

La interacción entre la desigualdad de género, la pobreza y la casta: implicaciones en la salud de las mujeres trabajadoras de la industria de las nueces en Kerala, India

C.U. Thresia

Resumen

A pesar de los logros extraordinarios en el sector social de Kerala, un estado de la India, las mejoras en la calidad de vida no han sido distribuidas de manera uniforme. Una exploración a la vida de las mujeres trabajadoras procesadoras de nueces deja ver altos niveles de analfabetismo, pobreza, mortalidad, fertilidad, violencia basada en el género, desigualdades, etc., con su raíz en la casta y en la falta de acceso a la atención a la salud. Para mejorar las condiciones de las mujeres, los factores sociales y estructurales, que son los verdaderos determinantes de la salud, tienen que ser enfrentados. El fortalecimiento de los suministros públicos sociales y de salud es un prerrequisito necesario para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud y a la vida. Sin embargo, las iniciativas neoliberales, en proceso en el Estado de Kerala, ponen en peligro los de por sí ya debilitados sistemas de salud públicos.

Introducción

Los logros extraordinarios en el campo de la salud y la educación del estado de Kerala han sido aclamados extensamente en el mundo académico y en círculos de desarrollo de políticas públicas. El estado de Kerala es el de más alto índice de alfabetización en la India, tanto en hombres como en

mujeres; cerca del 90% de las mujeres reciben educación, en contraste con el 54% del resto de las mujeres de la India. Los procesos sociopolíticos, que incluyen la reforma social y los movimientos comunistas en Kerala, así como el éxito del estado en brindar educación y salud, no sólo han ayudado a frenar la sobreexpansión poblacional y a reducir la mortalidad infantil, sino que también han mejorado la expectativa de vida. Las estadísticas sobre salud y longevidad se comparan de manera favorable con aquéllas de muchas naciones desarrolladas.

Sin embargo, a pesar de estos amplios logros en el contexto socio-económico, una serie de estudios han encontrado desigualdades y diferencias en los indicadores de salud y la calidad de vida entre los géneros, clases sociales, castas y religiones (1-4). Además, la ineficiencia de los servicios de salud para combatir los problemas de las enfermedades contagiosas, se suman a los retos de la salud pública (5).

El estatus elevado de las mujeres en el paradigma de desarrollo del estado de Kerala se refleja en los niveles más altos de igualdad en la tasa entre géneros, expectativa de vida, educación y politización; sin embargo, sería incorrecto asumir que no hay discriminación en contra de las mujeres (3, 4). Al no haber cambios en la estructura patriarcal de la familia y la sociedad, las mujeres casadas siguen siendo víctimas de la discriminación de género, sujetas a la tortura física y al abuso mental, infringido por sus maridos. Las mujeres sufren de falta de autonomía y de empoderamiento; necesitan el permiso de sus esposos para ir al mercado o para visitar a sus familiares y amigos,

C.U. Thresia, Senior Research Fellow,
Achutha Menon Centre for Health Science Studies
Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and
Technology, Medical college (p.o), Thiruvannathapuram,
Kerala, India Pin-695011. Tel: 91 471 2524248(O), Fax:
91 471 2553469 Email: thresia@sctimst.ac.in

esto se refleja en altos índices de enfermedades depresivas. De acuerdo a datos recientes, las tasas de suicidio en Kerala son por lo menos del doble que las del promedio del resto del país, seguramente relacionadas con la mala salud mental de las mujeres y el aumento de crímenes vinculados a la dote. Por tanto, es importante revisar las investigaciones de las últimas décadas, que buscan identificar los orígenes sociales de la enfermedad; éstos incluyen: la estructura de clase, las relaciones de género, el estatus de casta, la etnicidad, los procesos laborales y el entorno político.

Además, es necesario mirar más allá de los discursos biomédicos en la planeación para el mejoramiento de la salud de la comunidad (6-11). Sin embargo, hay una laguna conceptual entre la relación de las desigualdades socioeconómicas de salud con las políticas, los programas, la investigación y la recolección de estadísticas vitales (12-14). Las tendencias socio-políticas actuales, que surgen de las políticas neoliberales e incluyen el incremento del empleo del sector informal, el retiro del estado de la provisión de servicios sociales y el debilitamiento de los sindicatos, ensanchan aún más estas desigualdades y ponen en peligro los intereses de los pobres, especialmente los de las mujeres (15, 16). Las injusticias contra los trabajadores, como son los salarios bajos (17), y los efectos entrelazados de múltiples opresiones en el lugar de trabajo (incluida la opresión de género), afectan la salud de las mujeres trabajadoras (18). Las desigualdades específicas de género a menudo les niegan las necesidades humanas básicas de salud física y psicológica (19).

La mayoría de las mujeres son empladas en industrias tradicionales, entre las que el procesamiento de nueces de la India y la manufactura de *coir*¹ y *beedi*² son las más prominentes. Nuestro estudio entre las mujeres procesadoras de nueces de la India del pueblo Kilikoolloor, en el Distrito Kollam de Kerala, fue

diseñado para explorar las relaciones desiguales de poder y las múltiples caras de la discriminación en varios ámbitos, incluyendo la salud y el bienestar.

