

PERSPECTIVAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES: UN ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

CARMEN GARCÍA GIL *
ANA SOLANO PARÉS *
MANUELA ÁLVAREZ GIRÓN **

LAS MUJERES EN EL MUNDO DE LA SALUD

Los Servicios Sanitarios han sido desde su creación como servicios públicos o semipúblicos, tipo Seguridad Social, en la Alemania de Bismarck en 1883, una respuesta a las luchas obreras del siglo XIX. De hecho sucedió al movimiento de la Medicina Social alemana de mitad del siglo XIX que tenía una fuerte carga de denuncia de las causas raíces, y por tanto sociales y políticas, de los problemas de salud.

Resulta por tanto lógico que en el proceso de integración en la vida parlamentaria de los partidos obreros y en el de las conquistas sociales que dieron lugar al llamado Estado del Bienestar, los Servicios Sanitarios y su universalización hayan ocupado un lugar relevante. De forma que el acceso universal a la educación, a los servicios sanitarios y a los servicios sociales han sido, junto la situación de pleno empleo, las notas definitorias del Estado del Bienestar.

Para ver las implicaciones de esta circunstancia en la vida de las mujeres, conviene hacer una ligera mirada hacia atrás considerando como todo ello afectó a la estructura familiar en nuestro ámbito occidental y por tanto a los roles de género tan ligados a dicha estructura.

La amplia familia rural, compuesta por varias generaciones, era una importante estructura social, ya que además de ser unidad económica de producción, en la que las mujeres asumían una gran carga de trabajo, cubría casi todas las competencias sociales que hoy asignamos a servicios públicos. Era el hospital para los enfermos, la guardería para los bebés, la escuela para los niños —en donde aprendían con los adultos los recursos culturales necesarios para la supervivencia—, el comedor para todos, el asilo para los ancianos, el psiquiátrico para los enfermos mentales, la garantía del subsidio de enfermos y minusválidos, la constructora para la ampliación de las viviendas que alojaran a los nuevos núcleos familiares... y todas estas competencias sociales eran asumidas mayoritariamente por las mujeres de la familia.

* Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.

** Profesora asociada del Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias. Universidad de Sevilla.

El paso a la sociedad de tipo industrial, en un primer momento en la precariedad de una vida mísera en los suburbios situados junto a las incipientes estructuras fabriles, sitúa a las familias que emigraron del campo a la ciudad, en una extrema debilidad, su composición pasa a ser nuclear, compuesta por los progenitores y una amplia prole, sin ningún tipo de protección social, ni familiar ni estatal, y dependiendo de un salario inestable e ínfimo que obliga a largas jornadas de trabajo, también de mujeres y niños. Ello creó el contexto propicio para el desarrollo del movimiento obrero.

La etapa evolucionada de este modelo industrial podríamos situarla tras la Segunda Guerra Mundial. En este momento se unen tres circunstancias que definen una nueva fisonomía social: la gran necesidad de mano de obra, las bajas en el sexo masculino y el crecimiento económico que permite al capitalismo asumir muchas de las reivindicaciones obreras. Surge así el ya aludido Estado del Bienestar. Pero, ¿cómo afecta todo ello a la vida de las mujeres y al mundo relacionado con la salud?

El primer rasgo que queremos resaltar es la llamada “incorporación de las mujeres al trabajo fuera del hogar”. No podemos pasar por alto esta afirmación, ya que las mujeres de la etapa rural hacían una importante contribución a la vida económica, tanto por su integración en la vida productiva como por su aportación en la forma familiar de los servicios sociales, y posteriormente las mujeres obreras se vieron obligadas a incorporarse al trabajo de las fábricas para asegurar la supervivencia familiar. Lo que cambió fue la incorporación al mundo laboral de las mujeres burguesas de la incipiente clase media, su acceso a la educación y con ello a trabajos más cualificados, y con ello cambió la valoración social del trabajo femenino; téngase en cuenta que nos estamos refiriendo a una etapa en la que el desarrollo económico necesitó de la mano de obra femenina.

Esta necesidad del trabajo fuera del hogar de las mujeres, con horarios sincronizados en la cadena productiva de tipo industrial, contribuyó, en el marco del Estado del Bienestar, a dotar de servicios, más o menos públicos, que suplieran las funciones que quedaban descubiertas en la vida familiar: hospitales, escuelas, guarderías, asilos... Todo ello de forma suficientemente precaria como para que la incorporación de las mujeres al mundo laboral se haya dado siempre con importantes limitaciones y a costa de una doble jornada (laboral y doméstica).

En esta nueva estructura social las profesiones sanitarias, educativas y de trabajo social, han sido consideradas tradicionalmente profesiones femeninas. Resulta curioso comprobar que la razón al uso para explicar esta circunstancia es la “especial sensibilidad femenina para las cuestiones comunitarias y, por ello, para el sector servicios”; sin embargo, cuando se trata de puestos de responsabilidad en el sector servicios (también en los ramos sanitarios, educativo y de políticas sociales), o de puestos de trabajo del sector servicios relacionados con el uso de nuevas tecnologías, o de importante impacto social, la división tradicional del trabajo relacionada con el género, se impone.

Centrándonos en el sector sanitario, en los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la presencia de las mujeres en los trabajos de alta cualificación (distintas especialidades médicas, odontología...), de forma que en ocasiones se observa que el número de mujeres es mayoritario en las aulas. Sin entrar en un análisis detallado de la jerarquización dentro de estas mismas especialidades, lo que genera esta circunstancia es la impresión de que realmente estamos ante una real igualdad de oportunidades. ¿Es esta la interpretación más correcta del fenómeno o, como se ha planteado, la feminización de una profesión es signo de su declive social?

