

CANCER EN EL CUELLO UTERINO

Dra. Rosa C. de Britton
Director Médico
Instituto Oncológico Nacional

Es la enfermedad maligna más común que afecta a la mujer en América Latina. Antes de la era del Papanicolau, también era una enfermedad frecuente en las mujeres de los países desarrollados. Hemos visto, cómo las campañas masivas de detección y la educación de la mujer han disminuido la incidencia de este tipo de cáncer en los países, que por sus recursos económicos han podido implantar estos programas. Desgraciadamente, en América Latina no solamente por la falta de recursos sino por la poca educación, las mujeres no acuden a hacerse un examen anual y sigue siendo el cáncer cérvico uterino, la causa de muerte más frecuente por enfermedad maligna.

¿CUAL ES EL ORIGEN DE ESTE TIPO DE CANCER?

Definitivamente, es una enfermedad de transmisión sexual que no ocurre en mujeres vírgenes. Esta enfermedad está asociada con el subdesarrollo, la promiscuidad en el hombre o la mujer, múltiples partos e infecciones frecuentes por tricomonas, Herpes II y Papiloma virus. Usualmente, esta enfermedad empieza gradualmente: Un grupo de células comienza a cambiar, a sufrir alteraciones. Es por eso la gran importancia del Papanicolau, porque se puede detectar cuándo se inicia este cambio. Posteriormente, la enfermedad progresa e invade localmente a otros órganos: La vagina en primera instancia, luego se extiende hacia las paredes de la pelvis, la vejiga o el recto.

Raras veces el cáncer cérvico uterino se extiende a órganos distantes, aunque puede ocurrir metástasis al pulmón, los intestinos, el hígado.

La historia natural de esta enfermedad, como fue descrita por los autores anglosajones, denota que hay un período de muchos años desde la iniciación del proceso maligno hasta la invasión a otros órganos cercanos. Sin embargo, hemos demostrado que esta enfermedad en la mujer latinoamericana, se inicia mucho más temprano y el curso es más acelerado. Esto ha sido motivo de grandes discusiones y estudios. Quizás, la mala nutrición y ciertas cuestiones genéticas tengan que ver en la evolución de la enfermedad.

Lo que sí podemos asegurar, es que el cáncer cérvico uterino ocurre en edades mucho más tempranas y avanza mucho más rápido en nuestro medio. Por ello, recomendamos el Papanicolau anualmente. Con esta arma podemos eliminar el noventa por ciento de los casos avanzados, ya que serían detectados en etapas iniciales cuando la enfermedad puede ser curada por una simple operación o excisión del área afectada por el cambio maligno en el cuello uterino.

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO?

Una vez que se diagnostica por medio del Papanicolau que está ocurriendo algo anormal en el cuello, se procede a hacer una biopsia. Esta puede ser dirigida con un instrumento llamado el colposcopio, una especie de microscopio con el cual miramos muy de cerca el cuello de la matriz, para delimitar el área del cambio maligno. Si la lesión es más grande, la biopsia se hace directamente sin necesidad del colposcopio y a veces, hay que recurrir a lo que llamamos una biopsia en "cono" con la cual se extrae un fragmento grande del cuello de la matriz. A veces, el cono puede ser curativo. Esto se hace sobre todo en mujeres con un Papanicolau positivo y en las

cuales no hay lesiones visibles y que tienen que conservar su facultad reproductiva. En algunos casos tempranos, con el cono basta para curar a la paciente. En otros, hay que hacer una histerectomía simple o radical (más amplia). Si la lesión está avanzada, hay que recurrir al tratamiento con radioterapia (cobalto y cesium).

Lo importante que debemos recordar es que un Papanicolau hecho a tiempo evita una gran cantidad de problemas. La mujer que tiene un Papanicolau positivo puede ser curada en la mayoría de los casos y aunque tenga la enfermedad algo avanzada, también se cura con la radioterapia o la cirugía radical.

Nuestros gobiernos deben tomar la misma actitud beligerante en contra de esta enfermedad, como la adoptada en otras épocas contra la fiebre amarilla, la malaria, la peste bubónica u otras enfermedades epidémicas. Hoy por hoy, el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte en mujeres jóvenes en muchos países de América Latina. A medida que vamos conquistando las enfermedades infecciosas, como la viruela, el sarampión, la varicela, la fiebre amarilla, aparece esta enfermedad maligna como una causa importante de mortalidad. Es necesario combatirla y tenemos el arma adecuada: Un papanicolau al año en todas las mujeres a riesgo.

¿QUIENES DEBEN HACERSE EL PAPANICOLAU?

La mujer, desde que inicia sus relaciones sexuales hasta la muerte. Y aunque sean muy jóvenes o estén embarazadas, deben hacerse este examen anualmente. Muchas de ellas cursan un embarazo con un cáncer en el cuello uterino sin ser detectado. El Papanicolau no es causa de abortos ni daña al feto que está dentro del útero y se puede hacer hasta el final del embarazo.

