido cambiando sustancialmente y ello se refleja en tasas de fecundidad que, de 6,8 al alborear el decenio de 1960, se redujeron a 2,6 en el año 2000. En ese año, 64% de las mujeres colombianas usaban algún tipo de anticonceptivo moderno. Se estima que las tasas de fecundidad actuales bajarían a 1,8 si reflejaran los verdaderos deseos de la mayoría. Se han explorado poco las consecuencias de vivir en un ambiente donde es común el riesgo o la amenaza de abuso por el compañero íntimo, pero merece investigarse cómo esa violencia influye en la capacidad de la mujer de controlar su fecundidad. Con ese objetivo, se realizó un análisis basado en teoría feminista sobre los datos recogidos en el año 2000 mediante la *Encuesta colombiana de demografía y salud*. Según esta teoría, los patrones de fecundidad son el resultado de normas legales y sociales que rigen las relaciones entre los sexos. Por otra parte, la fuerza de la influencia comunitaria hizo necesario el análisis multifactorial.

Mediante un muestreo probabilístico polietápico, se eligió a 3 431 mujeres de la población encuestada que habían estado embarazadas en el transcurso de los cinco años anteriores. Se codificaron como maltratadas las que declararon haber sido empujadas, golpeadas, mordidas, pateadas o arrastradas, amenazadas con cuchillos, armas de fuego, estrangulación o quemadura, u obligadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad. También se incluyeron variables socioeconómicas y demográficas; de autonomía social, sexual y doméstica; y del grado de control patriarcal ejercido por sus compañeros íntimos.

En promedio, las mujeres de la muestra tenían 28 años de edad y 2,3 niños cada una. La mayoría estaban casadas (84,5%), mientras que aproximadamente 15% ya no lo estaban. Cerca de 50% habían cursado educación secundaria, 9% educación más avanzada, 40% tenían educación primaria y solamente 3,36% dijeron no haber asistido a la escuela. Se registraron altas tasas de violencia a manos del compañero íntimo: 36,5% por maltrato físico y 8,5% por abuso sexual. Más de la mitad (55,3%) habían tenido EI y 55% usaban anticonceptivos en el momento de la encuesta. En cuanto a au-

tonomía, 34,7% decidían los asuntos del hogar; menos de 30%, el curso de su propia vida; y 73,9%, su actividad sexual (cifra que debe interpretarse con cautela, pues se refiere a poder rehusar las relaciones sexuales en situaciones hipotéticas y no al comportamiento real).

La agregación de variables municipales no alteró los valores obtenidos sobre el abuso sexual o físico. El análisis de regresión logística multifactorial mostró que vivir bajo una fuerte influencia patriarcal casi cuadruplicaba la probabilidad de tener un EI, mientras que vivir en una municipalidad con altas tasas de violencia conyugal aumentaba 2,5 veces esa posibilidad. Además, las mujeres no maltratadas que vivían en municipalidades con altas tasas de violencia en el hogar corrían un riesgo significativo de EI. Las mujeres maltratadas que vivían en alguna municipalidad con altas tasas de autonomía femenina tenían más de cuatro veces las posibilidades de un EI. Los resultados muestran que vivir en una municipalidad caracterizable como patriarcal y donde es frecuente la violencia afecta al control reproductivo de una mujer aunque ella misma no sufra maltratos. De los resultados estratificados, la única variable significativa en las mujeres maltratadas fue vivir en una municipalidad donde las mujeres estaban en libertad para tomar decisiones. Sin embargo, es posible que la toma de decisiones refleje el papel tradicional que desempeña la mujer en el hogar y no su propia autonomía. Se ha encontrado un aumento de violencia doméstica en zonas donde está mejorando la situación social de la mujer y el EI puede ser una forma de control para contrarrestarla.

Este estudio apoya la teoría feminista y el uso de métodos de análisis multifactorial como base para nuevas investigaciones sobre la salud reproductiva, si se agregan variables más sujetas a las fuerzas sociales que el EI. En los programas de salud reproductora, se recomienda obtener una participación mucho mayor de los hombres en la planificación familiar y prevención de la violencia para aumentar la seguridad de la mujer y en último término reducir la desigualdad de los sexos. (Payito CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Soc Sci Med* 2005;60:2205–2216.)