Veamos la situación de los Servicios Sanitario en cuanto a su prestigio social. Es de sobra conocida la situación de crisis de estos servicios que, por otro lado, está reiteradamente consensuada. En este sentido, la mayor presencia femenina se relacionaría con la segunda hipótesis planteada. Pero ¿a qué se debe la crisis y cómo repercute ésta en las mujeres?

Aunque existen diversas interpretaciones de la situación de crisis que padecen los Servicios Sanitarios hoy resulta evidente el papel que en ella juega el mantenimiento del paradigma positivista aplicado a la salud. Esta forma de explicar los fenómenos ha generado una interpretación exclusivamente biomédica de los problemas de salud, cuyo reduccionismo y determinismo, unido al aumento de la esperanza de vida al nacer fruto de la importante reducción de la mortalidad infantil, ha creado la falacia de que todo problema de salud puede ser curado por la medicina en un tiempo más o menos próximo.

La prepotencia que genera esta fe en la capacidad curativa de la ciencia médica, ha relegado al sector informal el cuidado médico que ha sido prácticamente eliminado del núcleo central de los Servicios Sanitarios, para ser abordado de forma invisible en el ámbito doméstico, y por supuesto por las mujeres que son así las más importantes usuarias de los mismos. La ineficacia de esa pretensión curativa, junto al aumento del gasto y la precariedad del cuidado llevado a cabo sin los medios y la cualificación adecuados, ha hecho estallar el modelo que universalizó esta práctica de la medicina.

Lo más grave de la situación es que la reacción ha sido una "huida hacia delante": no se pone en duda la teoría que sustenta el modelo y se busca la solución en un replanteamiento de la gestión, apareciendo como solución idónea la privatización total o parcial de las prestaciones. Posiblemente este tipo de solución encaminado a reducir las estancias hospitalarias en una deficiente red de Atención Primaria (que también debe reducir sus gastos aunque asuman más competencias), refuerza la idea de que el acto médico es sólo una intervención biomédica y así, el antes y después del mismo, sólo quedará cubierto para aquellos sectores sociales con sobrados recursos para proveerse todo tipo de cuidados y bienestar, tanto antes como después de la enfermedad.

Las repercusiones que todo ello tiene en la vida de las mujeres son muy importantes, porque serán ellas las que se verán abocadas a afrontar la situación del paciente que la ambulancia, deja tirado en la puerta de casa sin la menor capacidad de autonomía. Tengamos en cuenta que estamos ante una situación social y demográfica que requiere

mucha atención sociosanitaria para la que no existen servicios públicos que fueran creados en la etapa del Estado del Bienestar, que en España coincidió con una población joven aún.

Otra importante repercusión que este modelo en crisis tiene para la vida de las mujeres es la forma en que son abordados los problemas de salud de las mujeres. La reducción del paradigma a los síntomas biomédicos y su incapacidad para escuchar e interpretar la demanda femenina, que en la mayoría de los casos son la síntesis final del cúmulo de malas condiciones de vida que por su género ha debido soportar, provoca la elaboración por parte de los Servicios Médicos de un perfil de salud típicamente femenino: enfermedades crónicas, fundamentalmente osteoarticulares, metabólicas y endocrinas, con una fuerte carga de enfermedad mental y una percepción subjetiva de mala salud, todo ello agrupable en una consideración global de enfermedades de poca importancia, lo que se ve reforzado por la mayor supervivencia de las mujeres.

En el marco de esta incomunicación entre los Servicios Médicos (con su simplista paradigma biomédico) y sus mayores usuarias (las mujeres que desde su compleja vida generan y perciben sus problemas de salud), el caso de la morbilidad reproductiva es muy clarificador. Cuando se habla de morbilidad femenina, normalmente se está haciendo referencia a los problemas de salud reproductiva o a otras patologías relacionadas con la diferenciación sexual. El origen de este reduccionismo se remonta a la segunda mitad del siglo XIX, cuando el conocimiento científico se presentó como el descubrimiento de la verdad sobre la naturaleza. La coincidencia histórica con la consolidación de los movimientos feministas, provocó la fundamentación de la desigualdad de las mujeres, sobre los conocimientos médicos; se argumentó cómo la fisiología femenina generaba una serie de debilidades que de no ser respetada causaban serios problemas de salud en los órganos reproductivos de las mujeres, alterando sus funciones. Estas "debilidades" propias del sexo femenino serían violentadas por la dureza en los medios educativos encaminada a obtener una igualdad en el acceso a la educación con los varones, o al intento de asumir trabajos y responsabilidades hasta entonces reservados sólo a los hombres. La utilización de los problemas de salud reproductiva para la obtención de objetivos procedentes de los intereses de poder masculino contra la libertad de las mujeres, ha sido un hábito que sigue, o incluso recobra nuevo auge, en nuestros días.

LA SALUD DE LAS MUJERES: UNA TEORÍA EN CONSTRUCCIÓN

"El conjunto de actividades que van desde la planificación y organización hasta la ejecución práctica y que se desarrollan alrededor de los procesos de pérdida de salud (¿enfermedad?) e incluso las que pretenden la promoción de la salud y que en su conjunto constituyen el denominado 'sector salud'... están a nuestro modo de ver, en crisis"¹.

1. NÁJERA, Enrique: "La salud pública, una teoría para una practica ¿se precisa su reconstrucción?", en *Crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*, Publ. Científica nº 540, OPS, 1992, pp. 123-132.