FACTORES QUE DISMINUYEN LA INCIDENCIA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

En los países desarrollados, a raíz del descubrimiento del Doctor Papanicolau, se inició una intensa campaña de detección; todas las mujeres se acostumbraron a hacerse un examen anual, no solamente para detectar la posibilidad de una enfermedad maligna en el cuello de la matriz, sino

VAMOS MUJER

para determinar también si tienen tricomonas y otras enfermedades de transmisión sexual y el tamaño de su útero, etc.

Las mujeres judías, raras veces padecen de cáncer cérvico uterino. El factor importante es que los hombres de origen hebreo están obligados a hacerse la circuncisión en forma ritual como los árabes, que también se hacen la circuncisión, pero mucho más tarde que los judíos y otros, que practican la higiene antes del coito en forma ritual. Esto nos indica que el hombre puede ser y es vector de esta enfermedad. Hay numerosos estudios alrededor de lo que se ha llamado el hombre "cluster" que significa que sus compañeras sexuales han sucumbido al cáncer cérvico-uterino. Es por ello que insistimos en que la higiene masculina es importante para evitar no solamente las enfermedades de transmisión sexual en la mujer, sino para evitar un cáncer cérvico uterino.

La mayoría de las mujeres tratadas de esa afección en etapas tempranas, son curadas y pueden volver a tener una actividad sexual adecuada sin ningún peligro para ellas. Sabemos que para muchas mujeres el Papanicolau es un examen engorroso y sobre todo, las campesinas, tienen ciertos problemas culturales, para dejarse examinar así. En nuestro país, los indígenas no permiten que sus mujeres sean examinadas vaginalmente sin estar ellos presente. Bien, que lo estén, pero que se examinen sus mujeres.

El costo de un Papanicolau es de cinco dólares, la biopsia simple, cincuenta dólares, una biopsia en cono en los hospitales del Estado más de quinientos dólares y la histerectomía radical o la radioterapia no menos de cinco mil dólares.

Pero, ¿cómo podemos medir en dólares y centavos la vida de una mujer joven, esposa, madre, usualmente con varios hijos y cuya pérdida del hogar significaría un desastre social y económico?

Algunas Características de la Pobreza en Panamá

Ligia Herrera J.

La interacción de una serie de factores que se dan como consecuencias de las características de sus estructuras sociales y su modelo de desarrollo conducen a Panamá a una de las situaciones sociales más dramáticas: la pobreza.

La pobreza puede definirse como un estado en que se encuentran ciertos grupos sociales que se caracterizan por una inserción no estable o en sectores de baja productividad en la actividad económica, producto con frecuencia de bajos niveles educativos, lo que conduce a ingresos monetarios

sumamente bajos y aún a la ausencia de estos últimos, que son reemplazados por retribuciones en especie.

La limitación de los ingresos genera, además, restricciones severas en el consumo, llevando a la desnutrición, la vivienda inadecuada, malas condiciones de salud, incapacidad de mejorar la educación del jefe y otros adultos de la familia, así como a dificultades serias para proveer la de los niños.

Como queda dicho anteriormente, la pobreza tiene múltiples caras pero la que con mayor precisión permite definir su dimensión es la que se



relaciona con la estructura del ingreso personal o familiar. Lamentablemente las series estadísticas de que se dispone no son de carácter continuo ni tienen suficientes detalles. Sin embargo combinando datos de distintas fuentes es posible formarse un juicio acerca de cómo se comporta la estructura del ingreso en Panamá y en alguna medida de cómo ha evolucionado en tiempos recientes.

La información manejada⁽¹⁾ confirma la elevada regresividad de la distribución del ingreso en el país: mientras que el 20% de más bajos ingresos recibía menos del 2% de los ingresos personales totales, en el otro extremo de la distribución, el 20% con los más altos ingresos acumulaba la increíble proporción de 60%.

La distribución era levemente menos regresiva en el Area Metropolitana, por lo menos al compararse las diferencias entre los promedios de ingreso de los grupos en los extremos inferior y superior y el promedio general de cada área.

Sin embargo, hay grandes diferencias en los promedios entre el Area Metropolitana y el "Resto de la República" sobre todo en los ingresos de los más pobres. Para ellos el nivel promedio, ya bajo, en el Area Metropolitana (B/.245) es más de tres veces más elevado que el del "Resto de la República" (B/.77) en el que las áreas rurales deben constituir la proporción más elevada en este sector. Aunque en la evolución de este promedio no se incluyen como percepciones las compensaciones en especies que tienen ciertamente significación hay que convenir que él es francamente irrisorio.