Métodos

Escenario: la industria de nueces de Kerala, India

Las nueces, una fruta tropical, son cultivadas principalmente por su semilla comestible y por el aceite fenólico en el forro de la cáscara. El procesamiento de nueces es una industria orientada a la exportación y de trabajo intenso, con uso limitado de tecnología, donde aproximadamente el 95% de los trabajadores son mujeres (20). El trabajo está segregado por género: las mujeres realizan tareas manuales, como el rompimiento de la cáscara, pelar la nuez y la evaluación; además, trabajan sentadas en cuclillas o en el piso. Por otro lado, los hombres son responsables de tostar las nueces y trabajan en las secciones de calentamiento y enfriamiento, mismas que requieren de algunas habilidades técnicas.

La industria ha estado dominada por empresarios privados y la mayoría de las firmas están localizadas en chozas y las condiciones laborales son extremadamente pobres. Los niveles de explotación crecientes, la ineficiencia de las agencias del sector público e instituciones de atención a la salud y las prácticas discriminatorias en el trabajo y en la casa, sumadas a la falta de apoyo político apropiado, crean un ambiente en el que las trabajadoras luchan para mantener su salud física y mental o, para decirlo de manera más acertada, se enferman frecuentemente.

Los hombres trabajadores generalmente son asalariados, reciben pagos mensuales y cierta cantidad compensatoria por la temporada en que las fábricas permanecen cerradas (cuando las nueces crudas no están disponibles). En cambio, las trabajadoras obtienen un pago por pieza y no reciben ningún tipo de compensación en el periodo de cierre de la fábrica.

¹ *Coir*: Extractos de la cáscara fibrosa con los que se producen productos comerciales como alfombras, tapetes para la puerta y el piso, telas utilizadas en la estabilización de la tierra y el control de la erosión.

² Cooperativas de trabajadores productores de Beedi, que manufacturan cigarros a mano.

Muestra de las fábricas

Para el estudio de la organización laboral, se seleccionó una muestra del 50% de las 15 fábricas del pueblo. Es decir, ocho fábricas: seis privadas, una pública y una cooperativa.

Recolección de datos entre los trabajadores y las trabajadoras

Una variedad de métodos cualitativos y cuantitativos fueron empleados para la obtención de datos. En una encuesta “basada en línea”, se seleccionó inicialmente al azar una muestra del 20% de hogares (n=396), de la cuál únicamente 350 fueron encuestados (con 460 trabajadores). Las razones por las que no todos los hogares se incluyeron fueron: jubilación, cambio en la residencia y/o de empleo. En la encuesta, las preguntas se centraron principalmente en clases sociales y antecedentes de casta, demográficos, tipo de trabajo y pertenencia sindical.

Posteriormente, el 50% de los hogares de la muestra (175 hogares con 245 trabajadores) fue seleccionado para un estudio a profundidad, alternando a los hogares; para la recolección de información se utilizaron técnicas tales como: entrevistas a profundidad, observación participante, discusiones en grupo y reportes de caso. Las entrevistas a profundidad resaltaron los problemas de salud percibidos, la utilización de la atención a la salud, las experiencias de fertilidad y la mortalidad infantil; también fueron incluidos detalles del empleo, inequidades de género y otras relaciones opresivas en el trabajo y en la casa. Las discusiones de grupo y los reportes de caso generaron información sobre varias dimensiones de género y las desigualdades relacionadas con la pobreza, impedimentos en el acceso a atención sanitaria de calidad y estrategias de sobrevivencia. El trabajo de campo para este estudio se llevó a cabo durante 14 meses, de 1996 a 1997, y en dos fases.

Resultados

Problemas de salud auto reportados

Los problemas de salud más comúnmente reportados fueron: dolor de espalda y cuerpo, dermatitis, leucorrea (fluido blanco vaginal

excesivo) (Tabla 1); los altos niveles de problemas músculo-esqueléticos probablemente se deben al largo tiempo que las trabajadoras están en cuclillas o sentadas. El contacto directo con el líquido corrosivo de la cáscara de las nueces contribuyó a la dermatitis en los dedos y las manos, el 95% de las trabajadoras a cargo de las cáscaras estaban afectadas. Una de las trabajadoras señaló: “*me siento avergonzada de salir por las quemaduras, las cicatrices y las manchas negras en mis manos, Siempre doblo los dedos para esconderlas*”. Otros problemas adicionales incluyeron: mareos, malestar general (12%) y síntomas ácido-pépticos, como gas y dolor abdominal (10%), que las mujeres relacionaron con la falta de alimento.

Problemas de salud reproductiva

Una proporción significativa de las mujeres sufrían de problemas de salud reproductiva, éstos incluían abortos y prolapso uterino. Es importante señalar que el 72% de las trabajadoras que reportaron tener prolapso uterino (18) y abortos (40) trabajaban en la sección de descascamiento, teniendo que estar en cuclillas por periodos prolongados. Muchas de las mujeres relacionaron los abortos con la sobrecarga de trabajo, la falta de alimento, las inseguridades socioeconómicas y la violencia basada en el género, incluyendo la falta de apoyo emocional de parte de los hombres. Las instalaciones precarias de atención sanitaria y las relaciones estresantes en el trabajo y la casa podrían ser vistas como factores sociales contribuyentes a los altos niveles de morbilidad en la salud reproductiva. Una trabajadora sin tierra reportó:

“La carga de trabajo en la casa y en la fábrica desde las 4 de la mañana, especialmente en la fábrica, al estar en cuclillas, me ha llevado a tener dolor de espalda y malestar durante el embarazo. Además, las golpizas y el abuso de mi marido han sido parte de mi vida desde el tercer día de matrimonio. Todo esto y la falta de alimento pudo haber contribuido a los dos abortos que he tenido en los dos años que he estado casada”. De acuerdo a otra mujer: “Quizá mi sobrecarga de trabajo en cuclillas haya conducido al sangrado y, posteriormente, al aborto. Ya que no comía bien, ni descansé después de mi primer aborto, así que mi

segundo y mi tercer embarazo resultaron en la pérdida del bebé. Mi esposo no me pega, pero tampoco se hace responsable de la casa”.