Entendemos por crisis, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española: "la situación de un asunto o proceso cuando está en duda la continuación, modificación o cese". Sin entrar a detallar los numerosos elementos con que definen los distintos autores la situación actual de crisis de la salud, de la medicina, de la salud pública (entre los que estarían la desconfianza y la insatisfacción de la población hacia los servicios sanitarios, las graves desigualdades sociales ante la salud, las enfermedades crónicas no resueltas, el deterioro medioambiental, la mala atención sociosanitaria a los ancianos, el coste exagerado de la atención médica etc..) es posible tomar claramente conciencia de dicha situación de crisis solo dando un 'vistazo general' a los informes que, por ejemplo, hacen los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, o el Fondo de Naciones Unidas para la Población sobre la situación de salud de las mujeres. Los graves problemas que se observan en dicha situación pone en evidencia la incapacidad de las sociedades de promover y proteger la salud de sus ciudadanas (y ciudadanos) en la medida que sus circunstancias históricas lo requieren.

Nuestro Grupo de Investigación sobre las Desigualdades Sociales ante la Salud (liderado, hasta su muerte, por Enrique Nájera) ha analizado la crisis del sector salud desde distintos planos, los cuales pueden 'intuirse' cuando se hace un recorrido por las distintas etapas por las que pasó el Movimiento de Liberación de las Mujeres cuando comenzó por los años 60 del pasado siglo a hacer una crítica feminista de la medicina. Estas luchas constituyen los primera etapas de lo que desde entonces se ha venido en llamar Movimiento de Salud de las Mujeres, el cual en sus comienzos tuvo una gran importancia en países como Inglaterra, donde el tema de la salud comprometió a muchas mujeres políticamente, ya que al analizar este tema podían ver con claridad la relevancia del feminismo y de la lucha feminista sobre sus propias vidas². En la actualidad, los Movimientos de Salud de las Mujeres constituyen, en zonas como América Latina, una gran fuerza de discusión y acción sanitarias.

El análisis más frecuente de la crisis ha sido hablar de crisis económica, de cómo y cuándo pagar lo que le cuesta a la sociedad el conjunto de actividades relacionadas con el sector salud. En los años setenta, coincidiendo con la crisis económica, aparecen en el mundo diversos estudios replanteando el modelo de Sistema Sanitario dominante, basado en una medicina superespecializada que utilizaba tecnología cada vez más sofisticada. Muchos autores señalan que es precisamente este aumento de los costes (muy evidente desde la Segunda Guerra Mundial) el que provoca las mayores preocupaciones, el que ha hecho cundir la alarma y el que se cita con más frecuencia cuando se habla de la crisis de la salud.

Sobre la base de los costes insostenibles se han generado múltiples debates y reflexiones sobre como gestionar mejor los recursos disponibles y sobre si la protección de la salud va a ser, en un futuro, en sociedades como la nuestra, una responsabilidad social o individual. El acceso universal a los servicios sanitarios fue uno de los pilares que

2. Cfr. DOYAL, L.: "Women, health and the sexual division of labor: a case study of the women's health movement in Britain". *International Journal of Health Services*, 1983, vol. 13, pp. 373-387.

conformó el llamado Estado del Bienestar. A nadie se le escapa que al menos desde mediados de los años setenta (cuando finalizó la llamada edad de oro, 1945-1975, del capitalismo) se vienen produciendo sucesivos ataques al citado Estado del Bienestar. En este sentido es necesario analizar como pueden afectar los cambios que se produzcan a la salud y a la vida de las mujeres. Este es un tema en el que debe entrar de lleno el análisis feminista y el movimiento de salud de las mujeres, como lo hicieron, en los primeros años ochenta del pasado siglo, las mujeres británicas, tras los ataques sufridos (sobre todo a partir de 1979 tras la elección de un Gobierno Conservador) hacia el Servicio Nacional de Salud inglés, paradigma del modelo público de provisión de servicios médicos.

El recorte de las prestaciones en salud y en otros servicios sociales afectará en gran medida a las mujeres y más seriamente que a los varones. Las mujeres usan más los servicios sanitarios, sobre todo los de asistencia primaria y los comunitarios; los recortes afectarán primero a estos servicios, que son menos prestigiosos y además están siendo llevados más por las propias mujeres. Además la mayoría de los trabajadores del Sistema Sanitario suele ser mujeres. De nuevo, las restricciones afectarán a sus puestos de trabajo, que están en los niveles más bajos de la fuerza laboral, y por tanto son los primeros en desaparecer.

Pero además de lo señalado anteriormente, el recorte supondrá que las mujeres tendrán que asumir, todavía más de lo que lo hacen en la actualidad, las competencias sociales que hoy en parte son asumidas por los servicios públicos (cuidado de niños, ancianos, enfermos...). El aumento de la carga de las mujeres en el llamado sistema informal de salud, puede afectar – como ya lo está haciendo – a su salud. Todo ello supondría cambios tan importantes para la vida y la salud de las mujeres, que tenemos que entrar activamente en el debate y discusión sobre las propuestas que se están haciendo en la actualidad desde las distintas instancias políticas, sociales, sindicales o científicas.

En las discusiones sobre como afrontar el problema de los altos costes de los servicios sanitarios, hay que entrar a analizar profundamente las razones del incremento exponencial de los gastos en salud, ocurridos en los países desarrollados, desde el segundo tercio del siglo XX.

Como señala Fox³ lo fundamental para entender donde estamos fue asumir que ayudar a todos, a la sociedad, a pagar los servicios médicos (con cada vez más oferta y más tecnología) es la mejor manera de reducir la morbilidad y la mortalidad y conseguir que las personas vivan vidas más sanas. Esto tiene como base el haber hecho sinónimo salud y cuidado médico. De aquí se deriva que desde los años 20-30 del pasado siglo, todos los esfuerzos sociales por mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades sociales se han dirigido a aumentar los servicios médicos y a ayudar a la población a pagarlos.

