



**Género y salud.
X y XI Jornadas
de la Red de Mujeres
Profesionales
de la Salud**

51

**Género y salud.
X y XI Jornadas
de la Red
de Mujeres
Profesionales
de la Salud**

51



**MADRID
2010**

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Edita: Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)
C/ Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid
correo electrónico: inmujer@inmujer.es

Diseño de portada: Carlos Sendín & Asociados
Maqueta y realiza: Estilo Estugraf Impresores, S.L.
Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L. – Ciempozuelos (Madrid)
NIPO: 803-10-048-4
Depósito Legal: M-46429-2010



.....

	<u>Págs.</u>
<i>PRESENTACIÓN</i>	5
PRIMERA PARTE X SEMINARIO DE LA RED-CAPS	
<i>UN ESPACIO DE RELACIÓN</i> Margarita López Carillo.....	8
<i>LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA: ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS? DE LA INVISIBILIDAD AL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES</i> Carme Valls-Llobet	10
<i>LAS MUJERES Y EL VIH: CAMINO CRUZADO DE UN DESENCUENTRO...</i> Montserrat Pineda Lorenzo	15
<i>LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EXTRANJERAS Y SU ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD</i> M. ^a Mercè Canet i Ponsa	20
<i>LA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES: AVANCES Y ESTANCAMIENTOS</i> Neus Moreno	34
<i>LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS MUJERES EN PRIMERA LÍNEA: CÓMO ES Y POR QUÉ</i> Pilar Babi i Rourera.....	41
<i>FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN. DESDE LOS PARTIDOS Y LA POLÍTICA PARLAMENTARIA</i> Consuelo Catalá Pérez	45
<i>LÍMITES Y POSIBILIDADES DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD DESDE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA CONSERVADORA: LA SEGO</i> Enriqueta Barranco Castillo	54
<i>FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA CREAR UN MUNDO AL QUE MEREZCA LA PENA INCORPORARSE</i> Montserrat Cervera Rodon	58

SEGUNDA PARTE
XI SEMINARIO DE LA RED-CAPS

<i>EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿HACIA DÓNDE VA?</i> Vicencia Laguna	65
<i>SER ENFERMERA EN UN HOSPITAL: VIVENCIAS, TRABAJO INVISIBLE, TRABAJO A LA SOMBRA</i> Cristina Cantalejo Recio	72
<i>ASPECTOS LABORALES DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA: ¿POR QUÉ SE VAN AL EXTRANJERO LAS ENFERMERAS?</i> Luisa Montes Pérez	79
<i>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRASTORNO MENTAL SEVERO CON ENFOQUE DE GÉNERO</i> Roly Rodríguez	82
<i>ESTEREOTIPOS EN LA ADOLESCENCIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD</i> Margarita Petit Vila y Montse Prat Tordera	87
<i>MORBILIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS</i> Carme Valls-Llobet	99
<i>OPORTUNIDADES VITALES DEL CAMBIO FRENTE A LOS ESTEREOTIPOS</i> Dolores Juliano	108
<i>EL CUERPO EL ESLABÓN OLVIDADO. TIEMPO DE RECONCILIACIÓN</i> Malen Cicerol.....	110
<i>BIENESTAR EMOCIONAL. LAS MUJERES A PARTIR DE LOS 50: NIDO VACÍO, AGENDA LLENA</i> Jocelyn Guerrero	114
<i>¿QUIÉN CUIDARÁ DE NOSOTRAS CUANDO NO ESTEMOS MUERTAS? ¡CUIDATE TÚ PARA CUIDAR MEJOR!</i> Vita Arrufat	118

PRESENTACIÓN

Este libro contiene las comunicaciones presentadas en las X y XI Jornadas de la Red de profesionales de la Salud, organizadas por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) con el apoyo del Instituto de la Mujer, en los años 2008 y 2009.

Las jornadas de 2008 reflejan la celebración por los diez años de existencia de la red. En el texto, Margarita López Carillo, expone un balance y recuerdos de estos años, desde que la red empezó como una ilusión, futuro proyecto de Carme Valls, que se movía por distintos lugares de España, desplegando su derroche habitual de energía, dando conferencias y participando en cursos, difundiendo su mirada distinta sobre la salud de las mujeres, denunciando los sesgos de género de la medicina convencional y androcéntrica, hablando de lo que ha dado en llamar morbilidad diferencial.

En estas actividades fue recogiendo las inquietudes de médicas que se sentían un tanto solas en su práctica profesional, al tener una visión diferente de la postura androcéntrica. Así, en el CAPS, se empezó a elaborar una base de datos de médicas díscolas y huérfanas y por este hecho la red nació en principio como red de médicas. Pero en realidad, desde un principio, contó con algunas psicólogas que querían aportar a su práctica los planteamientos del feminismo, lo que las marginaba entre sus colegas. De modo que esta red ha sido y sigue siendo, un especie de grupo de ayuda mutua, de gran espacio de disidencia.

Posteriormente, comprobaron que esta mirada no sólo atraía a las médicas, sino a otras profesionales relacionadas con la salud: enfermeras, trabajadoras sociales, sociólogas y alguna que otra periodista, como Leonor Tabuada, o alguna documentalista de salud como Margarita Lopez Carillo quien empezó a trabajar en CAPS.

El primer encuentro se organizó, en Madrid, en julio de 1998 con la ayuda del Instituto de la Mujer, a través de la responsable del Pro-

grama de Salud, quien comprendió enseguida que ese sueño de Carme Valls –poner en contacto a todas aquellas profesionales, que eran como islas perdidas en el océano de la ortodoxia acrítica del panorama sanitario del país–, era algo digno de ser impulsado desde esta institución porque era un proyecto de mujeres para mujeres, y que podría beneficiar a toda la población.

El CAPS llamó a ese encuentro Seminario de Autoformación, porque la idea era que todas las participantes tenían conocimientos y experiencias que compartir, porque les gustaba la idea de horizontalidad que inspiraba. Este principio se ha mantenido.

La relación en la red a lo largo de estos años se ha caracterizado por el respeto, en el texto de Margarita López Carillo que nos sirve de presentación se destaca “nos escuchamos con respeto, porque cansadas de los discursos dogmáticos, sentimos que en este lugar podemos aprender. Es un respeto que nos ha permitido expresar no sólo conocimientos, sino también dudas, perplejidades, contradicciones. Es un respeto que permite pensar en voz alta, ir expresando en voz alta experiencias y reflexiones”.

Durante este tiempo, ha habido un gran cuidado de no perder ese espacio que se intuía ya como especial, diferente, más libre. La relación en la red ha sido, sobre todo, un espacio de intercambio, de relación basada en la afinidad, es una relación entre semejantes (es decir, ni iguales ni desiguales, cercanas).

Hay, un consenso básico que es el ver y luchar para que se reconozca en el sistema sanitario, a las mujeres como sujetos activos y no pasivos de su salud, y en relación con él, el rechazo a la patologización de las mujeres, y la consiguiente medicalización de sus vidas y procesos.

Entienden, que la política de las mujeres se realiza a través de la relación entre mujeres, o dicho de otra manera, la relación entre mujeres es política, es decir, no es algo priva-

X Seminario de la Red-CAPS

do, particular, sino que afecta a toda la comunidad tanto como la actividad del parlamento o de los partidos. Es una política transformadora. Eso es lo que hacen cada año desde hace diez, política en relación y lo hacen virtualmente cada día a través del correo electrónico.

Los textos de estos dos seminarios abordan una primera comunicación sobre la salud de las mujeres ¿Qué ha cambiado en estos diez años? También los contenidos planteados en las distintas mesas que tratan: Los temas pen-

dientes y desafíos, la forma de acción y participación: límites y posibilidades, así como las enfermeras: imprescindibles y desaprovechadas, además de la salud y calidad de vida a partir de los 50.

Esperamos que la publicación sea de interés y cumpla con el objetivo de difundir las aportaciones realizadas en los seminarios que den a conocer esta línea de trabajo y de compromiso vital, personal y colectivo. También el agradecer el trabajo de la red CAPS que ya lleva ¡10 años haciendo red!

X Seminario de la Red-CAPS

.....

UN ESPACIO DE RELACIÓN

Margarita López Carillo

LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA: ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS? DE LA INVISIBILIDAD AL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES
Carme Valls-Llobet

LAS MUJERES Y EL VIH: CAMINO CRUZADO DE UN DESENCUENTRO...

Monserrat Pineda Lorenzo

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EXTRANJERAS Y SU ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD

M.^a Mercè Canet i Ponsa

LA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES: AVANCES Y ESTANCAMIENTOS

Neus Moreno

LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS MUJERES EN PRIMERA LÍNEA: CÓMO ES Y POR QUÉ

Pilar Babi i Rourera

FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN. DESDE LOS PARTIDOS Y LA POLÍTICA PARLAMENTARIA

Consuelo Catalá Pérez

LÍMITES Y POSIBILIDADES DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD DESDE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA CONSERVADORA: LA SEGO

Enriqueta Barranco Castillo

FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA CREAR UN MUNDO AL QUE MEREZCA LA PENA INCORPORARSE

Montserrat Cervera Rodon

.....