La distribución de ingresos de los hogares revela mayor desigualdad entre sectores del país. En el Area Metropolitana el 17% de los hogares en la parte superior de la escala percibía el 51% de los ingresos con un ingreso anual promedio de B/.11,379. En cambio, en el otro extremo anual de la distribución en el "Resto de la República", el 17% de los hogares recibían el 1.8%, con un ingreso de B/.144.

Se ha hecho un intento para estimar el número de personas que estaría bajo el límite de la pobreza. A tal efecto se consideró que todo hogar que tuviera un ingreso inferior a B/.150 anuales per cápita estaba en condiciones de pobreza. Considerando el promedio de ingreso por hogar en cada

grupo, el número de hogares en cada uno de ellos y el promedio de personas en estos hogares se obtuvo la siguiente estimación.

Ingresos	Metropolitana	Areas Resto de República
1 Mayor	B/.8,685	B/.3,665
2 Menor	245	77
3 Razón 1:2	35.4	47.6
4 Promedio	2,155	881
5 Razón 1:4	4.0	4.2

De ser válida la estimación hecha se tendría que la condición de pobreza afectaba en 1970 a cerca de 55% de la población que residía fuera del Area Metropolitana. Importa destacar que a esta proporción contribuían en mayor grado las personas de hogares cuyo ingreso per cápita no llegaba a B/.100 de 1970. El porcentaje de personas en estado de pobreza dentro del Area Metropolitana era bastante más bajo (10.7) aunque aquí también las personas de hogares que bien pueden calificarse en estado de indigencia (menos de B/.100 de ingreso per cápita) eran más numerosas. Otros trabajos realizados⁽²⁾ dan resultados muy cercanos a las aquí estimadas.⁽³⁾

En el análisis de la pobreza lo que resulta motivo de mayor preocupación es que el número de personas afectadas por esta condición parece aumentar. En un trabajo posterior al citado y muy similar el número de pobres ha aumentado. Si se considera que la población "marginal" de distritos de mayor desarrollo relativo ha aumentado en la década 1970-1980 y no aparece incluida entre la población de niveles "bajo" y "muy bajo" por haber quedado clasificada en otra categoría que fue la que correspondió al distrito en su conjunto, nivel de desagregación a que se trabajó, podría calificarse de conservadora la estimación hecha en ese trabajo para 1980, y por lo tanto, que el aumento del número de los pobres es mayor aún.

Otras fuentes citan situaciones aún más dramáticas tal ocurre en la publicación del Ministerio de Planificación y Política Económica, *El niño en Panamá*.

(1) Dirección de Estadística y Censo. Panamá en Cifras años 1969-1973, nov, 1974. Cuadros pág. 8 y 9. Comentarios pág. 2 y 3.

(2) PREALC. La evolución de la pobreza rural en Panamá. Herrera Ligia, Misión de asistencia realizada en el Hospital del Niño, 1975.

(3) Regiones de desarrollo socioeconómico de Panamá, 1984.



Algunas manifestaciones específicas de la pobreza.

La Desnutrición

No es una casualidad que las primeras estimaciones sobre pobreza utilizaran los requerimientos nutricionales de la familia para determinar una canasta mínima de alimentos como base para estimar la fijación de un límite para el umbral de pobreza. La CEPAL en el trabajo "La dimensión de la pobreza en América Latina", 1978, clasificó "los hogares como en situación de pobreza si su poder de compra es inferior a dos veces el costo de una canasta de alimentación nutricionalmente adecuada". Esto implica reconocer la importancia que tiene el estado nutricional de una población como expresión de sus condiciones de vida.

Los pocos datos disponibles sobre nutrición en Panamá confirman que el problema de la desnutrición es importante, particularmente entre los niños, sobre todo en las áreas rurales. Sin embargo, la desnutrición es una situación que afecta a las familias en general.

Encuesta levantada en 1967 por el Ministerio de Salud señaló entre sus resultados principales que

en la población panameña existen serios problemas en la nutrición proteica, deficiencias calóricas y en el consumo de vitamina A y de riovflavina; la prevalencia de la anemia es elevada y las deficiencias de hierro y de fosfatos son altas. Señala que como resultado de las deficiencias de yodo se da el bocio endémico, lo que constituye problema severo de salud. La prevalencia de caries dentales se indicó muy elevada y las enfermedades periodontales como problema severo. Reveló una frecuencia elevada de los más importantes parásitos intestinales en el área rural y menos importante en la ciudad capital y probablemente en las otras ciudades grandes. Los anteriores problemas se asocian en la encuesta con la condición socioeconómica de la familia.

Una encuesta levantada en 1980 revela que se han producido algunas mejoras en la nutrición al nivel de la población general. Sin embargo subsiste la deficiencia en la ingesta de vitamina A y de calorías. Subraya la existencia de una "distribución" de alimentos más desigual entre hogares de zonas



urbanas que en los hogares de zonas rurales. En resumen el informe señala que "en Panamá existe un problema nutricional que afecta a más del 20% de las familias" y que en comparación con los datos de 1967 en 1980 se da una disminución en los estadíos leves y moderados de desnutrición y apreciable aumento en los casos agudos y graves. Los problemas más serios se dan entre los niños menores de 5 años.