3. Cfr. FOX, D. M (1986): *Health Policies, Health Politics. The british American Experience. 1911-1965*, Princeton, Univ. Press.

Esta asunción de equiparar salud a cuidado médico se ha basado en aceptar dos hechos (cuando en realidad deberían ser dos preguntas que no están todavía totalmente respondidas) que no han sido demostrados. Una de las premisas sería creer que los avances en la salud de la población (medidos por el importante descenso de la mortalidad –infantil, sobre todo– y el aumento de la esperanza de vida al nacer) se han debido a las acciones específicas biomédicas; y a la otra, sería creer que las medidas médicas debería extenderse a toda la población por igual para que se beneficiara también por igual de las mejoras en salud. Los estudios de McKeown y los resultados del Informe Black (por citar las evaluaciones más ampliamente aceptadas) han puesto claramente en evidencia, que ni la tecnologías biomédicas ni la universalización de las mismas son suficientes para explicar los profundos cambios habidos en la salud de la población en el último siglo.

Asumir lo anterior sería asumir que a la hora de plantear los determinantes de la salud y de la mala salud de las mujeres no tendríamos que 'mirar' su situación de discriminación en la sociedad actual, y sólo tendríamos que 'mirar' la disponibilidad por parte de todas las mujeres de todas las 'posibles y necesarias' tecnologías biomédicas.

La crisis de la salud se ha analizado también desde el planteamiento de una crisis organizativa, es decir, el sistema tenía que reordenarse para seguir funcionando. El concepto de 'Salud para todos en el año 2000' que se adoptó en 1977 por la 30 Asamblea Mundial de la Salud puso sobre la mesa la necesidad de considerar a la salud como una meta fundamental para el desarrollo de los pueblos. A partir de aquí comienza a abrirse camino la idea de transformar la asistencia médica superespecializada hospitalaria en una atención integral de la salud (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978). En este sentido se han venido desarrollando desde entonces numerosas propuestas y acciones para incorporar al sistema elementos como: la mejora de la accesibilidad y la cobertura, la reorganización de los niveles de asistencia, dar un mayor énfasis a la prevención, la descentralización de los servicios, la educación para la salud, la participación comunitaria y la acción intersectorial.

La necesidad de mejorar la atención médica fue una de las primeras preocupaciones del Movimiento de Salud de las Mujeres. Se hizo en los últimos años sesenta y primero de los setenta, del pasado siglo, un énfasis importante en los problemas que tenían que afrontar las mujeres como pacientes, como usuarias de los servicios médicos. Durante esos años las preocupaciones se centraban fundamentalmente en el tema de la reproducción. Se quería conseguir que las mujeres tuvieran más información sobre su propio cuerpo, que tuvieran un cierto control sobre su fertilidad o que se luchara contra el sexismo del cuidado médico. En esta época surgen numerosos grupos de autoayuda, publicaciones como el famoso Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas del Colectivo de Mujeres de Boston, campañas para reivindicar derechos reproductivos e incluso en Estados Unidos (con un modelo de sistema sanitario basado en los seguros privados) clínicas y servicios manejados por las propias mujeres.

Esas primeras preocupaciones de las mujeres sobre las deficiencias del sistema sanitario no solo no han desaparecido, sino que han aumentado y están dando lugar a numerosos informes y estudios que evidencian claramente la existencia de un profundo sexismo en la atención a los problemas de salud de las mujeres. Se ha detectado sesgo de género en la investigación biomédica, tanto diagnóstica como terapéutica. En los temas elegidos de investigación se da menos atención a los problemas de las mujeres, en muchos estudios no se incluyen mujeres y los resultados de investigaciones elaboradas solo con varones se extrapolan a las mujeres. En cuanto al acceso a los servicios y su calidad, el tan citado mayor uso de los servicios por parte de las mujeres está originando muchas veces lo que se ha venido llamando 'medicalización de la salud'. Dicha medicalización genera en ocasiones importantes efectos iatrógenos (un ejemplo clave es la morbilidad y mortalidad reproductiva, ligada tanto a la atención del embarazo y parto, como a la anticoncepción) y en ocasiones psicologización e individualización de problemas físicos (el síndrome menstrual se incluye en el manual de desordenes mentales) y sociales (la pérdida del rol social en mujeres adultas es etiquetado como depresión). En cuanto a la calidad de la atención recibida las mujeres reciben más cuidados 'rutinarios' y medicamentos, pero los varones reciben más tecnología 'mayor' tanto diagnóstica como terapéutica.

Por último es necesario señalar el sesgo de género que se da en la información sanitaria. Recordar, en este sentido, que, por ejemplo, muchas estadísticas rutinarias no están desagregadas por sexo, las variables que se incluyen en la información epidemiológica y sociodemográfica da lugar a que sea difícil en ocasiones analizar los problemas que afectan más a las mujeres (en las encuestas de salud faltan en muchos casos datos del tipo de trabajo no remunerado, uso del tiempo, cuidado familiar realizado, utilización de servicios superespecializados....) y los indicadores utilizados refuerzan más los problemas de los varones y olvidan los de las mujeres (menor uso del indicador expectativa de vida libre de incapacidad y uso muy extendido de los años potenciales de vida perdidos).