UN ESPACIO DE RELACIÓN

Margarita López Carillo

Mi papel en esta red es el de facilitar su funcionamiento, la relación, pero en este seminario en que celebramos nuestros diez años de existencia, me permito tomar la palabra por primera vez, porque creo que a lo mejor os interesa saber cómo se ven las cosas desde mi lugar, desde ese segundo plano detrás del ordenador por donde pasa todo, que es como un tubo, por donde circula el fluido a veces apacible, a veces caliente, a veces tumultuoso de esto que desde el principio ha sido, sobre todo, un espacio de intercambio, de relación.

La red empezó a existir primero en la cabeza de Carme Valls. Por aquella época ella ya andaba por toda España, en su derroche habitual de energía, dando conferencias y participando en cursos, difundiendo su mirada distinta sobre la salud de las mujeres, denunciando los sesgos de género de la medicina convencional y androcéntrica, hablando de lo que ella había dado en llamar morbilidad diferencial, y cuando regresaba a Caps nos decía “hay que hacer algo, hay por ahí un montón de médicas que ven las cosas como nosotras pero se sienten tan solas, tan diferentes...” Así que empezamos a armar una base de datos de médicas díscolas y huérfanas. Es por eso que la red nació en principio como red de médicas, así la llamábamos, pero en realidad, desde un principio contó con unas cuantas psicólogas cuya incomodidad respecto de su disciplina consistía en aportar a su práctica los planteamientos del feminismo, y eso también las marginaba entre sus colegas. De modo que esta red fue (y creo que sigue siendo), primero de todo, una especie de grupo de ayuda mutua, de gran espacio de disidencia. Luego nos dimos cuenta de que esta mirada no sólo atraía a las médicas sino a otras profesionales relacionadas con la salud: enfermeras, trabaja-

doras sociales, sociólogas, y alguna que otra periodista, como Leonor Tabeada, o alguna documentalista de salud como yo misma. Yo, que cuando empecé a trabajar en CAPS, unos pocos años antes, sabía mucho de buscar documentación médica, pero aún creía en que la ciencia es objetiva, y que la medicina lo había estudiado casi todo y, desde luego, que había estudiado a las mujeres. Pero en fin, cómo cambié de opinión, cómo “perdí la inocencia”, es otra historia que ahora no me da tiempo a contar.

Organizamos, pues, en Madrid, el primer encuentro, en julio de 1998. Lo hicimos con la ayuda del Instituto de la Mujer que, a través de la responsable del programa de salud, Begoña López-Dóriga, comprendió enseguida que ese sueño de Carme de poner en contacto a todas esas profesionales, que eran como islas perdidas en el océano de la ortodoxia acrítica del panorama sanitario del país, era algo digno de ser impulsado desde su institución porque era un proyecto de mujeres para mujeres, y que podría beneficiar a toda la población. Llamamos a ese encuentro Seminario de Autoformación, porque la idea era que todas las participantes tenían conocimientos y experiencias que compartir, y nos gustaba la idea de horizontalidad que inspiraba. Este principio se ha mantenido.

Quiero hablar de cómo ha sido esa relación a lo largo de estos diez años. Lo primero que se me ocurre decir es que la relación en la red se ha caracterizado por el respeto.

Un respeto dictado, yo creo, por algo a lo que se podría llamar prudencia interesada. Esto lo digo como algo positivo, es decir, nos escuchamos con respeto, porque cansadas de los discursos dogmáticos, sentimos que en este lugar podemos aprender otras cosas. Es un respeto que nos ha permitido expresar no sólo conocimientos sino también dudas, perplejidades, contradicciones. Es un respeto que permite pensar en voz alta, y eso siempre nos puede llevar a decir tonterías,

ya se sabe, pero también a hacer hallazgos geniales. Al principio, el respeto ya estaba ahí, era una necesidad de supervivencia. Recordaréis los primeros seminarios: se intervenía en general con delicadeza, con titubeos, como con el temor de no ser entendidas y quedar nuevamente aisladas. Era como si las que intervenían necesitaran ir expresando en voz alta sus experiencias y reflexiones, necesitaran ponerles palabras para que aquellas tomaran cuerpo. Se notaba que eran cosas que se decían con la cautela aún de quien está acostumbrada a ocultarlas, de quien no esperaba poder expresarlas nunca entre colegas. Surgía en todas una necesidad de acogimiento, una necesidad de escucha respetuosa incluso cuando alguien decía algo con lo que otra estaba profundamente en desacuerdo. Había como un gran cuidado de no perder ese espacio que se intuía ya como especial, diferente, más libre. En algún momento, después, más confiadas, hemos tenido que recordarnos nosotras mismas esta actitud para no derivar hacia la fácil, por mucho más común en nuestro mundo, del enfrentamiento y atrincheramiento en posiciones fortificadas.

La relación en la red es, la describiría, como una relación no dialéctica, no se busca el enfrentamiento de los contrarios para llegar a una síntesis, no, es una relación basada en la afinidad, es una relación entre semejantes (es decir, ni iguales ni desiguales, cercanas). Se parte de la idea de que la cercanía permite el análisis. Por eso, aunque no hemos definido nunca criterios de inclusión para las socias ni respecto a su profesión ni respecto a sus intereses y posiciones es indudable que la red tiene unos principios básicos que basta con permanecer algo de tiempo en la lista de correo para reconocerlos. De este modo se produce la selección natural, se quedan las semejantes, las que comparten áreas con el resto aunque haya otras que no las comparten o que incluso puedan chocar si se

plantean, pero la red se administra a sí misma, cada una se regula, decide cuanto le compensa renunciar a tratar algunas cosas que le interesan, si intuye que no habrá aceptación, a cambio de aprovechar lo que sí le nutre. Y se ha ido dando el caso de que temas que parecía que no interesaban, o que despertarían una oposición unánime, incluso el desprecio, poco a poco han ido encontrando eco, a veces más del que se hubiera podido prever. Así las médicas con un discurso menos biológico, con una comprensión más integral de la salud se han ido atreviendo a participar. Las psicólogas también se han ido autorizando a aportar su mirada, y últimamente las enfermeras están irrumpiendo en los debates. En ocasiones los debates nos han llevado a divisar verdaderas razas dentro de la red, definidas por temas de mayor interés...

Hay sin embargo, un consenso básico, al menos uno creo yo, que es el ver y luchar para que así se reconozca en el sistema sanitario, a las mujeres como sujetos activos y no pasivos de su salud, y en relación con él, el rechazo a la patologización de las mujeres, y la consiguiente medicalización de sus vidas y procesos.

Es en este punto donde confluyamos todas con claridad, y es un punto que se convierte automáticamente en excluyente para quién no lo comparte.

Como dicen las feministas de la diferencia (yo, como tantas aquí, tengo un feminismo híbrido, y me enorgullezco de esta heterodoxia), pues como dicen las feministas de la diferencias, la política de las mujeres se realiza a través de la relación entre mujeres, o dicho al revés, la relación entre mujeres es política, es decir, no es algo privado, particular, intranscendente, sino que afecta a toda la comunidad tanto como la actividad del parlamento o de los partidos, es política porque es transformadora, nos transforma individualmente, transforma al grupo y a todos los que

nos circundan, es una política de dentro hacia fuera, discreta, pero expansiva como las hondas. Eso es lo que hacemos aquí cada año desde hace diez, política en relación y lo hacemos virtualmente cada día a través del correo electrónico.

LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA: ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS? DE LA INVISIBILIDAD AL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES

Dra. Carme Valls-Llobet

Médica endocrina
Presidenta de CAPS

INTRODUCCIÓN

El primer obstáculo para el abordaje de la salud de las mujeres y su empoderamiento (es decir, si pueden o no ser protagonistas de sus vidas), lo crearon quienes han decidido desde el principio (e impartido) qué y cómo había de ser la salud. Fueron, fundamentalmente, los estudios que partían de las facultades de medicina, los que iniciaron la concepción de lo que es salud y lo que es enfermedad.

Estos conceptos nacieron, fundamentalmente, del estudio de las personas hospitalizadas, que en su mayoría eran hombres. Por lo tanto, la mayoría de conocimientos médicos empezaron a partir de la patología masculina. Antes de la era que empezó con Vesalio (1514-1564), iniciador del estudio de la anatomía del cuerpo humano con disecciones multitudinarias, no existía ciencia pero sí opiniones, que desde Aristóteles a los padres de la Iglesia, decidían quien era superior y quien inferior, quien era portador de la vida (el hombre) y quien tan sólo un receptáculo (la mujer) del homúnculo ya formado en el espermatozoide. Después, como veremos, las

ciencias de la salud han continuado incorporando distintos sesgos de género, según el momento histórico.