Concluye el informe afirmando que la "historia de la desnutrición está fuertemente ligada con el ingreso per cápita tanto en el sector rural como en el urbano".

La vivienda deficiente y el hacinamiento:

Al igual que en otros aspectos que caracterizan una situación de deterioro social, en el de vivienda Panamá experimentaba un crecimiento del déficit. Según publicaciones del MIPPE (*Radiografía de la pobreza, 1979*, y, *Una década de desarrollo social en Panamá 1970-1980*) en 1970 el déficit de vivienda superaba las 76000 unidades y en 1980, las 132.000. Este fenómeno de falta de viviendas adecuadas el que da lugar al crecimiento de las llamadas "barriadas de emergencia", a la ocupación de casas "condenadas", al aumento de viviendas "improvisadas" y al mantenimiento de insalubres "casas de vecindad".

No se dispone de datos sobre "barriadas de emergencia" para el año de 1980. Para 1970 se estimó que existían 20 de estas barriadas en la región metropolitana y que en la ciudad de Panamá ellas contenían 10.859 unidades de viviendas ocupadas por 59.649 personas (17% de la población de la ciudad). La relación que existe entre este tipo de condiciones de vida y el ejercicio de una ocupación lucrativa es evidente al considerar que de las 39.800 personas económicamente activas que forman parte de esa población sólo estaba efectivamente trabajando el 40% de los cuales 20% era "trabajador por cuenta propia", típica condición de actividad de baja productividad.

El hecho de que el Censo de Vivienda de 1980 haya registrado un aumento en el número de vivienda "improvisada" con relación a 1970 induce a pensar que el problema de las "barriadas de emergencia" continúa ampliándose, suposición que guarda relación con el aumento del número y la proporción de familias que no están en condiciones de satisfacer sus necesidades básicas.

El Censo de 1980 por primera vez incluye como categoría separada a las viviendas "condenadas" que están ocupadas. Estas fueron definidas como aquellas que "por su mal estado, sus condiciones higiénicas y deterioro constituyen grave peligro para la seguridad y salud de los que las habitan". Fueron empadronadas 8760 de estas viviendas, la mayoría de ellas (99%) en áreas urbanas. Si se atribuye a estas viviendas un promedio de 4.8 personas por vivienda se tendrá alrededor de 42.000 personas, entre ellas quizás como 16.000 menores de 15 años, viviendo en terribles condiciones.

Las viviendas en casas de vecindad disminuyeron entre 1970 cuando existían 46.891, a 37.890 en 1980 según registran los Censos respectivos. En la práctica buena parte de esa disminución debe haberse producido al ser "condenadas" las casas de vecindad que estaban en peores condiciones. Ellas son un fenómeno predominantemente urbano. Si se utiliza el mismo promedio de personas por vivienda ya aplicado, se tendría que 181,872 estarían ocupando viviendas que, según la definición censal, "no tiene servicios sanitario ni baño de uso privado".

Las deficiencias habitacionales discutidas afectan principalmente a los habitantes de las áreas urbanas. Los residentes de las áreas rurales en-

frentan otro tipo de limitaciones como son la ausencia de agua potable, servicio sanitario y electricidad a más de condiciones físicas referentes a pisos, paredes y techos muy deficientes.

Panamá ha hecho considerables avances en la provisión de los servicios antes mencionados a la población.

Las cifras del censo de 1980 permiten establecer el número de viviendas afectadas. Si se estima la población que reside en ellas a base de un promedio de 4.8 personas por vivienda y el porcentaje de la población total que ellas representaban se tiene:

Servicios faltantes	Viviendas	Personas	Porcentaje de la Población Total
Sin agua Potable	83,240	339,552	22
Sin Servicio Sanitario	54,530	261,744	14
Sin electricidad	124,645	598,296	33

Como puede apreciarse es significativo el número de habitantes del país que carecen de servicios fundamentales para la salud y el bienestar de la población.



Uno de los aspectos que más atentan contra ese bienestar es el alto grado de hacinamiento en que vive un elevado porcentaje de la población.

El censo de 1980 empadronó 98,430 viviendas que no tenían un lugar separado o cuarto para dormitorio o sea, el 27^o/o de las viviendas particulares ocupadas. Los porcentajes fluctuaban entre 24 para las áreas urbanas y 31 para las rurales. Debe señalarse que la situación había mejorado con respecto a los niveles de 1970.

Si se define como "hacinamiento" la ocupación de un cuarto por tres o más personas en 1970 el 39^o/o de las viviendas sufrían esta situación habiendo bajado la proporción a 27^o/o del total en 1980. Utilizando el promedio de 4.8 personas por vivienda estas resultarían ser 475.032. Los análisis anteriores no dejan duda de que la vivienda deficiente es uno de los elementos que contribuyen al síndrome de la pobreza.