Hemos visto como la crisis se ha analizado desde sus bases económicas y desde sus bases organizativas, pero se ha analizado también, y creemos que es el plano de análisis más necesario, desde sus bases científico- filosóficas. Es decir, en esencia, no se trataría de decidir cuando y como pagar lo que hacemos en materia de salud, ni se trataría de hacer 'mejor' lo que hacemos, se trataría de discutir y analizar en profundidad si lo que hacemos (aunque lo hagamos al menor coste y 'perfectamente') nos sacaría de la crisis, es decir resolvería los problemas de salud de las mujeres (y de los varones). Es cada vez más evidente y consensuado que el problema de la crisis es un problema conceptual, de teoría, de paradigma, y por tanto la salida a dicha crisis requiere una clara reorientación de nuestra manera de abordar la salud, lo que supone un profundo debate conceptual centrado en analizar las limitaciones del paradigma vigente y desarrollar un paradigma social e integral, que incorpore los elementos precisos del actual modelo.

¿Qué sabemos de la salud de las mujeres?, lo que permite el paradigma científico con el que actualmente 'miramos' la salud. Un paradigma condiciona la forma de ver, entender y por tanto actuar sobre los problemas de salud. El modelo biologicista actual perjudica a las mujeres, ya que perpetua y reduce las diferencias entre mujeres y varones a las biológicas (reduce los problemas 'propios' de las mujeres a los de los órganos reproductivos y en el resto de órganos el varón es el estándar de investigación) y genera una invisibilidad de lo social (y por tanto de la discriminación) como entidad de análisis y acción.

El modelo sanitario actual se sustenta teóricamente planteando (más bien reduciendo) el tema de la salud a un fenómeno biológico en el individuo, entendiendo la enfermedad como un proceso de disfunción físico-química. El objeto de análisis es el individuo enfermo, pero reducido como persona a su parte biológica. Ello se define como la perspectiva atomista-biológica, (profundamente arraigada y asentada en la concepción mecanicista del universo, en el empirismo y en el positivismo) para la cual la persona es vista como un complicado organismo biológico, y por tanto los conceptos centrales usados para la construcción de la teoría sobre la salud y la pérdida de la salud son fundamentalmente los de las ciencias naturales.

“La patología, o ciencia sobre las enfermedades, actual tiene como núcleo central una explicación de las enfermedades de acuerdo a los supuestos y los métodos de la ciencia moderna de la naturaleza, desarrollada en Europa a partir de la Revolución Científica del siglo XVII”⁴.

La cuestión fundamental no es si el enfoque biomédico predomina en las ciencias de la salud, lo que apenas puede discutirse, sino su limitación teórica como conceptualización de los problemas de salud de las mujeres y de la población, ya que abstrae los problemas del contexto social en que estos ocurren. Esta conceptualización desvincula los procesos de sus determinantes sociales y en definitiva oculta el sentido social que estos tienen. La teoría actual es reduccionista en el sentido que hace un análisis del 'medio ambiente interno', con un objeto científico insuficiente (el problema de salud como alteración físico-química), una causalidad simplista (etiología físico-química específica de cada enfermedad) que lleva a una acción sanitaria también físico-química (medicamentos y cirugía) y unos métodos insuficientes (solo de las ciencias naturales). Existe en la teoría una invisibilidad científica del elemento social (del medio ambiente externo) del ser humano sin el cual no es posible entender y abordar nada que le afecte.

Durante los últimos años se ha puesto un fuerte énfasis de lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica sanitaria; sin embargo no es paradójico decir que uno de los rasgos estructurales del modelo médico actual es, precisamente, la no inclusión de lo social en su teoría de conocimiento. No debemos confundir la simple discusión sobre 'lo social' con su incorporación real al entendimiento de la salud y, por consiguiente, su necesaria inclusión en la acción sanitaria.

4. LÓPEZ PIÑERO, José María (1985): *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*, Barcelona, Península, 156 pp.

Estamos hablando por tanto de la necesidad de desarrollar una nueva teoría de la salud que abarque al ser humano en su complejidad como ser biológico- social. Para ello es necesario y fundamental decidir como vamos a conceptualizar la salud y su pérdida y como vamos a responder a preguntas como las siguientes: ¿hay generación de salud en la erradicación de enfermedades específicas cuando se eliminan –si es posible por acciones biomédicas– por procedimientos ajenos al desarrollo sociocultural?, ¿viven en salud las mujeres (las personas) sometidas a vivir en condiciones de hábitat, trabajo o paro que les incapacitan para su desarrollo personal, aunque no padezcan enfermedad médica alguna?, ¿no estará sucediendo, como con el Pinocho del cuento de Collodi, que las enfermedades 'creadas' por la medicina han adquirido vida propia y ahora son las que dominan la escena? El hecho de que la salud tenga un claro componente de funcionamiento físico y que este componente sea sentido individualmente como el más apremiante cuando los problemas aparecen, no debería llevarnos a reducir la salud y sus problemas sólo a enfermedades, tal como están definidas por la teoría patológica actual. Ello llevaría, igualmente, a admitir que se puede llegar a la salud por el mero hecho de eliminar enfermedades.

El X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en 1976 definió la salud como “aquella manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa” y Enrique Nájera, en 1992, lo hacía en los siguientes términos: “la capacidad social para gozar de la vida, para sentir el placer de vivir, para tener calidad de vida, y por tanto depende más de las exigencias sociales, de la solidaridad y de la cultura que de factores exógenos, aunque estos puedan generar incapacidades valoradas desde parámetros ajenos”. Estas son dos de las múltiples definiciones de salud que existen. Lo siguiente es preguntarse ¿tienen las mujeres mejor salud que los varones? En la mayoría de los estudios que se hacen (de hecho cuando se habla de salud de las mujeres 'siempre' se acaba comparando los famosos niveles, midiendo las tasas de mortalidad y de ciertas enfermedades) se contesta afirmativamente a esta pregunta. Evidentemente la falacia de la supuesta mejor salud de las mujeres se encuentra en el paradigma de salud que usamos. No podemos tener una amplitud conceptual cuando definimos qué es salud y un reduccionismo operativo cuando la medimos. La aceptada ventaja biológica que tiene el sexo femenino frente al masculino (como se observa, por ejemplo en la menor mortalidad en todas las edades, incluso en la etapa fetal) no se puede dirigir contra las mujeres, obviando los otros elementos esenciales que conforman la salud. Se pone de manifiesto, una vez más, la inadecuación del actual paradigma para abordar la problemática de salud de las mujeres.