El primer modelo de estudio de la Medicina moderna, plantea que las enfermedades no tienen sexo, que hombres y mujeres son iguales y que no hay diferencias en el enfermar, ni por razones biológicas ni por razones sociales. En determinadas patologías la frecuencia era mayor para el sexo masculino o para el femenino, pero quedaba implícito que las enfermedades causadas por agentes externos o cambios internos, no tenían matices diferenciales al evolucionar en un hombre o en una mujer. Ni los tratamientos tampoco. Se asumía que, estudiando a los hombres, quedaban estudiadas todas las mujeres, menos en el embarazo y el parto, esta era la única diferencia que formaba parte de los estudios básicos de medicina y profesiones sanitarias.

A partir de los años 70-80 del siglo XX, una corriente científica, fundamentalmente feminista, empezó a plantear que la salud de las mujeres, dependía de problemas sociales y culturales, que provenían en su mayor parte de la discriminación y la violencia que habían sufrido y que, por lo tanto, los problemas de salud eran fundamentalmente sociales. Esta concepción seguía partiendo de la base de que biológicamente hombres y mujeres éramos iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia y discriminación sociales.

La aproximación a la realidad corporal de distintas corrientes de pensamiento, tanto del feminismo como del psicoanálisis, se enmarcan en este enfoque, el cual, al minimizar las diferencias biológicas, también nos aleja de la realidad, ya que en ella se manifiestan tanto las influencias culturales, medioambientales y genéticas asociadas a las diferencias endocrinológicas entre mujeres y hombres, como las diferencias individuales de cada ser humano debidas a su historia clínica y a su biografía.

Pero la ciencia médica de los años 90 se vio sacudida por la constatación de una diferencia que no había sido estudiada hasta entonces: fue el brusco descubrimiento de una nueva enfermedad denominada “menopausia”. Promovidos los reclamos publicitarios por la industria farmacéutica, que deseaba colocar unos determinados productos, se asoció, en la estrategia de marketing, menopausia a dolor y decrepitud corporal. Esto se hizo, sin embargo, sin estudios epidemiológicos que basaran sus afirmaciones, y sin estudios clínicos que investigaran las causas del dolor y su diagnóstico diferencial. Se aceptó por primera vez que existía una diferencia biológica, pero se convirtió a las mujeres en víctimas de su cuerpo. Aunque en los estudios de salud, la menstruación se había estudiado de forma muy superficial, y no se había pensado que pudiera influir de ninguna forma en la salud o en el humor o en el funcionamiento del organismo, su desaparición se convirtió en un acontecimiento trascendental para la salud de las mujeres e hizo aparecer por primera vez el concepto de que éramos “víctimas de nuestro cuerpo”. Este enfoque de la menopausia, dejó a millones de mujeres en estado de indefensión, sin explicaciones para saber, sin argumentos para decidir y con miedo a las catástrofes futuras (no demostradas) que se les vaticinaron si no aceptaban para siempre la terapia hormonal sustitutiva.

En el año 1996, durante el primer Congreso Internacional, Mujeres, Salud y Trabajo¹, las investigadoras procedentes de muchos países del mundo que participamos (y que hemos seguido desde entonces conectadas en red) acordamos adoptar la definición propuesta por la Dra. Jerilynn Prior, feminista y endocrinóloga de Vancouver, que entiende

que la salud de las mujeres se debe entender en relación con la biología, con la psicología y con la sociedad, entendiendo por sociedad no sólo la cultura, sino las condiciones de vida y trabajo y del medio ambiente (agua, aire, alimentos, cosméticos...).

Las causas y consecuencias de la invisibilidad

“La devaluación cultural es también importante como una de las influencias que hace enfermar a las mujeres. Todos los grupos sociales trabajan por medio de una gran variedad de discursos que hacen parecer como naturales las desigualdades y las diferencias de género” LESLEY DOYAL

El hecho de que las mujeres sean invisibles² para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidos a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres. En este campo los avances en **la innovación han sido muy desiguales**, y poco sistemáticos, en cada una de las especialidades médicas; todavía existen pocos datos de investigación diferenciados por sexo, y se cruzan de forma incorrecta y reduccionista las causas y los efectos de determinadas patologías.

Además, se hace pasar por ciencia lo que no es otra cosa que las reglas del patriarcado aplicadas al cuerpo de las mujeres. Estas reglas se pueden resumir en tres³:

¹ Congreso Internacional, Mujeres, Salud y Trabajos. Caps. Barcelona, abril 1996.

² Valls-Llobet, Carme. “Mujeres Invisibles”, 2006., Editorial de Bolsillo.

³ Martínez Bellon, Isabel. Psicología y Género.

Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad: Es decir, se considera natural por ejemplo que lo masculino está unido a la agresividad, al poder y a la dominancia, frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino.

Fragmentación del cuerpo y de la experiencia: A la Medicina de la extrema especialización y la visión tecnológica del cuerpo, con exploraciones cada vez más sofisticadas, no le interesan los sujetos (especialmente si son mujeres). No interesa el relato de la evolución de los propios síntomas, ni las experiencias en relación al propio cuerpo y sus dolencias. En la relación con la asistencia sanitaria se acaba diluyendo la experiencia de las personas y fragmentando sus cuerpos, a los que, a veces, se llega a aplicar tratamientos para los distintos síntomas incompatibles entre sí. Nada más lejos de la visión del cuerpo como organismo en el que todo está en relación.

Objetualización de los sujetos: Las mujeres (y ya bastantes hombres), pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas/dos y manipuladas/dos a través de los cosmético, cirugía, industria de la moda y medicalizaciones varias.

El mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes, sino física, psicológica y socialmente inferiores.

La palabra género puede invisibilizar la salud de las mujeres

El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Según sea el sentido y la acción de las investigadoras que lo utilicen puede esconder o no las diferencias.

La salud se consideró como ausencia de enfermedad en las primeras definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la enfermedad se definió como una desviación

de la norma biológica⁴ con una etiología específica, y cuyo paradigma más claro fueron las enfermedades infecciosas, cada una causada por una bacteria, hongo o virus. Enfermedades en abstracto, sin relación con las condiciones de vida y trabajo, ni con la cultura, etnia, clase social, ni con el medio ambiente. Pero esta definición de enfermedad causada por una etiología única, se contradice con la realidad, ya que la salud de los seres humanos, de los *organismos humanos* está sometida a numerosos condicionantes que actúan al mismo tiempo, con grados diversos de intensidad, que se potencian o neutralizan mutuamente y cuyas consecuencias son las alteraciones de la salud física o mental.

Además estos condicionantes actúan de forma diferente en el cuerpo de hombres y mujeres, con consecuencias distintas, según la edad, la nutrición, la clase social, el trabajo que realicen, y las relaciones sociales que establezcan⁵. Sin embargo la mayoría de los estudios de investigación en ciencias de la salud no incluían estos matices diferenciales, por lo que el patrón de estudio aparentemente “neutro” se basaba en estudios con cohortes constituidas tan sólo de varones.

Para tener en mente la diversidad de condicionantes en el momento de analizar los problemas de salud individuales o para diseñar protocolos de investigación, nuestro grupo de investigación del PROGRAMA MUJER, SALUD Y CALIDAD DE VIDA del CAPS, decidió seguir el modelo que, para estudiar las consecuencias del estrés físico y mental, diseñó el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la Dra. Marianne

⁴ Martínez Hernández, Ángel. Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En: Prat, J., Martínez Hernández, A., editores. Ensayos de antropología cultural. 1996, Barcelona: Ariel Antropología. Pg. 369-381.

⁵ Valls-Llobet, Carme. Mujeres y hombres. Salud y diferencias. 1994, Editorial Folio.

Frankenhauser⁶. Ella y su equipo estudiaron si los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres en relación con las condiciones de vida y trabajo, dependían de las diferencias biológicas y psicológicas o de el entorno psicosocial que rodeaba la vida y el trabajo. Sus conclusiones han abierto un amplio campo de investigación y han demostrado que en la salud de hombres y mujeres, pesan más los condicionantes del mismo trabajo, sea el remunerado o el doméstico, incluido las demandas excesivas y el soporte social para realizarlo, que las diferencias psicológicas y biológicas entre los dos sexos. No se puede separar la percepción de salud, la sensación subjetiva de estar bien, de “no encontrarse bien”, de la cultura en que estamos inmersos. En los países occidentales la cultura de salud está asociada a la ingesta de alguna o muchas pastillas, cultura que como veremos más adelante está alentada por una potente industria farmacéutica. Pero en otras culturas, más animistas, la salud puede estar asociada a determinados ceremoniales, a danzas, a la bebida de determinadas tisanas. Para la medicina oriental, está asociada a la armonía corporal y para ello en su práctica se recurre a la acupuntura, la meditación o el ayuno.