Así, los patrones de distribución de la enfermedad están relacionados cercanamente a la ocupación y a la pobreza, esto ilustra las estrechas relaciones entre las circunstancias, el empobrecimiento y la mala salud.

Entre las mujeres casadas, el promedio de nacimientos (2.9 por mujer) fue más alto que el promedio estatal de fertilidad total (1.96) (21); el 23% de las mujeres casadas reportó haber perdido uno o más niños antes de que cumplieran siete años.

Tabla 1:

La distribución de los problemas de salud autoreportados por las trabajadoras durante la entrevista

Trastornos		No. de trabajadoras	Porcentaje*
Músculo-esqueléticos	Dolor de espalda	223	90.0
	Dolor corporal	195	79.6
	Dolor en piernas y manos	23	9.4
	Dolor de articulaciones	67	27.3
	Dolor de cuello	8	3.3
Respiratorios	Asma	31	12.7
	Estornudos	15	6.1
	Tos	8	3.2
	Tuberculosis	2	0.8
	Tuberculosis (curada)	3	1.2
Otras	Dermatitis	200	81.6
	Dolor de cabeza	94	38.3
	Vista reducida	15	6.1
	Dolor y gas abdominal	24	9.7
	Malestar general y mareos	30	12.2
	Fiebre	19	7.8

*Porcentaje del total de 245 trabajadoras

Tabla 2:
Distribución del los problemas de salud reproductiva percibidos durante la entrevista

Trastorno	No. De trabajadoras	Porcentaje*
Prolapso uterino	18	7.3
Histerectomía debido a sangrado severo	10	4.0
Sangrado irregular	10	4.0
Lucorrea	117	47.8
Flujo vaginal amarillento	21	8.6
Abortos (durante el transcurso de vida)	40	16.3
Cáncer uterino	1	0.4

* Porcentaje del total de 245 trabajadoras

Trabajo y condiciones sociales

El procesamiento de nueces de la India se caracteriza por los altos niveles de subempleo y trabajo informal (empleo temporal o casual por firmas privadas). El subempleo es mucho más alto en el sector público, que puede proveer unas cuantas semanas de trabajo al año, en cambio los sectores privados y cooperativos pueden brindar algunos meses de trabajo.

Como reflejo de la división de género en el trabajo, a las mujeres se les paga por pieza, en cambio, los hombres reciben un salario mensual que les permite pedir como préstamo 1/3 de su salario en los periodos en que no hay trabajo, lo que es negado a las trabajadoras. El sistema de pago a destajo (por pieza) es claramente un modo de explotación contra las mujeres, ya que conduce a que éstas tengan que trabajar más y evadir pausas para tomar sus alimentos o descansar, los trabajadores temporales reciben como pago una suma consolidada, que es menos de la mitad del salario mínimo. Además de los salarios, las prestaciones sociales para los trabajadores permanentes incluyen los Fondos de Gratuidad y Provisión (FGP), el Fondo de Beneficiencia para Trabajadores de Nueces, acceso a las instalaciones de salud en el *Employees State Insurance* (Seguro Estatal de Empleados, SEE) y una suma nominal de jubilación. Para el FGP, los trabajadores tienen que pagar una contribución del 8.3% de su salario semanal y para el SEE, el 1.5%. A pesar de que las deducciones son regulares, la falta de pago o el subpago de los fondos y la

negación de atención sanitaria -incluyendo las prestaciones de maternidad- fueron otras formas de opresión en el lugar de trabajo. El 85% de los trabajadores de las firmas privadas declaró no haber recibido sus tarjetas de provisión de fondos, a pesar de que el dinero había sido sustraído de sus salarios por años. Así que, al final, su estatus fue parecido al de los trabajadores del sector informal, más desorganizado.

Las condiciones físicas del lugar de trabajo eran deplorables: pisos poco higiénicos, alrededores sucios, letrinas malolientes y accidentes ocasionales debido a las malas condiciones de los techos. Ninguna de las ocho fábricas que se incluyeron en la muestra, pertenecientes a los sectores público y de cooperativas, brindó instalaciones adecuadas, tales como: espacio suficiente, luz, ventiladores, guardería, agua para beber y cafetería, como es señalado en el Acta de Normas de Fábricas, 1949.

La sección de descascamiento era la más alarmante: las mujeres trabajaban en cuclillas, sobre un piso disparejo, en líneas, entre cáscaras de nueces quemadas y polvo. En estas habitaciones las trabajadoras llevaban a cabo sus tareas muy cerca una de otra; sus espaldas y codos estaban en contacto constante con las que trabajaban a su lado. Además, se mantenía una vigilancia estricta en las naves supervisadas por hombres y no se les permitía interactuar, hablar o estirar su espalda durante el trabajo. En raras ocasiones iban al baño, debido al monitoreo constante, frecuentemente, cuando se movían o interactuaban, se les llamaba la atención y

recibían acciones disciplinarias por parte de los guardias.