La Salud:

El nivel de salud de una población está íntimamente relacionado con las condiciones del medio

ambiente, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud y el acceso que los distintos grupos sociales tengan a ellos el nivel de nutrición y de educación de la población, aspectos que dependen del nivel de ingresos de las familias, el que guarda estrecha relación con la forma y grado de inserción productiva de los miembros de esas familias en edad de trabajar.

Panamá ha experimentado avances en cuanto a la erradicación y disminución de ciertas enfermedades infecciosas. En el primer caso están la viruela, la fiebre amarilla, la poliomielitis y la difteria. Entre las que ha disminuído su incidencia están la tosferina, el tétano, el sarampión y la tuberculosis. Se han ampliado los servicios de salud en términos de número de instituciones y recursos humanos disponibles para prestarlos. Sin embargo, todavía la población de algunos sectores del país continúa siendo deficientemente atendida por los servicios de salud.

Combinando información sobre tasas de mortalidad para varios grupos de población sobre la disponibilidad de recursos humanos y físicos y sobre atención médica, el MIPPE confeccionó para cada uno de los distritos del país un índice sobre el estado de salud en ellos. Presenta los distritos del país agrupados en categorías que van desde "muy bajo" a "alto". Si bien se estima la población perteneciente a los distritos de cada categoría no debe por ello concluirse que en efecto toda la población del distrito tiene el nivel de estado de salud que a él le corresponde. Por ejemplo, afirmar que el 52% de la población del país tiene un nivel de salud "alto" y "muy alto" constituye sin duda una sobreestimación, pues en los 24 distritos ubicados en estas categorías existirá un porcentaje no insignificante de población con deficiente estado de salud.

De la misma manera constituye una subestimación el 19% (324.000 personas) en que se calculan los que dentro de la población total tienen niveles bajos y muy bajos en su estado de salud.

Una de las características de la pobreza es la escasa participación política y social que los que la sufren tienen en la vida pública nacional. Así que ante un Estado que da prioridad a las áreas altamente urbanizadas para la provisión de infraestructura no sólo de salud sino también de otros rubros igualmente importantes, los pobres del campo y de la ciudad carecen de los mecanismos con que podrían presionar para que se atiendan sus necesidades básicas. En estas circunstancias las poblaciones continúan, para los fines de indicadores de salud, agregando "más años a la vida aunque no más vida a los años".

El patrón de enfermedades que las afligen cambia, pero la desnutrición, la vivienda insalubre y la salud precaria continúan acompañándola. Así, Veraguas que en 1970 tenía una esperanza de vida al nacimiento de 59 años la amplió a 64 en 1980, pero incluso este último nivel es más de 10 años menor que el alcanzado por la provincia de Panamá en el mismo año.

Educación:

Panamá ha logrado avances significativos en educación: se ha disminuído el analfabetismo, incrementando la escolaridad y se ha retenido en la escuela por un número mayor de años a un creciente contingente de estudiantes. Quizás el índice más



decidor en este sentido es el de la mediana de años aprobados. Se han dado avances importantes en este sentido, pero aunque se ha acortado la brecha entre los dos extremos, (Panamá y Veraguas) se ha ampliado en el caso de otras provincias como por ejemplo entre Panamá y Darién, Panamá y Bocas del Toro.

**MEDIANA DE AÑOS DE INSTRUCCION
Y APROBADOS
POR PROVINCIA AÑOS 1950 Y 1980**

Provincia	Mediana	
	1950	1980
República Total	3.2	5.8
Bocas del Toro	3.4	4.1
Coclé	2.8	4.7
Colón	4.9	6.1
Chiriquí	2.1	5.1
Darién	3.1	3.4
Herrera	1.0	4.6
Los Santos	1.4	4.6
Panamá	5.2	7.0
Veraguas	0.8	3.9

Llama la atención que, a pesar del gran salto hacia adelante de Veraguas todavía tenga mediana inferior a 4. Darién tiene la mediana más baja de todas las provincias del país con el agravante de

dad un trabajador no especializado debe por lo menos completar 6 años de instrucción primaria, se examinaron los datos pertinentes al número y proporción de aquellas personas activas que sólo habían alcanzado un nivel de instrucción inferior a ese límite o no tenían ninguna instrucción. El resultado arrojó notable diferencias entre sexos y áreas urbanas y rurales, tal como puede apreciarse a continuación:

Como puede apreciarse, el 54% de la población activa masculina rural o no tenía instrucción alguna o declaró tener instrucción primaria incompleta. No es improbable que una gran parte de esas personas, carezcan de la capacidad de leer y escribir por el fenómeno que la UNESCO designó como "analfabetismo por desuso". Ello influiría negativamente en su capacidad de adoptar nuevos métodos e ideas y por consiguiente en su capacidad productiva. En las áreas urbanas es bastante menor el porcentaje de hombres económicamente activos con bajos niveles de instrucción. En ambas áreas el porcentaje de mujeres en esas condiciones es más bajo que el de los hombres aunque en el área rural es casi 3 veces más elevado que en la urbana.