”Encontrarse bien” es encontrarse con uno mismo o con una misma, y la práctica de este encuentro es seguramente más fácil cuanto más holístico sea el acercamiento hacia el propio cuerpo, lleno de potenciales de salud y rodeado de riesgos para enfermar.

Un condicionante global de salud, además de la cultura es el medio ambiente, que ha emergido con fuerza desde el conocimiento de los efectos de los insecticidas en la salud y en el incremento de cáncer, en especial el de mama⁷, y en la

interferencia en el desarrollo sexual de animales en los ríos y lagos⁸.

La necesidad de visibilizar las diferencias

La salud percibida es un concepto utilizado en las encuestas de salud de población, que valora a través de una sencilla pregunta, en qué estado de salud se siente una determinada persona. Si preguntamos a un grupo de población de mujeres y hombres “¿usted cómo se encuentra, bien, mal o regular?”, el resultado será que muchas más mujeres dirán que se encuentran mal y regular y muchos más hombres contestarán que bien y regular. Esta es una diferencia que se pone de manifiesto en todos los estudios del mundo.

¿Quiere decir esto que la mujer presenta una peor salud? No. El significado de la salud percibida sólo significa que la que responde siente que su salud no es buena, la percibe como mala. Pero esta percepción no se debe tan solo a la existencia de una enfermedad, sino de muchas otras circunstancias vitales. La salud percibida es un vector de los condicionantes bio-psico-sociales, culturales y medioambientales de los que hablábamos al principio. Esta percepción no es tan solo una aproximación subjetiva, sino un complejo entramado de condicionantes, con mayor o menor prioridad según cada momento vital. Existe un dato objetivo diferencial que fue motivo de análisis en profundidad en el Congreso⁹ de Salud y Calidad de Vida del año 1990 celebrado en Barcelona. Se trata de la existencia de una mayor utilización de los servicios hospitalarios por parte de los hombres, y una mayor utilización de los servicios

⁶ Frankenhauser, Marianne y Lunberg, Ulf. (1996) Women, work and health.

⁷ Carson, Rachel L. (2005). Primavera silenciosa. Biblioteca de Bolsillo.

⁸ Colburn Theo. Nuestro futuro robado.

⁹ CAPS. (1991) Mujer y calidad de vida. Congreso Mujer Salud y Calidad de Vida de 1991.

asistenciales ambulatorios por parte de las mujeres. Los hombres presentaban predominantemente patologías agudas que han de ser atendidas en los hospitales (infartos de miocardio, neumonías, úlceras de estómago, etc) y las mujeres presentan predominantemente patologías crónicas y sus demandas principales al sistema asistencial están relacionadas con el dolor en alguna parte del cuerpo y con el cansancio.

En el terreno de la investigación de las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombre, fue Lois Verbrugge¹⁰ la pionera, que empezó a analizar y a demostrar que existían diferencias en las enfermedades que con más frecuencia afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios entre el sexo femenino. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre del estado percibido de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro, y el estrés físico y mental, más que a diferencias biológicas innatas.

La ciencia que había postulado que estudiar al “varón” era estudiar al ser humano ha tenido que cambiar sus paradigmas y empezar a reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, de manifestarse los síntomas, en las causas del dolor, en la prevalencia de determinados diagnósticos, y en la metabolización de fár-

macos, que tienen formas diferentes de actuar según el sexo o según interaccionen con la fase del ciclo menstrual.

En la década de los 90 las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de cómo seres reproductores, y se empiezan a hacerse “visibles” para la medicina en todas sus especialidades¹¹. Pero, en los últimos 10 años, la perspectiva de género, además de ir afianzando esa visibilidad, nos ha permitido dar otro paso, una vuelta de tuerca más a la concepción de la salud centrada en la enfermedad y en la mujer como cuidadora de la familia y responsable de su salud y la de la comunidad en su conjunto. Este paso ha sido plantear la salud como agente satisfactor de las necesidades humanas fundamentales. Este nuevo enfoque concibe las relaciones de poder-subordinación y la división del trabajo como causa de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio del derecho a la salud. Por ello, el objetivo ya no es dar formación a las mujeres para que puedan ser cada vez más cuidadoras de todos, sino facultarlas para la protección, promoción y autocuidado de su salud, con mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. Esta es la nueva perspectiva de género tanto para las actividades comunitarias en atención primaria como en las nuevas formas de hacer cooperación en salud¹².

¹⁰ Verbrugge, Lois M. “Gender and health: An update on hypotheses and evidence”, *Journal of Health and Social Behavior*, 1985; 26 (3): 156-182.

¹¹ Valls-Llobet, Carme. *Mujeres Invisibles*. Editorial de Bolsillo. Barcelona, 2006.

¹² Antolín, Luisa; Mazarrasa, Lucía. “Cooperación en salud con perspectiva de género”. *Federación de Planificación Familiar de España*. 1997.

LAS MUJERES Y EL VIH: CAMINO CRUZADO DE UN DESENCUENTRO...

Montserrat Pineda Lorenzo

De Creación Positiva

Con este artículo pretendo compartir con vosotras mis reflexiones sobre los factores de vulnerabilidad que tienen las mujeres respecto al VIH.

Un poco de historia: de una epidemia y de dos mundos

Para ello empezaremos haciendo un poco de historia e intentaré contextualizar algún hecho relevante:

Hace más de 25 años el sida entró por la fuerza en nuestras vidas a través del miedo y del estigma constituyéndose como una de las epidemias más importantes de nuestra historia moderna. La epidemia del sida se creó como una trágica sucesión de muertes físicas y sociales de personas que se infectaban por un virus mortal y que generó a su alrededor grandes bolsas de discriminación. El sida en sus inicios parecía que sólo afectaba a determinados grupos, apariencia no real sino el producto de unos datos que leían de forma sesgada lo que estaba pasando y lo que iba a pasar. La epidemiología (brazo armado de la salud pública) nos explicó la epidemia a través de los grupos de riesgo, y eso nos hizo centrar las políticas en el cambio de conductas bajo el paradigma: hay personas (hombres) que se ponen en riesgo y deben cambiar su conducta.

A lo largo de estos años de infecciones, muertes y paradigmas pudimos entender que esta epidemia seguiría el patrón clásico: afectaría a todo el mundo pero en diferentes escalas y dimensiones.

Pero como entonces, observamos ahora que la situación es mucho más compleja que pensar en una epidemia basada en las con-

ductas de determinadas personas de forma aislada. Ya lo aventuró Susan Sontang refiriéndose al sida como una enfermedad moral, y según este discurso, no de la moralidad de quién la sufría sino de quién la juzgaba, de una sociedad que genera modelos “amorales de desigualdad” y siguiendo la lógica foucaultiana “que juzga como forma de control”.

Tal vez tengamos dudas sobre el por qué no se actuó de forma más contundente o sobre cómo se sigue actuando en estos momentos, lo que sí parece claro es que la epidemia se cebó en grupos que ya de por sí estaban discriminados y que no se pusieron medidas necesarias y oportunas para frenar esa epidemia hasta que la dimensión de ésta empezó a debilitar países enteros.

La epidemia del Sida podía ser “una plaga” hasta que se convirtió en una negligencia de orden mundial. A partir del año 95 y con la aparición de los tratamientos antirretrovirales, que convertían al VIH en una infección “más o menos controlable y que permitían alargar la vida”; el hecho de que la gran mayoría de las personas infectadas no tuvieran (ni tienen) acceso, da otra dimensión a esta epidemia: el marco de los derechos humanos.

Estaba claro que las muertes de sida no eran sostenibles en los países industrializados y se abordó como una gran crisis social y sanitaria pero, a lo largo de estos años, el Sida se ha convertido en una “epidemia catastrófica mediática”. Una de esas epidemias como el hambre y las guerras que son evitables pero que suponen una transformación social, económica y política que nadie está dispuesto a realizar.

Hoy día, el Sida sigue poniendo en evidencia los intereses que mueven nuestro mundo: mantenimiento del poder económico y la desigualdad.

— Millones de personas están sometidas a las leyes del mercado y a una muerte indigna

porque esta muerte es evitable (aplazable). El 90% de la población no puede acceder a medicamentos y cuidados que están comprobados como eficaces en el tratamiento de la historia natural de la infección por VIH. En otras palabras, existe tratamiento y la gran mayoría de personas morirán porque no pueden acceder a ellos. Las causas, haciendo síntesis reduccionista: sus gobiernos no pueden comprar, las industrias farmacéuticas hacen un apartheid económico, no hay suficiente presión ni seguimiento para que los acuerdos internacionales que se firman se cumplan, las ayudas de cooperación son insuficientes.