En el debate que venimos planteando en cuanto a la necesidad de desarrollar un concepto social e integral del proceso salud-enfermedad, la epidemiología, el enfoque epidemiológico de la salud es el que nos va a permitir desarrollar conceptos con una mayor potencialidad para movilizar recursos, de tal manera que modifiquen favorablemente los perfiles de salud de los grupos sociales más desprotegidos. “El pensamiento epidemiológico es aquel que pretende introducir el interés colectivo y por tanto el punto de vista comunitario o público en la generación de la respuesta que la sociedad da a los problemas que se generan en el intento de mantener, recuperar o incluso promocionar el nivel de

salud de la colectividad. Promoviendo la necesidad de una investigación permanente de las situaciones en que se generan y o mantienen los problemas de salud para orientar o dirigir aquella respuesta”⁵.

Doyal (1983) plantea como a principios de los años ochenta, del pasado siglo, hubo un creciente reconocimiento por parte del Movimiento de Salud de las Mujeres de la necesidad de no dar por supuestos los problemas de salud que tenían las mujeres y centrarse en el tratamiento que recibían, sino intentar comprender las causas de los problemas de salud que tenían. Ella lo llama epidemiología feminista, lo cual supone, a nivel teórico, comprender la salud y sus problemas en el contexto de la naturaleza patriarcal y capitalista de la sociedad; y a nivel práctico acciones para mejorar las condiciones de vida y trabajo de las mujeres y un mayor grado de cooperación entre las mujeres y otros grupos con los mismos fines.

EL COMPROMISO DE LAS MUJERES EN EL DESARROLLO

El hecho social, cultural y económico más importante en los últimos años ha sido sin duda, el impacto tecnológico en el alcance y velocidad de la transmisión de información, bienes, servicios y personas. La salud como fenómeno ligado a variables sociales, se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios. Si cada día es más difícil pensar en términos de economía y evolución social y cultural a niveles exclusivamente nacionales, regionales o locales, también es imposible comprender y actuar en salud exclusivamente dentro de nuestras fronteras.

Paradójicamente, en un mundo cada vez más expuesto a riesgos globales se debilitan cada vez más los servicios de salud internacionales y se recorta el presupuesto de la agencias transnacionales, como la OMS que ejercían las funciones de salud pública mundial. Esta situación supone un retroceso histórico, una vuelta a la actitud de depositar la responsabilidad de la salud internacional en ámbitos más cercanos a la caridad y la filantropía que a las políticas de salud, produciendo, en el ámbito mundial, respuestas inconexas e ineficientes que no pueden hacer frente de manera adecuada a los retos planteados por los procesos de globalización.

Desde un punto de vista microeconómico los cambios producidos por los fenómenos derivados de la globalización imponen una mayor dependencia para cubrir las necesidades básicas. Estos fenómenos en nuestra historia económica están generando el debilitamiento de nuestro sistema de salud.

La preservación del medioambiente, el fortalecimiento de las comunidades y la consideración de las personas por encima del dinero, estableciendo políticas redistributivas y haciendo profundizar la democracia en el sector financiero de la economía, son las

5. NÁJERA, Enrique: “Investigación y desarrollo profesional. Reunión de epidemiología (ALAESp)”, Taxco, México- Washington, OPS, (mimeografiado).

bases para el desarrollo de alternativas democráticas de equidad y solidaridad en nuestro mundo globalizado.

Si queremos evitar que los procesos de globalización continúen aumentando las desigualdades en salud debemos priorizar y globalizar la democracia mediante procesos de "empoderamiento" en el ámbito de la salud.

En esta línea es necesario retomar el documento de 1977 "Salud para todos en el año 2000" y la carta de Ottawa de 1986 en donde se adquiere un compromiso de incorporar en los sistemas sanitarios de los países europeos la participación comunitaria en salud como un elemento necesario e imprescindible para dar respuesta a los problemas de salud desde un planteamiento distinto al que se venían desarrollando en las intervenciones sanitarias, dirigido fundamentalmente a la curación, sin resultados óptimos en cuanto a la mejora en la situación de salud fundamentalmente de grupos más deprimidos y de mayor riesgo de la comunidad, entre los cuales situamos al grupo de las mujeres, perpetuando una situación de desigualdad social ante la salud insostenible en países que se denominan "desarrollados". Es así como la Participación comunitaria en salud adquiere un lugar importante en una nueva forma de abordar los problemas de salud, que es la atención primaria y en la estrategia de promoción de la salud.

1. La participación comunitaria en las mujeres

La Participación comunitaria es herramienta fundamental y elemento imprescindible en la construcción de la salud desde un enfoque integral desde la promoción de la salud y es desde ahí donde debemos entender a la participación comunitaria como un proceso de autotransformación de las mujeres en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, con el objetivo de generar un sentido de responsabilidad sobre su salud y de capacitar para actuar en el desarrollo comunitario, de manera que la salud sea un bien social para toda la comunidad.