Debido a estas condiciones opresivas en el trabajo, el sindicato pudo haber brindado algún tipo de apoyo, sin embargo, la mayor parte de las mujeres se declararon insatisfechas por la falta de apoyo de esta instancia. La falta de visión y estrategias de empoderamiento del sindicato disminuyeron la aclamada politización de las mujeres de Kerala y redujo su poder de negociación. Como señaló una de las trabajadoras:

“He unido a las trabajadoras en contra de la negativa de beneficios sociales, resistiendo los escándalos de inmoralidad y amenaza de despido de los empleadores. Pero el sindicato no quería que tuviéramos roles de líderes, sino que únicamente ocupáramos los faltantes en la procesión”.

Desigualdades dentro del hogar

Además de las relaciones de explotación en el lugar de trabajo, las mujeres estaban sujetas a la estructura patriarcal dominante: más del 80% de las mujeres no recibía ningún tipo de ayuda en los quehaceres domésticos de parte de sus maridos, mientras que la discriminación en la práctica de asignación de alimentos limitaba su acceso a éstos. De acuerdo a la madre de una chica de 12 años de edad:

“A menudo tengo que arreglármelas para distribuir la comida y darle una ración más pequeña a mi hija, yo también como menos para que mi hijo de 16 años y mi marido cubran sus necesidades”.

Control de recursos y toma de decisiones

A pesar de la pesada carga de trabajo y el tener que saltarse comidas para ahorrar tiempo y energía, las trabajadoras tenían muy poco control sobre sus ingresos; el 23% de las mujeres del estudio no contaba con permiso para gastar su dinero por sí mismas, y el 41% era forzado a dar, por lo menos, parte de su salario semanal a su marido. Las mujeres gastaban >90% de su ingreso en gastos del hogar, subrayando su papel como contribuyentes sustantivos de éste, sin embargo, esto no se veía reflejado en su papel en la toma de decisiones dentro

de éste; el 67% de ellas reportó que los hombres tomaban todas las decisiones importantes. Al mismo tiempo, los hombres gastaban únicamente del 40-60% de sus ingresos en los gastos familiares y en los casos de los hombres que consumían alcohol, el porcentaje era aún menor (20-40%).

Estrés mental y violencia

En casa, el 35% de las mujeres estaban sujetas a golpizas por parte de sus maridos. La falta de confianza y el abandono por parte de los hombres, la violencia durante las relaciones sexuales y otros medios de dominación y control, estaban presentes en sus vidas.

En el trabajo, la vigilancia estricta, incluyendo el uso del lenguaje como medio de coerción, restricción, intimidación y abuso, era una fuente de estrés mental. El abuso verbal (96%), comentarios y miradas indecentes (69%) por parte de los directivos no eran poco comunes, siendo principalmente las jóvenes quienes cargaban con este peso. Una chica de 16 años relató su experiencia: el supervisor de la firma le tomó las manos haciéndole una pregunta vulgar: “¿Porqué está tan hinchado tu pecho?” Humillada y deprimida, la chica renunció a su trabajo, al día siguiente su amiga le recriminó al supervisor: “¿Se porta igual con sus hijos?”, tan sólo para obtener como respuesta más abuso y un resultado drásticamente menor, arbitrario, al pesar el resultado de su trabajo diario. También haciendo uso del deseo de superación de las mujeres, los directivos jóvenes en el trabajo las explotaban sexualmente, ofreciéndoles pequeños favores a cambio. La inhibición cultural y el miedo impuesto acerca de la moralidad, frecuentemente impedía la resistencia y la denuncia de abuso por parte de estas mujeres.

A menudo esta violencia, sumada a la falta de acceso a alimento, estresaba a las mujeres. Como señaló una mujer de 40 años de edad:

“Salgo de la casa muy temprano en la mañana al trabajo con el estomago vacío, para llegar a las 8 AM. Si llego tarde por tan sólo unos minutos, mi trabajo no está garantizado. Además, mi marido bebe y me golpea casi todas las noches, toda falta de recursos en casa resulta en palizas violentas para mí. Durante mi

embarazo (de gemelos) fui hospitalizada por muchos días como resultado de una patada de parte de mi marido. Soporto todas las dificultades por el bienestar de mis hijos, pero muchas veces he pensado en el suicidio”

Dote y posesión de tierra

En décadas pasadas, la comercialización del matrimonio había traído nuevas variantes en la dote: la contribución en efectivo o en bienes por parte de la familia de la novia al novio para el casamiento. Actualmente, en el área de estudio, la dote incluía dinero en efectivo (los habitantes lo llaman ‘dinero suelto’, debido a que legalmente no está permitido el dar efectivo al novio como parte de la dote), tierra, adornos de oro, muebles caros y electrodomésticos.

La falta de bienes adecuados para la dote, frecuentemente deja a las mujeres solteras. Una mujer de 28 años se lamentaba:

“Empecé a trabajar en las nueces a los 14 años para ganar algo de dinero para la dote, sin gastar mucho, ni siquiera en comida. Pero el novio pedía mucho más que mis ingresos. ¿A dónde puedo ir para obtener el dinero? Mis padres ya fallecieron...”

Para poder dar la dote, a menudo las trabajadoras se veían forzadas a vender su poca tierra o a usar una forma de “retiro voluntario del

empleo permanente”, para obtener la suma correcta.