— La feminización de la epidemia es la crónica de una muerte anunciada que se aventuró hace 20 años. Hoy en día las políticas generadas para frenar la epidemia no han incluido la perspectiva de género porque no han incluido el marco de los derechos humanos. Las mujeres en el VIH han sido las víctimas invisibles porque sus voces en el mundo son silenciadas. Cuando se habla de la feminización de la epidemia se piensa en los países más castigados que son los del continente africano; pero la realidad es que la feminización de la epidemia es a escala mundial. Producto directo de otra epidemia: la desigualdad.

Y la desigualdad es el germen de la discriminación y del estigma.

Para que la discriminación se produzca se requiere una tolerancia respecto a la vulneración de los derechos humanos, como podemos ver en las guerras preventivas y en la violencia de género. Estamos viviendo en una sociedad de riesgo constante y con muchos medios económicos que la sustentan. Desde donde se establecen políticas económicas y sociales ineficaces dominadas por el mercado y por el binomio dominio-em-pobrecimiento.

El estigma y el proceso de estigmatización operan en la intersección entre cultura unificada y el miedo a la diferencia.

La responsabilidad comunitaria es la ética de lo cotidiano. Es una visión ecologista y de compromiso. Es la responsabilidad conjunta no alienante de que lo que me afecta a mí le afecta a los demás. Y lo que le afecta a los demás me afecta a mí. E incluso desde la visión más neo-liberal y egoísta.

La responsabilidad individual es el compromiso político. Como ciudadanas de pleno derecho debemos exigir políticas sociales y sanitarias equitativas y justas. Debemos exigir un modelo social transformador.

La globalización ha enfermado los sistemas sociales ya enfermizos por naturaleza, convirtiéndose en devastadora la violencia estructural, esa violencia que se refiere a los efectos que se producen cuando se intersectan pobreza extrema, exclusión laboral y exclusión social, junto con discriminación racial, étnica, de género y por la orientación sexual. La epidemia del VIH es la lapidación simbólica de los derechos humanos. Todos y cada uno de los derechos son vulnerados y la comunidad internacional y local sigue incidiendo en las consecuencias trágicas de esta epidemia y no van a su raíz: la desigualdad, inequidad, y la injusticia social.

Para que esta descripción no sea una visión apocalíptica es necesario que se reestablezcan canales de reflexión crítica y establecer estrategias de defensa de los derechos humanos junto a un trabajo de la comunidad para que los acuerdos internacionales y locales se cumplan.

Las mujeres y el VIH

La descripción del apartado anterior puede servirnos para contextualizar el impacto que supone el VIH en las mujeres.

La situación de las mujeres y el Sida se moviliza en torno a la complejidad de las situaciones que en ella coexisten y, por tanto, a la va-

riedad (en número y calidad) de los diferentes elementos que la componen.

Por un lado, estamos hablando del aumento del número de mujeres infectadas por el VIH a nivel mundial y con un ritmo no sostenible y, por otro, de las causas que producen dicho aumento.

Es bien conocido, en estos momentos, que las mujeres somos muy vulnerables de infectarnos del VIH por motivos biológicos y sociales. ¿Pero qué quiere decir eso? ¿Qué factores son los que determinan dicha vulnerabilidad? ¿Ser vulnerable es una sentencia?

Según el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española en su Vigésima segunda edición: *Vulnerabilidad* es cualidad de vulnerable y *Vulnerable* significa que puede ser herido (a) o recibir lesión, física o moralmente.

Eso representa que no necesariamente significa que se tiene que ser herida (por tanto infectada por VIH). Quiere decir que existen unos factores que determinan que haya un riesgo a ser “herida, o recibir lesión física o moral”.

Esto que puede parecer anecdótico es de especial relevancia cuando hablamos de prevención del VIH en mujeres. En la medida que este riesgo se debe a factores que vienen derivados por creencias generadas en el sistema patriarcal en torno a los roles de género.

A modo de ejemplo la encuesta sobre *salud y hábitos sexuales: las conductas sexuales desde la perspectiva del sida* realizada por el INE en 2003 se recogen algunas diferencias entre hombres y mujeres que ponen de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH. Señalar que el uso del preservativo en parejas ocasionales es significativamente inferior en mujeres mayores de 30 años que en hombres de la misma edad. Asimismo, el argumento más frecuente para el no uso del preservativo (masculino) en la primera relación con nuevas parejas en mujeres era el uso de

otro método anticonceptivo, mientras que en el hombre era su disponibilidad. Otro dato es que el uso del preservativo, al 57% de las mujeres le permitirá disfrutar más por la seguridad que les infunde, sin embargo, no son las mujeres quienes introducen el preservativo en el momento de tener la relación sexual. Estos datos ponen de manifiesto que las diferencias en el comportamiento de hombres y mujeres están relacionadas con aspectos socio-culturales en torno a la sexualidad y cómo estos mandatos de género conllevan comportamientos, creencias, actitudes y valores que ponen a las mujeres (y hombres) en situaciones de riesgo.

Pero debemos conocer qué factores inciden en ese riesgo a infectarnos de VIH para intentar reducirlos y poder generar políticas eficaces que cambien las estructuras que perpetúan la desigualdad.

Factores de vulnerabilidad

La vulnerabilidad para el VIH está regida por una amplia gama de factores que coexisten sinérgicamente, que toman diversos valores de acuerdo con el contexto y cultura particular en la que la persona se ubica y que permite diversas expresiones que pueden generar o empeorar la vulnerabilidad individual. Algunos de estos factores son siempre entendidos desde el modelo ecológico: factores personales (la no percepción de riesgo, aislamiento de canales de información, conductas derivadas con estereotipos de género); factores relativos a la cobertura de los servicios y programas de prevención asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos; y factores del grupo social (normas y valores sociales que influyen en la percepción de lo que es aceptable y ambientes sociales que definen diferentes normas de conductas, que a su vez afectan al riesgo).

Existen unas causas biológicas que aumentan el riesgo a infectarse que tenemos las mujeres:

— Estudios demuestran que las mujeres tenemos hasta 12 veces más posibilidades de infectarnos por VIH que los hombres debido entre otras a:

- La exposición más prologada en las mucosas.
- Característica receptividad mucosa vaginal (número de linfocitos).
- En las mucosas (vaginales o anales) se producen laceraciones que facilitan la entrada de los virus.
- Mayor concentración de virus en el semen.
- Tener otras ITS facilita en más de un 40% el riesgo (sobre todo las asintomáticas que erosionan las mucosas).
- Situaciones que inflamen la zona pélvica (aunque faltan estudios se indican que la utilización del DIU, y algún anticonceptivo).
- Otras situaciones en las que se produzcan erosiones (utilización de espermicidas, sexo seco, etc.).

Pero existen unas causas psicológicas, económicas, culturales y sociales que son las que realmente aumentan los factores de vulnerabilidad de infectarnos:

- estar sujeta a los roles de género tradicionales, donde las mujeres estamos subordinadas;
- el impacto de la violencia de género y el lugar de desigualdad que nos coloca en el mundo;
- las que tienen que ver con la percepción de riesgo:
 - cadena silenciosa (vinculada a que solo se ha tenido una pareja pero no se ponen medidas de protección);
 - monogamia seriada (tener relaciones de forma seriada sin que ello suponga la percepción de que la pareja pueda ser seropositiva o no y no tomar medidas);
 - los mensajes que recibimos las mujeres que la parejas estables nos protegen;

- las que tienen que ver con la utilización de las medidas de prevención:

- la violencia de género contra las mujeres;
- no acceso a la información;
- no acceso a los medios de protección, ya sea por no medios económicos y por tanto no poder comprar condones, ya sea por no poder acceder a ellos;

- las que tienen que ver con cuestiones socio-culturales:

- pautas culturales que alientan a los hombres a tener mujeres jóvenes como parejas;
- la dependencia económica de las mujeres condicionan su poder dentro de las relaciones por lo tanto es un factor determinante en las relaciones sexuales;
- las relaciones sexuales no consentidas productos de normas donde se establecen argumentos de coacción y coerción;
- expectativas de sumisión de la mujeres en las relaciones sexuales;
- la prostitución forzada y la esclavitud sexual;
- el precio de los condones (masculinos y femeninos) y lubricantes;

- las que tienen que ver específicamente con violencia de género: las mujeres que se encuentran en una relación abusiva con un hombre aumentan por 100 el riesgo de infectarse por VIH debido, entre otras, a

- miedo a las consecuencias (físicas y emocionales) si no mantienen relaciones sexuales cuando y como su compañero “lo quiere” (exige);
- el temor y la amenaza de violencia futura, rechazo, abandono y/o pérdida de apoyo económico si intenta negociar sexo más seguro o si se niegan a practicarlo;
- la coerción y la manipulación emocional a las que se ven sometidas;

- relaciones sexuales violentas o agresivas, violación, por parte de la pareja abusiva;
- son obligadas a tener relaciones sexuales con otras personas o a participar en actos sexuales denigrantes;
- son inducidas a la prostitución por una pareja abusiva.