En conjunto, estos son en general los trabajadores que están colocados en los niveles de ingresos que los ubican bajo nivel de pobreza. Si se calcula que de ellos dependen en promedio 3 personas se tiene otra aproximación al número de personas (486,000) que no pueden subvenir sus necesidades básicas.

ACTIVOS SIN EDUCACION Y CON PRIMARIA INCOMPLETA POR SEXO Y AREA 1980

Area	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total	162,375	29.6	140,730	35.5	21,645	14.2
Urbana	44,905	14.3	32,170	16.5	12,735	10.6
Rural	117,470	50.3	108,560	53.9	8,910	27.7

haber experimentado muy leve mejoría en los últimos 30 años. Estas situaciones sin duda guardan relación con los otros componentes del nivel de vida que contribuyen a fijar los límites de la pobreza.

Reconociendo que el nivel de instrucción en última instancia afecta la modalidad de inserción en la actividad productiva, se examinaron los pocos datos que el Censo de Población de 1980 ha publicado sobre instrucción de la población económicamente activa. Considerando que para lograr cierta capacidad de asimilación acerca del contenido de sus tareas y para promover una elevada productivi-

En este trabajo se ha examinado el síndrome de la pobreza. Los síntomas en términos de niveles de ingreso, de desnutrición de condiciones de salud y de vivienda, así como de educación, no dejan lugar a la duda que el cuerpo social panameño está profundamente afectado por la enfermedad de la pobreza.

Este trabajo constituye un extracto del capítulo II de un trabajo sobre "La Pobreza y los Problemas de la Infancia en Panamá" preparado por la autora con la colaboración de Carmen A. Miró.

CHILE: MUJER Y LUCHA

Por: Rosario Saavedra

Es imposible enfocar el problema de la mujer chilena, sus luchas y reivindicaciones sin ubicar la problemática en el marco del tipo de sociedad en que ella vive.

Los chilenos, al igual que el resto de los latinoamericanos, sobreviven en una sociedad capitalista dependiente y subdesarrollada. Sectores mayoritarios de

la población se enfrentan a la cesantía, al hambre, a la miseria, situación que no es ajena a ninguno de los países del llamado Tercer Mundo en los que la mujer, las más de las veces es considerada un ciudadano de segunda categoría.

En el caso específico de Chile, la situación económica, producto de la política de libre mercado impuesta por la dictadura militar de Pinochet ha vuelto más dramá-

tica la realidad femenina, especialmente en los sectores populares. Las altas tasas de desempleo obligan a la mujer a encontrar respuesta en el empleo doméstico (empleadas domésticas), independientemente de su nivel educativo y en casos extremos la arrastran a la prostitución y las drogas.

Se dice que la mujer chilena es una de las más liberadas en América Latina. No obstante, vive inmersa en una sociedad ma-



chista por excelencia. El machismo está presente en todos los estratos de la sociedad chilena en la que a la mujer se le asigna un rol pasivo, conservador. Su entorno natural es el ámbito doméstico y su objetivo final la defensa irrestricta de "la familia". Como madre, se la supone sobreprotectora. Como esposa, consentidora. Se espera que ella sea capaz de superar contingencias extremas en las que obviamente debe asumir la responsabilidad del apoyo moral a los hijos y al marido, debería además mantenerse eternamente en un discreto segundo plano. Asimismo, es un vehículo reproductor del machismo que la oprime ya que asume la educación de los niños como madre, niñera, tía o maestra.

Con lo señalado anteriormente se podría pensar que la chilena está absolutamente despolitizada, lo que no es así. Muy por el contrario, las dificultades que enfrentan los chilenos bajo el régimen militar, que recaen con mayor fuerza sobre las mujeres en su condición de "protectoras" de la familia, han producido un rápido desarrollo de la toma de conciencia femenina. Esta toma de conciencia se plasma en el descubrimiento de su especificidad propia en cuanto a sus derechos, al trabajo, a la creatividad y a la combatividad.