A pesar de que el 33% de las mujeres poseían un pedazo pequeño de tierra, esto no era necesariamente un símbolo de autonomía económica, sino que era adquirido como prerrequisito para el casamiento, porque la transacción de la tierra al novio como parte de la dote, es ilegal. Aunque las mujeres fueran reconocidas como “dueñas” en los archivos, esto no les daba necesariamente el control sobre la tierra; las decisiones sobre su uso o venta eran tomadas por los hombres. En la voz de una mujer de 26 años de edad:

“Ahora estoy con mis padres. Mi marido me envió de regreso a mi casa porque no he firmado los documentos de venta de la tierra que está a mi nombre, misma que recibí como parte de la dote”.

La intersección entre la pobreza, la casta y el género

Las condiciones de vida de los trabajadores eran abrumadoramente pobres (Tabla 3): tenían terrenos limitados, viviendas empobrecidas y escasez de agua, electricidad y baños. Los niveles de educación de los trabajadores eran alarmantes: el 22% no había ido a la escuela, de manera importante, el analfabetismo era mucho más alto (cerca del 50%) y la mayoría de las mujeres que había ido a la escuela, no podían leer o escribir.

Tabla 3:
Patrón de posesión de tierra y disponibilidad de instalaciones del hogar entre las trabajadoras
(Tierra en centavos, 100 centavos = 1.5 hectáreas)

Posesión de tierra	No. de hogares	Tipo de vivienda	No. de hogares
Sin tierra	18(3.9%)	Teja	269(58.5%)
1-10	396(86.1%)	Paja	108(23.5%)
11-20	37(8%)	Láminas de hojalata	54(11.7%)
21-30	6(1.3%)	Terraza	29(6.3%)
31 y mas	3(0.7%)	-	-
Total	460(100%)	Total	460(100%)
Electricidad		Letrina	
Si	359(78%)	Closet	69(15%)
No	101(22%)	Hoyo	308(67%)
		No	83(18%)
Total	460(100%)	460(100%)	460(100%)

Tabla 4: *
Distribución por casta de los niveles de educación de las trabajadoras

Casta	Analfabeta (nunca en la escuela)	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Total
Otras Castas <i>Backward</i>	39 (18)	72 (33.2)	72 (33.2)	30 (13.8)	4 (1.8)	217 (47.2)
Castas <i>Scheduled</i>	35 (36.5)	26 (27.1)	13 (13.5)	21 (21.8)	1 (1.0)	96 (20.9)
Musulmanes	23 (27.7)	23 (27.7)	22 (26.5)	15 (18.1)		83 (18.0)
<i>Fair</i>	5 (8.8)	19 (33.3)	22 (38.6)	11 (19.3)		57 (12.4)
Cristianos		2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)		7 (1.5)
Total	102 (22.2)	142 (30.9)	133 (28.9)	78 (17.0)	5 (1.1)	460 (100)

Las cifras entre paréntesis indican el porcentaje del total de 460 trabajadoras de la primera encuesta

*La casta tiene un papel crucial en la vida socioeconómica de la comunidad, las castas más bajas están más deprivadas, generalmente. En la jerarquía hindú, las castas superiores, como los *nairs*, constituyen el nivel más alto, seguidos de otras castas, los *backward*. Los *ezhavas*, se encuentran a nivel intermedio, y las castas *scheduled*, como los *curaba* y *paraya*, en el nivel más bajo. En general, las castas *scheduled* son las más deprivadas, en términos de calidad de vida, incluyendo: educación, salud, empleo, ingresos y acceso limitado a la estructura de poder. A nivel histórico, las castas más altas dominaban la estructura política y social y trataban a las castas más bajas como esclavos, sin muchos derechos humanos, las castas *schedules* cargan ahora con este peso. A pesar de que el grado y la intensidad de la discriminación ha disminuido con el tiempo, a menudo el estatus de las castas más bajas impide su movilidad vertical en la vida social. En el presente estudio, la distribución de las castas *schedules* es del 21%, el de otras castas *backward* de 47%, y castas superiores (*nairs*) de 12%, musulmanes 18% y cristianos 2%.

El 70% de los hogares no brindaba dos alimentos al día durante todo el año a todos sus miembros, y las mujeres eran las que pasaban hambre de manera más frecuente. La calidad de la comida era cuestionable, la leche, los huevos, la carne, el pescado y las frutas no eran incluidas con frecuencia en el menú. A pesar de que las mujeres iban más allá de su capacidad física para la sobrevivencia, las trabajadoras y sus familias simplemente no tenían suficientes alimentos para satisfacer su hambre. Los análisis por casta muestran que los pertenecientes a la castas inferiores estaban más deprivados en términos de vivienda, alfabetismo y falta de acceso a alimentos adecuados; el segundo grupo más deprivado era el de los musulmanes.

Acceso a servicios sanitarios y su utilización

Las instituciones de atención sanitaria a disposición de los trabajadores incluían un dispensario ESI, un dispensario de ayurveda para el cuidado holístico, un centro de atención primaria a la salud pequeño (CAPS), con el servicio de un solo doctor para una población rural de 30,000, y seis sub-centros con los servicios de dos trabajadores de la salud para una población de 5,000; en el sector público. Las instituciones del sector privado incluían unas cuantas clínicas y hospitales con diversos sistemas de medicina, tales como ayurveda y homeopatía.