- Otro hecho invisibilizado, producto de la violencia institucional, es el impacto del diagnóstico del VIH que conlleva, en muchos casos, un aumento del grado del ciclo de violencia.

En la asociación Creación Positiva donde participo junto con la asociación Ser Positivas hemos llevado a cabo, subvencionado por el Plan Nacional sobre el SIDA, dos estudios encaminados a detectar las necesidades específicas de las mujeres seropositivas de todo el Estado en diversos aspectos con el fin de conocer aquellos factores que ponen en situación de vulnerabilidad a las mujeres frente al VIH y la calidad de vida de las mujeres infectadas por VIH.

De la explotación de los datos del primer estudio, hemos observado que la violencia de género es un factor importante en la vulnerabilidad de las mujeres. El 57,9 de la muestra (N= 268 mujeres), manifestaron haber padecido algún tipo de violencia. De este grupo, el 58% fue violencia física, 71,7% violencia emocional y un 24,8% agresión sexual. Haciendo una extrapolación a la población general podríamos decir que con una probabilidad del 95%:

- que entre un 39% a un 27% de las mujeres seropositivas han sufrido maltrato físico,
- que entre un 18% y un 10% de las mujeres VIH+ han sufrido agresiones sexuales,
- que entre un 43 a un 41% de las mujeres infectadas por VIH han padecido maltrato emocional

La violencia estructural se vincula a dos aspectos claves de las mujeres y de los hombres que viven con el VIH: el estigma y la discriminación. En cuanto a las mujeres, la situación socioeconómica en la que se encuentran (un 50% de nuestra muestra viven con ingresos menores a 600€ mensuales y con menores y/o adultas a su cargo), la dificultades de inserción laboral y una disminución del tejido social conlleva una situación que pone en situación de vulnerabilidad frente a la exclusión social que a su vez, conlleva mayor discriminación y estigma.

Los factores de vulnerabilidad en las mujeres, básicamente se resumen en la vulneración de los derechos humanos y en concreto de los derechos sexuales y reproductivos.

El género aparece como un filtro que tiñe nuestras percepciones del mundo, por tanto de quién somos, cómo nos relacionamos y cómo actuamos. Así el género condiciona nuestra manera de entender las relaciones personales y las relaciones sexuales.

El género construye los mandatos de masculinidad y feminidad, y determina que valor simbólico y real se le da a cada característica, a cada rol, a cada relación.

A través de las creencias se generan mitos sobre que papeles tenemos las mujeres y los hombres en nuestra sociedad (roles de género) y el no cumplimiento “se paga” con la violencia de género o con la feminización de la epidemias, entre ellas la del VIH.

Estrategias comunitarias para reducir la vulnerabilidad

Seguir dando visibilidad a determinados aspectos que han sido históricamente poco visibles en nuestros entornos laborales y quiero llamar la atención sobre el papel importante que tenemos las trabajadoras sociales en esta epidemia

Como sabemos ninguna ciencia está exenta de prejuicios y de sesgos. Uno de esos sesgos ha sido el no tener en cuenta el impacto que

supone el género en las epidemias y sobre todo en las epidemias de enfermedades de transmisión sexual. Es importante detectar estos sesgos y prejuicios ya que ellos nos imposibilitan la puesta en marcha de respuestas eficaces antes situaciones sociales en las que intervenimos directa o indirectamente. La estrategia de la que debemos partir se basa en la premisa “piensa en global, actúa en lo local”. Las estrategias específicas pueden ser un ejercicio que hagamos entre todas. Algunas posibles sería:

- El abordaje de las realidades vividas por las mujeres (y los hombres) que permitan llevar a cabo aquellos procesos transformadores en las relaciones de género.
- La perspectiva de género en salud que conlleva tener en cuenta cómo las relaciones de desigualdades entre hombres y mujeres en torno a la distribución del poder determinan la inequidad en el ámbito de la salud (acceso a recursos, adecuación de los recursos a las necesidades específicas de las personas,...) y como esto socava el derecho a la salud de las mujeres y reforzando la vulnerabilidad frente al VIH. En otras palabras *“el problema central de la infección por VIH en las mujeres no puede solucionarse con posters, campañas de información o sistemas de distribución de condones. El punto central no es tecnológico ni biológico: es el rol o estatus inferior de las mujeres. Al punto que cuando los derechos humanos y la dignidad de las mujeres no son respetados, la sociedad crea y favorece su vulnerabilidad al VIH”* (Mann, J. 1995)
- Desarticular la construcción de elementos estigmatizadores a través de un compromiso con nuestra labor.
- Deconstruir el género, generando relaciones igualitarias y estableciendo discursos y acciones que favorezca la equidad.
- Fomentar el trabajo multidisciplinar y multidimensional que nos permita tener

una visión holística de las realidades sociales.

- Darnos cuenta que lo que nos hace vulnerables a infectarnos de VIH se mantiene después del diagnóstico sino ha habido cambios en dichos factores.
- Establecer espacios de resistencia donde las mujeres puedan elaborar por si solas (y con nuestra ayuda) elementos de protección a través de una capacitación.
- Hacer un trabajo personal sobre el impacto que tiene en nuestras vidas el VIH, el estigma y sobre nuestras responsabilidades respecto a la vulneración de los derechos humanos. Ese trabajo personal incluye repensar nuestras relaciones sexuales, afectivas y sobre todo de poder.

“La resistencia es un proceso creativo, resistir consiste en crear, recrear, cambiar el estado de las cosas, participar activamente en el proceso”.
Foucault, M 1999

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EXTRANJERAS Y SU ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD

M^a Mercè Canet i Ponsa

Licenciada en Sociología y Diplomada en Trabajo Social

INTRODUCCIÓN

Al reflexionar de forma simple sobre la accesibilidad de las personas extranjeras al sistema de salud español se observa que, precisamente en España, la accesibilidad no es ningún problema ya que casi no hacen falta requisitos previos para obtener una tarjeta sanitaria, con esta tarjeta, se puede acceder libremente al Sistema de Salud y realizar, desde una simple consulta médica hasta una intervención quirúrgica de gran complejidad.

Muchas veces nos olvidamos de que la accesibilidad no solamente pasa por tener un documento en regla que nos autorice el acceso, la accesibilidad tiene dimensiones culturales más complejas, que vienen determinadas por una comprensión cultural consensuada entre las partes, el acceso viene determinado por conocer las prestaciones a las que se puede acceder, el lugar o territorio de cobertura y la voluntad de hacerlo. Por lo tanto, se puede afirmar que la accesibilidad viene determinada por tres factores: *El factor jurídico, el demográfico y el factor cultural.*

El factor jurídico

El factor Jurídico es el que determina, la situación administrativa en la que se encuentran reconocidos los derechos de ciudadanía de la persona y el cumplimiento de la normativa jurídica que determina el acceso al derecho a ser asistido en el sistema de salud, siempre desde la perspectiva de la definición de nacionalidad como el vínculo jurídico con el Estado.

La normativa española para la accesibilidad al sistema de salud de las personas extranjeras se rige por:

La Ley General de Sanidad 14/86, el apartado de Ciudadanía y Residencia regularizada nos dice:

“Tienen derecho a la asistencia sanitaria todos los españoles y extranjeros residentes en España. Aquellos que no tengan residencia se registrarán según las leyes y convenios internacionales.” (Título preliminar, Art. 1; BOE, 26-4-1986).

Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social

Art.12: Acceso inmediato por:

- Empadronamiento
- Menores de 18 años con independencia de su situación administrativo legal.

- Mujeres en período de gestación (embarazo, parto y posparto)
- Toda persona extranjera, en España, tiene derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea la causa, y a la continuidad de esta atención hasta la resolución de la alta médica.

El marco legislativo de la ley de extranjería 8/2000

- No modifico los derechos formales en materia sanitaria respecto de la ley de extranjería. 4/2000.

Nuevos requisitos:

- Cobertura sanitaria a los inmigrantes no comunitarios mientras estén pendientes de obtener el contrato laboral que regularice la asistencia sanitaria.
- Certificado médico como requisito de entrada.

Por lo tanto, visto desde este aspecto, la accesibilidad no se puede considerar restrictiva, ni mucho menos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En España, la cobertura sanitaria es totalmente gratuita, sin restricciones en caso de seguimiento de embarazo, parto, postparto y seguimiento pediátrico.

Los requisitos son mínimos en cuanto a la accesibilidad a los centros especializados en salud sexual y reproductiva, se puede afirmar que desde la regulación jurídica se tiene en cuenta la atención en la salud sexual y reproductiva centrada en la persona.

Factores demográficos de impacto sanitario

La mayoría de las personas extranjeras que han emigrado a nuestro país son personas jó-

venes en edad productiva y sanas, su prioridad es el trabajo, solo acuden al médico cuando están enfermas o necesitan informes para documentar su residencia. Por lo tanto el impacto más importante a nivel de salud de las personas extranjeras recae sobre la salud sexual y reproductiva y la asistencia pediátrica.