Este proceso requiere de una toma de conciencia por parte de las mujeres, que les permita analizar la situación que están viviendo para identificar sus necesidades y desarrollar así una acción que permita mejorarla. Esto es lo que se llamaría en el ámbito de las intervenciones sanitarias el proceso de planificación sanitaria, en donde las mujeres intervendrían en el establecimiento de prioridades, de objetivos y en la ejecución y evaluación del mismo. Ello proporcionaría a las mujeres un "empoderamiento" haciéndolas ser una pieza imprescindible en cualquier intervención sanitaria a la vez que posibilitaría el cambio social a favor de su desarrollo social y de su salud.

A pesar de que ciertas organizaciones internacionales de gran prestigio en el ámbito de la salud (OMS/OPS) han defendido este concepto de participación comunitaria, las experiencias realizadas no han sido en esa misma dirección, denominando como participación comunitaria aquellos procesos que no eran tales. Nos encontramos que la mayoría

de las intervenciones tanto en nuestro país como a nivel internacional responden a una participación de carácter formal o instrumental donde la intervención de las mujeres queda limitada a aprobar planes que vienen ya establecidos por las políticas sanitarias de cada país (es el caso de la participación en las estructuras legales, que en el caso de España se establece a través de los consejos de salud del área). Otras ocasiones la participación va dirigida a la colaboración en los programas que son establecidos y definidos por los profesionales de los servicios sanitarios con el objetivo de obtener éxito (en cuanto a criterios de cobertura, eficacia, eficiencia y efectividad del mismo) pasando a ser las mujeres un mero instrumento en función de los intereses del sistema sanitario, enfocados dichos programas la mayoría de las veces a la prevención de la enfermedad.

Todo esto nos pone de manifiesto que la participación comunitaria está siendo instrumentalizada por el sistema sanitario para responder a unas situaciones analizadas desde un paradigma fundamentalmente biomédico sin tener en cuenta a las mujeres como sujeto activo en el proceso de salud.

Llamamos participación comunitaria a un proceso que no es tal, del que estamos aún lejos de desarrollar, pero es importante insistir en la necesidad de hacerlo posible si queremos crear una nueva forma de entender la salud desde un paradigma social distinto al biomédico.

En las distintas experiencias de participación comunitaria se pone de manifiesto el papel que juega la mujer como agente de salud, en cualquiera de sus formas (formal o instrumental, informal, de colaboración o como utilización de servicios). Se hace evidente la necesidad de incorporar a la mujer como elemento activo en el proceso de salud comunitaria, como consecuencia del rol que desempeña en la comunidad, ya que en la actualidad las mujeres siguen siendo creadoras de condiciones de salud que van a determinar estilos de vida de los miembros de su familia así como cuidadora en las situaciones de pérdida de salud, lo que le confiere una situación especial para ser elemento clave en el proceso de participación comunitaria.

Por otro lado hemos de tener en cuenta que no partimos de cero. Es evidente los logros conseguidos ya por el movimiento de salud en las mujeres tanto en Europa como en Latinoamérica, fundamentalmente promovidas y alentadas por el movimiento feminista Europeo en los años 70, ligados mayoritariamente a la salud reproductiva y derechos sexuales reproductivos, lo que ha abierto espacios de protagonismo y participación de las mujeres desde la sociedad civil, desarrollando capacidades para interactuar con organizaciones, gobiernos y organismos internacionales.

Sin pasar por alto esta realidad, debemos ser conscientes de que a pesar de estos logros queda mucho por desarrollar, por hacer, por mejorar en el camino de la participación comunitaria de las mujeres. Debemos generar elementos nuevos que vayan construyendo esa realidad que cada vez se hace más necesaria e imprescindible en el desarrollo de un nuevo paradigma que de respuesta a los problemas con los que se enfrentan las mujeres a favor de su salud.

2. La educación en salud en la construcción de la participación comunitaria de las mujeres

La participación comunitaria es un proceso de autotransformación de las mujeres, en dónde éstas deben de desarrollar una responsabilidad con respecto a su salud, es decir un compromiso y dónde se les capacite para actuar en el desarrollo comunitario. Es evidente que cuando analizamos esta definición sobre participación comunitaria necesariamente aparece un elemento nuevo que se hace imprescindible en dicho proceso: LA EDUCACIÓN. La participación comunitaria requiere el desarrollo de una serie de actitudes y habilidades que necesitan de un proceso educativo por lo que no podemos hablar de participación sin educación.

Cuando hablamos de educación en salud no nos estamos refiriendo a la "educación para la salud" que se imparte hoy desde los servicios sanitarios, que responde a un planteamiento biomédico, cuyo carácter es fundamentalmente proteccionista, dirigida más a eliminar riesgos de enfermedad desde un punto de vista individual que ha potenciado la salud a nivel comunitario, donde la participación de las mujeres queda limitada a la obediencia de lo que le informa el profesional de la salud, traduciendo a comportamientos los conocimientos prescritos, perpetuando así el rol pasivo que le ha tocado jugar como agente de salud en el mantenimiento de "la salud" en el ámbito familiar y comunitario. Este planteamiento no contempla el análisis ni la toma de conciencia de la problemática de la salud en las mujeres, ni la importancia que en el proceso de salud tienen elementos como el medioambiente, la cultura y la estructura social donde ellas viven.

La educación para la salud es así utilizada como instrumento para generar mensajes dirigidos fundamentalmente a la modificación de hábitos y conductas, responsabilizando a las mujeres de su propia salud, presuponiendo que son plenamente libres para elegir sus comportamientos, delegando en ellas la resolución de los problemas de salud, justificando con ello la propia ineficacia del sistema sanitario en la resolución de los mismos.