Se recolectaron datos sobre la utilización de las instituciones de atención sanitaria en dos periodos: el uso dentro del periodo comprendido para las dos

últimas semanas y los seis últimos meses previos al momento de la entrevista. Los diferenciales en la utilización de los dos periodos estudiados muestran que la dependencia al sector público (dónde el 45% de 111 casos buscó ayuda médica), fue menor que la del sector privado (55%). Éste fue el periodo dónde la mayoría de las enfermedades agudas y de temporada fueron tratadas; en el periodo de seis meses precedente de la entrevista nos centramos en hospitalizaciones. Aquí, la dependencia a las instituciones al sector público fue significativamente mayor (56% de 135 casos) que a la del sector privado (44%).

Una característica alarmante con respecto a este patrón de utilización es que aquéllos que padecían enfermedades serias, como cáncer, problemas de corazón, epilepsia y tuberculosis, que requieren tratamientos prolongados y hospitalización, dependían más del sector público, esto corrobora hallazgos previos (22). En contraste con la fuerte dependencia de Kerala en el sector privado para la atención sanitaria, 61% cuando los miembros del hogar se enfermaban (23); 63% de las consultas médicas en una muestra de 1,200 hogares en 1996 (24)); la utilización del sector público fue más alto en este grupo de trabajadores. Esto puede estar relacionado con la disponibilidad de las instituciones del sector público, que incluyen al distrito y al hospital ESI (a 5 kms de distancia), y a los antecedentes de pobreza económica de las trabajadoras.

A pesar de que las instalaciones del ESI están destinadas específicamente a las trabajadoras, su utilización durante un periodo de dos semanas estuvo limitado al 35% de 111 casos, como reflejo de la baja calidad de los servicios brindados. El 49% de las trabajadoras reportó falta de disponibilidad de medicamentos en el ESI, además, el 55% estuvo insatisfecho con la actitud del doctor; más del 21% reportó corrupción, incluyendo pagos clandestinos al personal, especialmente a los médicos; otra queja fue el de horarios inconvenientes. El acceso limitado, aunado al hecho de que las trabajadoras no podían darse el lujo de perder un día de salario, hacía que muchas vieran a la enfermedad como parte de su cotidianeidad y no la atendieran oportunamente.

Con respecto a la utilización de los PHC, el 65% de los hogares no dependía de ellos, prefería los servicios del ESI y se quejaba de que el PHC padecía de falta de servicios diversos, más allá de los relacionados con el control de la natalidad y la vacunación.

Una anciana declaró:

“Yo no sabía que debíamos obtener la información para enfermedades generales del PHC. Ahí obtenemos únicamente servicios de planificación familiar”.

Esto tenía implicaciones significativas al nivel de las políticas públicas, especialmente en el contexto del crecimiento de problemas de salud pública en el estado.

Tales experiencias a menudo conducían a las personas al sector privado, sin embargo, las condiciones de aquéllos que dependían del servicio médico privado eran aún mas precarias. Esto está ilustrado en la experiencia de uno de las trabajadoras sin tierra, sus dos hijos -de dos y tres años de edad- padecían enfermedades respiratorias, al principio, probó los servicios gubernamentales y posteriormente se cambió al sector privado.

Ella relató:

“Voy de la seca a la meca para pagar la deuda de Rs 7000 (cerca de US\$ 155.00) por la atención médica. Quizá tome el retiro voluntario para obtener los fondos de previsión o venda parte de la tierra de mis padres. Pero todos, incluso mi esposo, vivimos en este terreno”.

Del mismo modo, una mujer con cáncer cérvico-uterino, que recibía tratamiento en el sector público, había dependido inicialmente del sector privado, se lamentaba de que:

“El retraso en el diagnostico y la deuda de varios miles de rupias por el tratamiento en el sector privado me obligó a renunciar a mi trabajo para obtener los beneficios de la jubilación para pagar la deuda. Ahora trato de incorporarme a una firma privada de manera

temporal. No tengo seguridad en mi vida, ni trabajo, dinero, ni siquiera, salud.”

El sistema de atención a la salud, no sólo brindaba atención inadecuada, sino que frecuentemente contribuía a la carga mental que afectaba la salud de las mujeres.

Discusión

Este estudio resalta ciertos asuntos pertinentes al contexto de las experiencias de desarrollo en Kerala y a los esfuerzos por descentralizar la administración de los servicios sanitarios, colocándolos bajo el control local. A pesar de los logros en el desarrollo social del estado, la industria de las nueces suma a la pobreza y al subdesarrollo, del mismo modo que lo hacen los sectores tradicionales de la agricultura, como el *coir*, pescado (25) y el *beedi* (26). Además, de la simple falta de acceso a servicios básicos, la pobreza de los trabajadores de nueces encarna la falta de poder, el aislamiento, la negación de auto-identificación y la falta de una atmósfera digna en el trabajo y en la casa; de una estrategia desde diversos frentes, culturalmente apropiada y factible para enfrentar las necesidades estratégicas y prácticas de las mujeres a nivel local, y de políticas para empoderarlas para enfrentar los retos. Los ingredientes de esta aproximación multifacética deben incluir medidas para la provisión de alimento y refugio; esfuerzos creativos para la educación de adultos, con un enfoque en relaciones democráticas en la casa y en los espacios públicos para mujeres y hombres, así como suministros para un ambiente de trabajo físico y social digno.