En enero del 2008 teníamos:

- 1.- En España una población total de 45.200.737 habitantes de los cuales el 9,1% (4.519.554) eran extranjeros.
- 2.- En Cataluña la población total era 7.390.083 habitantes de los cuales 15,4% (1.138.427) era población extranjera.¹

Este crecimiento supone un mayor reparto de los recursos entre nacionales y extranjeros, aunque este reparto no suponga de forma intrínseca una limitación a la accesibilidad, sí que por otra parte, de forma implícita, limita el acceso por la dilatación en tiempo para obtener el recurso. Esto no quiere decir que no se pueda acceder sino que se tardará en acceder. Si a la vez añadimos el que en algunos casos no existan los efectivos suficientes para facilitar estos recursos (hospitales y consultas sobreesaturadas), la calidad de los servicios se ve afectada en detrimento de las personas usuarias con derecho a la utilización de dichos recursos.

Esta situación origina un nivel de competencia entre los nacionales y los extranjeros pudiéndose originar conductas de sobre exigencia de atención o incluso conductas racistas.

Factores culturales

Al intentar exponer las limitaciones de la accesibilidad por problemas culturales me he

¹ Fuente en ambos casos: Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de enero del 2008.

permitido hacer una breve introducción a los aspectos genéricos de los conceptos de cultura y sus condicionantes para poder explicar el porqué la cultura, a veces, resulta decisiva en el acceso de las personas extranjeras al Sistema de Salud.

Se puede determinar que **la cultura** es un hecho compartido por un grupo que pasa de una generación a otra; la cultura es un proceso oscilante formado por la lengua, las creencias religiosas, los valores, normas, conocimientos, costumbres y hábitos adquiridos por los individuos que influye en sus patrones de pensamiento y comportamiento.

¿Por qué hay conflictos en las interacciones culturales?

Los conflictos pueden surgir ante las dificultades de comprensión lingüística, no todos los conceptos son traducibles o tienen el mismo significado para diferentes culturas.

También pueden surgir conflictos por etnocentrismo, entendiendo el etnocentrismo como la actitud en que la persona tiende a pensar que su cultura es la mejor y la más válida. Esta actitud es común en todas las personas de todas las culturas.

Si al final relacionamos la cultura con nuestro sistema de salud observamos que en sanidad tenemos tres tipos de culturas:

- La cultura del usuario/a.
- La del profesional.
- La cultura propia del sistema sanitario.

Esto supone una serie de dificultades añadidas a las de por sí naturales dentro de la relación entre personas de culturas distintas.

La población extranjera y sus particularidades

Si se realiza un análisis demográfico de la población extranjera que ha emigrado a nuestro país se observa que esta población

no es un colectivo homogéneo, tiene procedencia diversa con un aspecto común: la emigración.

A título de ejemplo expongo estas dos tablas que hacen referencia a la población extranjera en Barcelona.

Taula 9. Dones nascudes a l'estranger: lloc de procedència. Catalunya, 2006

Lloc de procedència	Nombre	%
Unió Europea	399	4,6
Resta d'Europa	1.175	13,6
Païses del Magreb	899	10,5
Resta d'Àfrica	289	3,4
Amèrica del Nord	47	0,5
Amèrica Central	574	6,7
Amèrica del Sud	4.870	56,7
Sud-est Asiàtic	68	0,8
Resta d'Àsia	269	3,1
Oceania	5	0,1
No hi consta	1	0,0
Total	8.596	100,0

Fuente: Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona. Enero 2008.

Colectivos no comunitarios más numerosos en Barcelona ciudad

Ecuador	25.351
Bolivia	16.352
Perú	14.439
Marruecos	13.348
Pakistán	13.093
Colombia	12.436
China	6.985
Argentina	6.556
Brasil	6.188

Fuente: Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona. Enero 2008.

Los colectivos extranjeros tienen un idioma distinto al nuestro o un español con particularidades diferenciadas (comunidad latinoamericana), estilos de vida, aspectos religiosos, culturales y de comprensión de la salud, la alimentación y los cuidados en la mayoría de casos muy diferentes y diversos.

Otro aspecto cultural a tener en cuenta es el matiz en que nos expresamos cuando hablamos de extranjeros respecto a cuando habla-

mos de inmigrantes, ya que la palabra inmigrante se asocia a persona extranjera pobre, que viene a competir con los locales dentro del mercado de trabajo y el acceso a los servicios. La diferencia cultural pone en guardia nuestros miedos al no poder comunicarnos y esto incita a ver al otro como una fuente de peligro, por lo tanto, es en este punto donde la diferencia cultural se pone en énfasis para subrayar la desigualdad, esta desigualdad es

uno de los aspectos invisibles que limita la accesibilidad.

La desigualdad también se refleja en los diferentes estilos de vida: un marco laboral precario, el paro, la vivienda, los niveles de instrucción, el rol de género (que tiene asumido en su cultura respecto al de la cultura receptora), patrones familiares etc. Todos estos factores influyen en el grado de vulnerabilidad de la persona y por lo tanto afectan a su salud sexual y reproductiva.

Las dificultades de las personas extranjeras para la accesibilidad al sistema sanitario

Cada cultura tiene a su vez diferentes prismas que dificultan en algunas ocasiones la accesibilidad al Sistema de salud. Las situaciones culturales relacionadas con el parentesco, las relaciones de género y religiosas que en muchos casos ejercen una importante influencia en relación con la percepción de la salud y sus cuidados.

Como viven su sexualidad, como tienen incorporada la cultura del riesgo (riesgo como positivo y emocionante), los conceptos de riesgo desde la perspectiva masculina y femenina. Hay que tener en cuenta que nuestra cultura individualiza los comportamientos y las responsabilidades en cambio en otras culturas la responsabilidad es colectiva.

La accesibilidad puede quedar autolimitada ante las prácticas culturales o religiosas que atentan contra la integridad de la persona como por ejemplo, la mutilación genital femenina, práctica que se realiza en Nigeria, Etiopía, Egipto, Sudan, Kenya, Somalia, Eritrea y Mali (en estos dos últimos países se realiza en niñas menores de un año), y que los ciudadanos de estos países pueden realizar en territorio español de forma ilegal ya que está penalizada.

También la accesibilidad viene determinada por la relación de la persona extranjera con

respecto a nuestro Sistema de Salud Occidental, pueden no utilizar el Sistema, por desconocer sus prestaciones, por tener dificultades para acceder a recursos preventivos que puedan no ser del todo gratuitos, porque utilicen otras medicinas que no son la medicina convencional occidental, o simplemente por desconfianza y soledad.

Las limitaciones de sistema de salud para la accesibilidad de las personas extranjeras

El propio Sistema de Salud también se encuentra en situaciones culturales que limitan o dificultan la accesibilidad.

Los problemas con los registros, poca documentación, nombres de personas muy parecidos, inexistencias de apellidos etc., dificultad de traducir nombres y apellidos registrados en alfabetos diferentes al occidental, registros mal documentados.

Las dificultades de comprensión de los profesionales para interpretar la demanda, estereotipos, falta de tiempo para entrevistas y exploraciones más largas, juicios de valores etc. Esta exposición general se ha realizado para poder demostrar que, por sencilla que parezca la accesibilidad de las mujeres extranjeras al sistema sanitario y sobre todo, a lo que se supone su salud sexual y reproductiva tal y como está regulado por ley, las dificultades siguen como mallas transparentes impidiendo obtener muchas veces los objetivos deseados.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS:

Dificultades de accesibilidad a la contracepción adecuada

En estos casos las barreras vienen totalmente determinadas por las dificultades cultura-

les de vivencia de la propia sexualidad de la persona extranjera en el país receptor, y de la comprensión cultural de los profesionales. En la contracepción oral los resultados son que existe mucha dificultad de cumplimiento, aunque se observa una mejora en el cumplimiento con la contracepción parenteral. Los dispositivos intrauterinos suelen ser desestimados por la usuaria por problemas de sangrado y los implantes subdérmicos aun tienen escasa difusión en nuestro entorno. Cuando se ofrecen los preservativos existen reticencias alegando el rechazo de su pareja. El alto índice de fracaso en la contracepción es lo que produce tasas elevadas de interrupción del embarazo.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La mayoría de las veces cuando ocurre esta situación, es cuando suele haber el primer

contacto con el sistema sanitario. Las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo suelen venir con situación de conflicto aguda, manifestando contradicciones religiosas, culturales y familiares importantes, con sentimientos de vergüenza, de culpa y soledad.