Cuando hablamos del proceso de participación comunitaria en salud partimos de un concepto de salud distinto donde la salud es un elemento integrante de la estructura social dónde la vida tiene lugar y la falta de salud suele ser producto de la estructura económica y social del sistema político. Desde este planteamiento la promoción de la salud adquiere un gran interés, priorizando su dimensión social y haciendo a las mujeres protagonistas y partícipes de la misma, presuponiendo que la salud surgirá de un cambio de las estructuras sociales y económicas que hagan posible la reducción de las desigualdades sociales ante la salud. Aceptar esto supondría que la salud sólo se podría obtener a través de la lucha de poder exclusivamente político, sin embargo la realidad no lo confirma, ya que en la salud intervienen factores sociales a distintos niveles que determinan las condiciones en las que vive las mujeres como es su cultura, historia, etc. Estos factores necesitan ser valorados para que surja una conciencia en las mujeres que les permita luchar por su salud no sólo desde las superestructuras sino desde la vida cotidiana de la comunidad, y es desde ahí donde toma relevancia el compromiso comunitario de las mujeres a favor del desarrollo comunitario.

Desde este planteamiento y lejos del paradigma biomédico (que se pone de manifiesto en las intervenciones sanitarias en el ámbito incluso de la promoción de la salud y también el de la participación comunitaria y en el de la educación para la salud como ya hemos comentado anteriormente) la educación en salud debe ir dirigida a desarrollar en las mujeres una conciencia y una actitud crítica sobre su salud, con el objetivo de que puedan comprender y actuar a favor de ella, confiriéndoles así un papel activo y comprometido en el desarrollo comunitario.

La educación en salud así entendida tiene, pues, que afrontar complejas situaciones de vida, los comportamientos sociales y políticos de las mujeres, su vida de relación, los conocimientos intelectuales y las necesidades emocionales en las que viven y afrontan sus problemas de salud. Debe abrirse a todas las dimensiones del hombre, por lo que no debe seleccionar sólo aquellos temas estrictamente médicos, ya que la salud requiere un abordaje intersectorial.

La educación en salud debe desarrollar las dimensiones que componen el compromiso comunitario, asumiendo que el grupo debe ser la unidad o agente de salud protagonista de dicha educación, a partir del cual se adquiere el conocimiento y el hábito de criticar y discutir para tomar consciencia de su situación. La dimensión sanitaria y social que establece un auténtico intercambio entre las mujeres y los profesionales de la salud. La dimensión comunicacional debe ser bidireccional, estableciéndose un diálogo continuo entre educadores y educandas que enriquece a todos a la vez que estimula la autoexpresión como componente básico del proceso de educación. La dimensión motivacional y el proceso de autoestima en las mujeres, que favorece la confianza y seguridad en sí mismas, supone un incentivo para que ellas organicen sus ideas, elaboren un pensamiento y conocimientos propios y puedan tomar decisiones en relación a su salud.

Teniendo en cuenta estas premisas sería necesario un modelo educativo que contemple estos elementos para comenzar a hacer realidad el compromiso comunitario de las mujeres.

Doyal (1983) plantea cómo a principios de los años ochenta del pasado siglo, hubo un creciente reconocimiento por parte del Movimiento de Salud de las Mujeres de la necesidad de no dar por supuestos los problemas de salud que tenían las mujeres y centrarse en el tratamiento que recibían, sino intentar comprender las causas de los problemas de salud que tenían. Ella lo llama epidemiología feminista, lo cual supone, a nivel teórico, comprender la salud y sus problemas en el contexto de la naturaleza patriarcal y capitalista de la sociedad; y a nivel práctico acciones para mejorar las condiciones de vida y trabajo de las mujeres y un mayor grado de cooperación entre las mujeres y otros grupos con los mismos fines.

Teniendo en cuenta estas premisas sería necesario un modelo educativo que contemple estos elementos para comenzar a hacer realidad el compromiso comunitario de las mujeres.

El modelo que sugiere Serrano González⁶ responde a nuestro planteamiento. Este modelo denominado de participación y compromiso propone una metodología que se ajusta a los elementos que se necesitan para hacer realidad el compromiso comunitario de las mujeres y que se encierra en tres momentos metodológicos que son: VER-JUZGAR-ACTUAR.

VER u observar. Observación de las mujeres desde su propia vida y experiencia, cómo viven, cómo se relacionan, como es su barrio, etc., ya que la propia realidad vivida y reconocida por las mujeres hace que las educandas se interroguen y descubran los problemas que suscitan los hechos de la vida, para así poder transformarlos o avanzar hacia su desarrollo.

JUZGAR o discutir: Se trata de interpretar los datos observados someterlos a crítica, referirlos a marcos sociales más amplios y a un conocimiento sistemático. Desvelar la realidad para desmitificarla, desmenuzarla en elementos, valores, conceptos, informaciones que establecen nuevas creencias y actitudes de salud. Se trata de forzar a la experiencia que rompa el campo de la teoría, para que puedan brotar elementos nuevos que no exigen continuamente una nueva recomposición y reformulación de los cuadros teóricos.

ACTUAR o comprometerse. Todo proceso necesita de una acción para contribuir al cambio continuo, una acción que necesita organizarse para dar respuesta a las necesidades, no sólo descubiertas, sino sentidas por las mujeres.

Es a través de este modelo de participación y compromiso que aquí hemos pincelado desde donde podemos ir dando pasos en la construcción de una nueva forma de entender y actuar en salud desde un nuevo paradigma que favorezca el compromiso de las mujeres en el desarrollo comunitario para hacer posible el cambio social con el que se generen otras formas nuevas de abordar los problemas de salud de las mujeres.

6. Cfr. SERRANO GONZÁLEZ, M^a Isabel (1989): Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica, Madrid, Díaz de Santos, 222 pp.