## Comparación de dos sistemas de salud rurales descentralizados del noreste del Brasil

A partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, se esperaba que los sistemas de salud llegaran a ponderar tanto la promoción de la salud como la

prevención de la enfermedad. Casi 30 años más tarde, el enfoque curativo basado en análisis epidemiológicos sigue dominando las políticas de salud pública. En América Latina, los sistemas son individualizados y curativos y están centrados en los hospitales. Coexisten dos patrones de mortalidad opuestos: el de sociedades donde predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, y el de países en desarrollo, donde preponderan las enfermedades infecciosas y parasitarias y una alta mortalidad por accidentes y violencia. Con el nuevo *Sistema Único de Saúde*, en 1991 el Brasil comenzó a descentralizar y transformar su sistema de salud. En los años siguientes, se definió el nuevo modelo de gerencia e información y se establecieron mecanismos para transferir fondos nacionales a los estados y sus municipios. El cambio creó tres niveles de igual rango: el central (federal), el regional (estatal) y el local (municipal). En esta descentralización horizontal, los sistemas locales definen y planifican sus propias actividades, por lo que los objetivos de la política central tienen que basarse en incentivos más que en directrices. Esto fomenta variaciones en el alcance y la forma de ejecución. Con objeto de descubrir las causas que producen esas diferencias, se llevó a cabo un estudio de casos de dos municipios rurales con distintos grados de actividad en prevención y promoción: Tauá y Pedra Branca. Los dos están ubicados al noreste de Ceará, una de las zonas más pobres del Brasil.

Los datos se estructuraron para comparación bajo temas como contexto, visión, estructura formal, intersectorialidad y participación. Se encontró que ambas zonas dependían de la agricultura de subsistencia y cría de animales y tenían poblaciones jóvenes con 60% menores de 24 años. Las necesidades prioritarias giraban en torno a la provisión de servicios básicos de agua y saneamiento. Los problemas de salud más acuciantes eran las enfermedades respiratorias, diarrea, desnutrición, hepatitis y meningitis, pese a requerir solo atención primaria y tecnología de bajo costo.

Los gobiernos municipales manejan fondos de salud que combinan dinero propio con envíos federales. Estos últimos autorizan el ingreso a hospitales públicos y privados. Además, cubren el Programa de Atención Primaria con una cantidad fija per cápita para la atención básica y un elemento variable para subprogramas. Estos fondos son un incentivo para los programas que el estado apoya, como los de salud familiar, trabajadores de salud comunitarios y prevención de enfermedades crónicas. Se observó que en Pedra Branca habían mejorado los indicadores de salud, pero ambos municipios

tenían tasas de mortalidad infantil más altas que el promedio de Ceará de 31/1 000 nacidos vivos. La de Tauá era una de las peores. En ambos municipios predominaba el concepto de prevención frente al de promoción, si bien se promovían la lactancia materna, una mejor nutrición para las embarazadas y un programa de leche para niños desnutridos. Las actividades eran más extensas e innovadoras en Pedra Branca, que contaba con siete equipos para la salud familiar frente a uno en Tauá y un grupo de teatro ambulante que divulgaba temas de promoción de la salud. En Pedra Branca las actividades estaban mejor institucionalizadas y existían nexos permanentes entre la secretaría de salud y las de trabajo y educación, así como con la Iglesia, que patrocinaba programas radiales educativos.

Pedra Branca se había descentralizado bajo la dirección de profesionales con experiencia y gozaba de mayor libertad para emplear los fondos federales. Tauá había cumplido con una descentralización formulaica, sin compromiso con los objetivos del proceso, y los profesionales de la salud no tenían voz ni voto en la administración de los recursos sanitarios. En ambos municipios hubo disturbios políticos, pero Pedra Branca logró recuperarse, mientras que Tauá tuvo siete diferentes secretarios de salud en ocho años. Pedra Branca asignaba 18% de los fondos municipales a la salud en vez del 10% recomendado y dedicaba un porcentaje menor a los hospitales y uno mayor a los servicios comunitarios, que Tauá. En Pedra Branca, el Programa de Salud Familiar recibía el apoyo necesario para una buena ejecución incluso atrayendo a médicos con mejores salarios y otros incentivos. La comunidad en Pedra Branca actuaba por medio del Consejo de Salud y participaba en muchas decisiones sobre el sistema, patrocinaba conferencias públicas y mantenía siete subconsejos.

Un elemento decisivo de esas diferencias fue la visión más amplia de Pedra Branca de lo que es importante para la salud, por ejemplo el control de la salud animal, que Tauá consideraba fuera de la incumbencia del sistema. La Secretaría de Trabajo Ambiental en Tauá estaba casi inactiva, mientras que en Pedra Branca no existía, pero la Prefectura se había hecho cargo de las funciones pertinentes. En esta comparación, la visión y la orientación política surgieron repetidamente como los factores intangibles de mayor peso en el mejor manejo del sistema de salud. (Atkinson S, Fernandes L, Caprara A, Gideon J. Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil. *Health Policy Plan* 2005;20:69-79.)