Fueron las mujeres las primeras que salieron a las calles a enfrentar a la dictadura desafiando con valentía a la represión. Allí estuvieron las mujeres de los presos políticos; las madres y esposas de los detenidos-desaparecidos; las madres, esposas e hijas de los exiliados. Pareciera que la angustia por el dolor de sus hijos, padres y compañeros aunada al propio dolor y a la

humillación constante que sobre ellas dejó caer la represión forjó niveles de conciencia nunca antes alcanzados en el movimiento femenino chileno. Surgen incontables formas de organización con las que las mujeres chilenas se dispusieron a enfrentar la lucha contra la injusticia y por conseguir el pan de los suyos: Ollas comunes, jardines infantiles, talleres artesanales, etc. Un rápido proceso de autoconciencia femenina en el que las chilenas comienzan a percibir que para obtener sus derechos, necesariamente deben luchar por transformar las viejas estructuras sociales. Entienden que el autoritarismo es mucho más que un problema económico y político y que tiene raíces profundas en la estructura social. Al respecto, la socióloga Julieta Kirkwood, estudiosa de la realidad feminista chilena, afirma

que: "el feminismo se constituye en movimiento de liberación social en Chile en tanto logra articular la lucha y consecuente creación ideológica —simultáneamente en contra de la opresión de clases y de la opresión patriarcal— sin priorizar ni sacrificar una lógica a la otra, sino planteando una nueva integración de esas antinomias aparentemente irreductibles".

La participación política de la mujer en Chile se remonta al siglo XIX. En 1860, junto con la dictación de la ley de instrucción primaria gratuita (para niños y niñas), se crea la Escuela Normal de Preceptoras destinada a la formación de profesoras de enseñanza primaria, paso importante en el desarrollo de la educación femenina que culmina con la dictación en 1877 de un



VAMOS MUJER



decreto que permitió a la mujer el ingreso a la Universidad, egresando en la siguiente década las primeras mujeres profesionales.

El nivel educacional femenino alcanzado se manifestó políticamente cuando, en 1875 un grupo de mujeres (que cumplían con los requisitos que la constitución exigía para ser ciudadano) se inscribieron para ejercer el derecho a voto en la elección presidencial. No sólo les fue negado ese derecho, sino que se legisló discriminatoriamente al respecto, conculcando así sus derechos cívicos y civiles. Esto se refleja aún hoy en la potestad marital (derechos del marido sobre la persona y bienes de su mujer) que sigue vigente en la legislación chilena.

En el siglo XX se comienza a percibir la presencia de grupos significativos de mujeres que expresan sus inquietudes intelectuales y políticas. Se organizan para obtener reformas a las leyes dis-

criminatorias y respeto a sus derechos políticos. En 1931 obtienen el derecho a voto en las elecciones municipales. Obviamente no era suficiente, en consecuencia se organizan para trabajar en pos de la obtención del pleno derecho al sufragio. Es así como en 1935 surge el Movimiento pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) que logra, tras más de un decenio de lucha, obtener en 1949 el derecho al pleno sufragio para la mujer chilena.

La mujer entonces canalizó sus inquietudes políticas hacia los partidos políticos existentes los que nunca consideraron importante plantearse políticas específicas sobre la problemática femenina. De alguna manera, la mujer se siente excluida del proceso liberador y en muchos casos se transforma en la negación del mismo. Al continuar sintiéndose discriminadas o tal vez por eso mismo, se mantienen conservadoras, adictas a la ley y al orden. Así se explicaría, según

Kirkwood, el movimiento de mujeres opositoras al gobierno de Unidad Popular.

Kirkwood plantea además que, con posterioridad al golpe militar de 1973 "resurge" en Chile un feminismo que con ser minoritario, enriquece al "nuevo proyecto liberador", con un accionar autónomo, no subordinado pero en alianza con las fuerzas progresistas.

Históricamente, la organización femenina en Chile se ha manifestado en diversas formas de organización: Círculos intelectuales, Asociaciones benéficas, clubes, Asociaciones de amas de casa, Ligas femeninas, Comités de madres, Asociaciones profesionales, etc., etc. Esto ha adquirido mayor connotación en la última década. La mujer está presente en la olla común, en la toma de terreno, en la lucha por la vivienda, en las barricadas, en las protestas, en las marchas, en la denuncia constante y sistemática

de la violación de los derechos fundamentales. Está en la primera línea de la lucha por la democracia y la libertad, por un Chile nuevo, en el que todos los hombres y todas las mujeres tengan igualdad de oportunidades con pleno derecho a la participación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la justicia.

Es así como en estos doce años de dictadura han ido surgiendo: la Agrupación de Mujeres Familiares de Detenidos-Desaparecidos, la Agrupación de Mujeres Familiares de Ejecutados Políticos, la Asociación de Mujeres Familiares de Presos Políticos, el Comité de Defensa de los Derechos de la Mujer (CODEM), la Unión Chilena de Mujeres, el Movimiento de Mujeres Pobladoras, Mujeres de la Agrupación Pro Retorno de los Exilados, el Departamento Femenino de la Coordinadora Nacional Sindical, Mujeres de Chile (MUDECHI), Mujeres por el Socialismo, Mujeres por la Vida entre muchas otras. La diversidad de organizaciones no impide que al calor de la lucha se vaya gestando paulatinamente la unidad. Es así como en 1983 las mujeres chilenas convocaron exitosamente a



la primera concentración masiva desde el golpe militar. Todas las organizaciones femeninas convergieron en el teatro Caupolicán, con capacidad para unas 8 mil personas. El combativo "caupolicanazo" estremeció no sólo al régimen. Sirvió también como referente a todos los sectores de oposición que en algunos casos tuvieron que replantearse el quehacer en la lucha por la libertad y la democracia.