Todas las experiencias relatadas por las trabajadoras, sus enfermedades, su endeudamiento, su pobreza e inseguridades sociales, subrayan la necesidad de servicios de atención sanitaria de calidad y eficientes en el sector público, donde la gente, especialmente la de las clases pobres, puedan ver sus necesidades percibidas, atendidas. En efecto, la ineficiencia de los servicios de salud gubernamentales no sólo impide su utilización, sino que niega a las trabajadoras su derecho básico a atención sanitaria.

A pesar de las inversiones en el sector de bienestar, estas medidas han apenas alcanzado a aquéllos para las que fueron principalmente iniciadas. Esto indica una crisis del sector público, cuando en el proceso de proveer bienestar, fracasa ante la competencia con el sector privado. Esto último se expande y se suma a la explotación laboral de las mujeres pobres, sin brindarles medidas adecuadas básicas de bienestar. En la totalidad de la vida de las mujeres, las múltiples caras de la desigualdad de género enfatizan diversos campos de acción, no nada más acerca de la salud de las mujeres, sino también sobre otras preocupaciones de género que deben ser tomadas en cuenta en el camino hacia el desarrollo de Kerala.

Además, las iniciativas recientes en el sector salud, que aumentan los esfuerzos de privatización, incluyendo empresas conjuntas privadas-públicas, hacen surgir preocupaciones con respecto al acceso a la atención sanitaria, especialmente para los pobres. Varios estudios en el contexto de la India, ilustran que el dominio del sector privado en la atención sanitaria le negará el acceso a los pobres y pondrá en peligro la atención primaria (27). Las reformas económicas que han extendido la comercialización de los servicios médicos y el sistema de salud público han dejado a los pobres aún más deprivados (28).

Una variedad de estudios de todo el mundo muestra las implicaciones adversas de los programas de ajuste estructural en el sector de salud. En países como Vietnam, Chile y México, la estrategia de transformar los sistemas de salud, financiados principalmente con fondos públicos y manejados públicamente, a sistemas dirigidos por el mercado, han afectado significativamente la cobertura universal, la equidad, la eficiencia y la calidad (29, 30). En los Estados Unidos, un millón de personas pierden su seguro médico cada año (31); en 1999, había 5.9 millones de madres sin seguro de salud, con un alto riesgo de necesitar atención primaria y preventiva, que no estará disponible para ellas (32). Como argumenta Schuftan (33), la privatización acelera la pobreza, reduce el acceso y la calidad de los servicios para los pobres y ensancha la brecha entre ricos y pobres.

Debido al sufrimiento y a la inhabilidad de satisfacer las necesidades sanitarias del sector tradicional de trabajadores, incluyendo los de la industria de nueces, el mejoramiento de las instituciones del sector público es un requisito necesario para mejorar la salud, aunque no es suficiente. En muchos de los países industrializados, el 70-90% de los gastos de atención sanitaria se dan a través del sector público. Es importante señalar que el gasto público en salud en la India es únicamente del 1% del Producto Interno Bruto, mucho menos que lo recomendado por la OMS (5%). En la mayoría de los estados de la India el gasto gubernamental en salud se ha visto reducido, en Kerala ha bajado a 1.17% en 2001-2002, en comparación al 1.46% del Producto Interno Bruto en 1992-93 (34). Es aquí donde es evidenciada la erosión de la base del sistema público de salud, además de la tendencia creciente de la mortalidad materna (35) y de la mortalidad infantil (36), el estado ha tenido que enfrentar el resurgimiento de la malaria, la aparición de nuevas enfermedades, como: el dengue, la leptospirosis y chikungunya, brotes ocasionales de cólera, muertes por pobreza y niveles más altos de suicidio, a pesar de los “extraordinarios logros” en los registros.

El suministro de servicios sanitarios de calidad será posible únicamente cuando la salud pública y las políticas gubernamentales sean fortalecidas hacia una mayor equidad, sensibles a temas de género y apropiados socio-cultural y ecológicamente. La manera más significativa de promover salud será una estrategia integrada de suministro de salud pública y de servicios de desarrollo, con la participación activa de las instituciones locales auto-gobernadas, los sindicatos y la comunidad, especialmente las mujeres. Al subrayar estas insuficiencias, nuestra intención no es la de subvalorar los logros de Kerala, sino delinear el siguiente paso para empezar un proceso de planeación de mayor impacto, más significativo e integral. Este proceso necesita ser más sensible a las necesidades de los sectores deprivados, especialmente hacia las mujeres.

Agradecimientos

Este ensayo está basado en mi tesis doctoral. Estoy profundamente agradecida con la Dra. Imrana Qadeer por su invaluable guía y por despertar de manera continua mi pensamiento crítico durante la investigación. Quisiera hacer una mención especial a la Dra. Rama Baru por sus comentarios al borrador de la tesis, también estoy en deuda con la Profra. Sundari Ravindrán por sus comentarios y sugerencias a este artículo.