Asimismo, fueron las mujeres quienes protagonizaron las pri-

meras manifestaciones callejeras contra el régimen: exigen a éste una respuesta al problema de los detenidos-desaparecidos, conmemoran el Día Internacional de la Mujer, denuncian la práctica constante de la tortura, exigen respeto a los Derechos Humanos, llaman constantemente a la unidad de todas las fuerzas opositoras en la lucha por alcanzar la democracia y plantean la necesidad imperiosa de una sociedad más justa e igualitaria.



A doce años de dictadura, el pueblo chileno ha superado el miedo. En este período las mujeres han dado ejemplo de consecuencia y unidad. Esa unidad se traduce en acciones a través de las cuales reclaman el respeto a sus derechos y la democracia para Chile. Inevitablemente, esto las convierte en blanco de la represión con que el régimen pretende acallar la disidencia. La mujer es entonces "objeto" y "sujeto" de la represión. Por una parte, es utilizada para reprimir psicológicamente al padre, al hermano, al compañero, por la otra, es reprimida por su participación directa en la oposición a la dictadura. La violencia represiva contra la mujer se ejerce con especial saña. El objetivo es doblegarla física y psicológicamente. El secuestro y la violación de mujeres son prácticas regulares del terrorismo estatal que ejerce el régimen militar-monetarista. En respuesta, las mujeres mantienen dignamente su inculdicable espíritu de lucha siguiendo el ejemplo de las que desde las propias raíces históricas entregaron su voluntad y hasta sus vidas a la búsqueda de una sociedad más justa como la heroica Janequeo, guerrillera mapuche líder de la lucha contra el imperio español; Carmela Jeria, dirigente del movimiento obrero chileno; Ramona Parra, defensora de los derechos del pueblo y tantas otras que señalaron el largo y difícil camino hacia la liberación definitiva.

Ese ejemplo generacional ha sido retomado hoy por dirigentes de la talla de: Fabiola Letelier, Presidenta del Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU); Fanny Pollarollo, dirigente del Movimiento Democrático Popular (MDP); Paz Rojas, dirigente de Derechos Humanos de CODEPU; María Asunción

Bustos, dirigente de MUDECHI; Ruth Baltra, Presidente de OCA-RIN; María Rozas de la Coordinadora Nacional Sindical entre otras muchas, dignas representantes de la mujer chilena que hoy se integra masivamente con el conjunto del pueblo a la lucha por la democracia y la libertad para exigir desde allí sus legítimos derechos de mujer. Defendemos la vida gritan, porque somos quienes damos vida.

Cuando a principios de 1985 se produjo el bestial asesinato de los comunistas José Manuel Parada, Manuel Guerrero y Santiago Nattino (secuestrados y posteriormente degollados por fuerzas represivas), sus viudas, sobreponiéndose al dolor, encabezaron un vasto movimiento nacional de repudio y denuncia con el que se logró el esclarecimiento de los crímenes. Una vez más se probó la culpabilidad del régimen. Las Fuerzas Armadas aparecen clara y definitivamente implicadas en esos y otros muchos crímenes. Las mujeres y el pueblo denuncian los crímenes y exigen respeto a la vida. La dictadura protege a los culpables y los autoriza para seguir destruyendo vida.

Cuando en junio pasado centenares de personas que asistieron a una romería a las tumbas de los degollados se enfrentaron a las fuerzas represivas de carabineros (policía uniformada), una de las viudas, Estela Ortíz de Parada increpó directamente a los uniformados: "Me han quitado a los dos hombres que más he amado en mi vida: mi padre y mi compañero. Yo estoy por la Vida y ustedes representan aquí, en esta romería en homenaje a nuestros familiares asesinados, la Cultura de la Muerte. Esta es nuestra diferencia y no nos asustan. Nosotros, pese a la repre-

sión y a la tortura, seguiremos luchando para que ningún niño tenga que seguir perdiendo a su padre. Y aquí estaremos, pese a ustedes y al gobierno. A pesar que no quieran que les gritemos en sus caras: ASESINOS y que se haga justicia, así tengamos que dejar hasta la última gota de sangre". Estas emotivas palabras parecen sintetizar la voluntad inquebrantable y mayoritaria de las mujeres chilenas. Están conscientes de que nada se les va a conceder gratuitamente. En el pasado lucharon por obtener el derecho a la educación y lo obtuvieron, lucharon por obtener el derecho a voto y lo obtuvieron. Hoy luchan por defender la vida que engendran y por alcanzar una democracia igualitaria y participativa, conscientes de que más temprano que tarde alcanzarán sus objetivos.