Referencias

1. Mencher, Joan P. The lessons and non-lessons of Kerala: Agricultural labourers and poverty. *Economic and Political Weekly* 15: 1781-1802, 1980.
2. Kannan, K.P., Thankappan, K.R., Ramankutty V., and Aravaidan, K.P. *Health and Development in Rural Kerala*, pp.148-153. Kerala Sastra Sahitya Parishad, Kerala, 1991
3. Jeffry, R. *Politics, Women and Well Being*. Oxford University Press, New Delhi, 1993.
4. Saradmoni, K. Women, Kerala and some development issues. *Economic and Political Weekly* 29: 501-509, 1994.
5. Jagadeesan, C.K. Exploding an enduring myth: The Kerala phenomenon. *Health for the Millions* 23:13-15: 1997.
6. Doyal, L. *The Political Economy of Health*, pp.96-101. Pluto Press Limited, London, 1979.
7. Banerji, D. *Poverty, Class and Health Culture in India* vol1, pp 208-212. Prachi Prakashan, New Delhi, 1982.
8. Navarro, V. The labour process and health: A historical materialist interpretation. *Int. J. Health Serv.* 12: 5-29, 1982.
9. Qadeer, I. Health service system in India: An expression of socio-economic inequalities. *Social Action* 35: July-September, 1985.
10. Sen, A. K. Gender and cooperative conflicts. In *Persistent Inequalities: Women and World Development*, ed. I. Tinker, pp. 123-149. Oxford University Press, New York, 1990.
11. Williams, D.R. Race/ ethnicity and socioeconomic status: Measurement and methodological issues. *Int. J. Health Serv.* 26:483-505, 1996.
12. Krieger, N., and Fee, E. Measuring social inequalities in health in the United States: A historical review, 1900-1950. *Int. J. Health Serv.* 26: 391-418, 1996.
13. Whittle K. L., and Inhorn, M. C. Rethinking difference: A feminist rethinking of

- gender/race/class for the improvement of women's health research. *Int.J.Health Serv.* 31: 147-165, 2001.
14. Graham, H., and Kelley, M. P. Health inequalities: Concepts, frameworks and policy. *NHS Health Development Agency*, 2004. website: www.hda.nhs.uk
 15. Elson, D. Structural adjust with gender awareness?. *Indian Journal of Gender Studies.* 2: 146-166, 1994.
 16. Wiegiersma, N. Introduction to part 4. In *Women, Gender and Development Reader*, ed. N. Viswanathan., et al, pp.257-263.Zed Books, London, 1997.
 17. Tilly, C. Raw deal for workers: Why have US workers experienced a long-term decline in pay, benefits and working conditions?. *Int.J.Health Serv.* 34: 305-311, 2004.
 18. Swaminathan, P. *Trapped into Living: Women's Work, Environment and their Perceptions of Health*, pp.15-36. Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Mumbai, 2005.
 19. Doyal, L. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, p. 231. Macmillan, London, 1995.
 20. Kannan, K.P. *Cashew Development in India: Potentialities and Constraints*, p.9. Agricole Publishing Academy, New Delhi, 1983.
 21. *National Family Health Survey, 1998-99.* P. 58, International institute for population sciences, Bombay, 2001.
 22. Baru, R. V. Private Health Care in India: Social characteristics and Trends, pp. 79-85. Sage Publications, New Delhi, 1998.
 23. Government. of India. *Morbidity and Treatment of Ailments.* National Sample Survey Organization 52nd round 1995-1996, pp-14-15, Department of statistics, 1998.
 24. Kunhikannan, T. P., and Aravindan, K. P. Changes in the Health Status of Kerala 1987-1997. Discussion Paper No. 20, pp. 32 . KRPLLD, Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram, 2000
 25. Gulati, L. *Profiles in Female Poverty: A Study of Five Poor Working Women in Kerala.* Hindustan Publishing Corporation, Delhi, 1981.
 26. C.U.Thresia. A Socioeconomic Study of Beedi workers of Palayad, Kerala. Dissertation submitted to the university of Calicut for the fulfillment of Masters in Anthropology
 27. Qadeer, I. 'Ethics and medical care in a globalising world: Some reflections', In *Restructuring health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*, ed. Sen, K, pp 53-62. Zed Books, London, 2003.
 28. Banerji, D. The people and health service development in India: A brief overview. *Int. J.Health Serv.* 34: 123-142, 2004.
 29. Sepheri, A., Chernomas, R., and Akram- Lodhi, A. H. If they get sick they are in trouble: Health care restructuring, user charges and equity in Vietnam. *Int. J. Health Serv.* 33: 137-161, 2003.
 30. Laurell, A. C. Health Reform in Mexico: The promotion of inequality, *Int. J. Health Serv.*31: 291-321, 2001.
 31. Navarro, V. A critique of social capital. *Int.J.Health Serv.* 32: 423-432, 2002
 32. Guyer J., Boraddus, M., and Dude A. Millions of mothers lack health insurance coverage in the United States. *Int. J. Health Serv.* 32 : 89-106, 2002.
 33. Schuftan, Claudio. Poverty and inequity in the era of globalisation: Our need to change and reconceptualise. *International journal for Equity in Health* 2:4, 2003. Website: <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/4>
 34. Varatharajan, D. Impact of fiscal crisis on public health services in Kerala, In *Kerala's economic development Performance and Problems in the post liberalisation period*, ed.
 35. B.A.Prakash, pp. 335-353. Sage, Publications, New Delhi, 2004.
 36. Thankappan, K.R., et al. Current status of service delivery in the health and family welfare sector in Kerala with particular reference to reproductive and child health programme, p.44. AMCHSS, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Thiruvananthapuram, India, 2005.
 37. Sample Registration Survey. Office of the Registrar General of India, New Delhi, 2002, 2003,2004