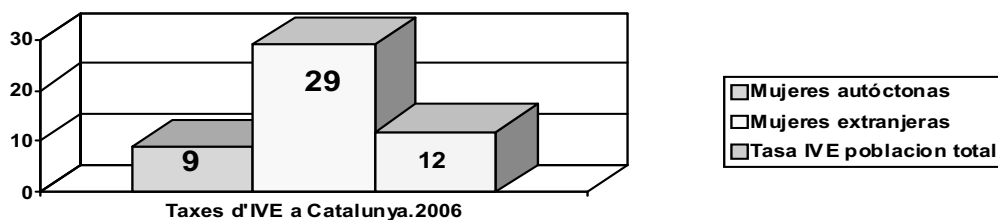
La solicitud de un IVE viene expresada por la realidad social y económica en que se encuentran estas mujeres y por su propio proceso migratorio. A título de ejemplo podemos ver que en el periodo 2005-06 en Cataluña en la tabla la tasa de IVEs se ha incrementado tanto para mujeres autóctonas como para mujeres extranjeras, pero la tasa de IVE en mujeres extranjeras sigue siendo aproximadamente un 20% más que para mujeres españolas esta situación tendría que hacer reflexionar sobre la urgente necesidad de desarrollar políticas sociales y sanitarias con las comunidades extranjeras para la prevención de los IVEs.

PORCENTAJE DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES RESIDENTES EN CATALUÑA, SEGÚN SU PROCEDENCIA. 2005-2006

Abortos en mujeres extranjeras	6.523	8.596
Mujeres extranjeras en edad fértil	257.819	296.781
Tasa de IVE en mujeres extranjeras	25,30	28,96
Abortos en mujeres autóctonas	11.911	13.380
Mujeres autóctonas en edad fértil	1.517.461	1.506.127
Tasa de IVE en mujeres autóctonas	7,85	8,88
Abortos totales	18.434	21.976
Mujeres totales en edad fértil	1.775.280	1.802.908
Tasa total de IVE	10,38	12,19

Fuente: DGPA, datos IVE en Cataluña del Departamento de Salud (DORS). Datos del padrón continuo INDESCAT Tasas de interrupciones voluntarias del embarazo por mil mujeres.

Tasa comparada de interrupción voluntaria del embarazo por mil mujeres
Según el origen de la mujer. Cataluña. 2006



9 abortos cada mil mujeres españolas y 29 para cada mil mujeres extranjeras.

Fuente información: Plan Director de Inmigración en el ámbito de la salud. *Tasas de Interrupciones voluntarias del embarazo por mil mujeres. Datos de IVE en Cataluña del Departamento de Salud (DGRS). Datos del padrón continuo - Idescat.

El embarazo parto y puerperio en las mujeres extranjeras

En cada cultura las mujeres y sus comunidades tienen formas particulares de vivir los embarazos, pudiéndose producir durante este tiempo particularidades tales como: Hábitos alimentarios inadecuados, creencias, prácticas y rituales tradicionales. (La influencia del Rabadán en las mujeres musulmanas).

A nivel psíquico se puede correr el riesgo de recidiva del duelo migratorio, por influencia de la soledad y la lejanía de otras mujeres de su misma cultura.

Es necesario tener especialmente en cuenta a las mujeres embarazadas a las que se les ha practicado la mutilación genital femenina ya que el parto debe ser considerado de alto riesgo.

Para contextualizar lo expuesto valgan algunos ejemplos descritos a nivel general de cómo se vive el embarazo y el parto en algunas culturas alejadas a la nuestra cuyas mujeres están viviendo entre nosotros/as.

El embarazo entre adolescentes, tan presente entre la población subsahariana, caribeña, magrebí y rumana, es necesario abordarlo desde una perspectiva interdisciplinar con el equipo de pediatría del centro de salud, la escuela, los servicios sociales, los equipos de psicología y el hospital.

La gestación y el puerperio en:

Población femenina de Filipinas

Están solas o con amigas, de forma esporádica se realiza con la unidad familiar.

Conocen los recursos sanitarios, raramente los recursos sociales.

Suelen acudir con la pareja actual o amigas.

No se producen problemas con el idioma ya que prácticamente siempre vienen acompañadas.

Sus parejas suelen ser de origen filipino.

No son frecuentes los embarazos en la adolescencia.

Dificultades para utilizar anticonceptivos.

Acuden a los controles durante la gestación y las visitas post-parto.

No realizan Educación maternal ya que la mayoría de veces trasladan a sus hijos recién nacidos al país de origen para que sus familiares se ocupen de él. Las mujeres filipinas que se quedan con el hijo en nuestro país realizan la lactancia materna hasta que se incorporan a su trabajo. Tienen un vínculo familiar intenso en caso de tener la familia aquí al igual que con su país.

Existen asociaciones de mujeres filipinas que realizan funciones de ayuda mutua entre ellas.

Población femenina de China

La influencia de la medicina china en el embarazo y el puerperio es muy importante. Es necesario tener en cuenta que la medicina tradicional China es una tradición terapéutica establecida que trata a la paciente desde un punto de vista holístico. La medicina china se basa en la observación de los fenómenos naturales y sostiene la teoría de que el hombre tiene una relación estrecha con los cambios del ambiente que lo rodea. Estos fenómenos tienen una gran influencia en las funciones fisiológicas y en los estados patológicos del cuerpo humano. *Qi* (energía o aliento vital) es el flujo de energía presente en todos los seres vivos y circula por canal llamados meridianos formando una red.

Esta teoría es influencia del Taoísmo, en donde el *YING* y *YANG* son dos factores opuestos y a la vez interdependientes que interactúan para crear buena salud.

Se trabaja con el dialogo, la observación (sobre todo de la lengua), palpación corporal y palpación de los polos radiales.

Su marco conceptual sobre la alimentación y la salud viene determinada por:

EL YIN: energía negativa, femenina, estado de frío.

Estados fisiológicos: gestación, postparto, lactancia, cansancio.

Al *YIN* van asociados alimentos fríos tales como: pepino, verduras de hoja verde, castañas de agua, brotes de soja, soja, naranja, sandía plátano, coco, almejas, ostras cerveza, refrescos, helados, hielo, leche.

EL YANG: energía positiva, masculina, estado de calor.

Estados fisiológicos: restricción, dolor de estomago, otitis, faringitis.

Al *YANG* van asociados alimentos calientes: chilis, ajo, curry, col, jengibre, cebolla, berenjena, piña, mango, cerezas, frutos secos, carne de vaca, ave, gambas, cangrejos, pata-

tas fritas, pizza, bambú, hígado de cerdo, huevos, judías secas, vinagre, vino, limón.

Sus métodos terapéuticos son: el masaje, la acupuntura, moxibucción, hierbas naturales y dieta.

Las mujeres chinas utilizan mucho su medicina tradicional, solo recurren a nuestro sistema de salud cuando no encuentran solución a su problema en la medicina tradicional.

Existe una barrera idiomática y cultural muy importante a la hora de la comunicación, muestran gran timidez y una escasa utilización de la anticoncepción, desean tener varios hijos, pero tienen una gran necesidad de conocer el sexo del feto. Su pareja, si la tienen suele ser de China, realizan cambios frecuentes de domicilio y de trabajo esto produce un escaso cumplimiento de los controles del embarazo y del puerperio, suelen estar solas en el parto y suelen llevar a su hijo/a a China, ya que ellas tienen que trabajar y no quieren que su hijo pierda la identidad de su país.

Durante el puerperio, la mayoría de las mujeres realizan un mes de reposo post parto que consiste en limitar el contacto con el agua (no realizar demasiados trabajos domésticos, no lavarse con frecuencia etc.), no salir mucho de casa y comer comidas calientes generalmente preparadas por las amigas o alguien de la familia. Todo esto se realiza con la finalidad de restablecer "el calor humoral perdido durante el parto (desequilibrio del Yang). Esto no significa que no puedan ir a trabajar. Cuando están ingresadas en el hospital generalmente la familia les trae comida de casa sobretodo en las principales comidas.

Aspectos culturales a tener en cuenta.

En la cultura china normalmente existe la falta de una mirada directa cuando se habla como norma cultural, también es considera-

do de mala educación decir **NO** en ciertas situaciones, por esto dicen **SI** cuando en realidad no es su intención. En algunos casos una actitud firme de un profesional podría ser interpretada como agresividad u hostilidad. Por esto es importante tener en cuenta estos aspectos a la hora de la entrevista con mujeres de esta cultura. La lengua más extendida es el Mandarín aunque nos podemos encontrar con mujeres que hablen cualquier otra lengua o dialecto y no conozcan la lengua mayoritaria. Su religión suele ser confucionista o taoísta aunque hay una minoría musulmana.

Es importante conocer que el apellido es muy importante ya que es el nombre de la familia y su origen. Por lo tanto el apellido siempre prevalece y va por delante del nombre de la persona.

El nacimiento de un heredero masculino es muy importante para continuar la dinastía familiar y la veneración de los antepasados. Un niño cuando nace se considera que tiene un año, la edad se calcula a partir de la fecha aproximada de la concepción.

La celebración del aniversario es según el calendario chino. El mes posterior al nacimiento se realiza una fiesta.

Suelen utilizar el blanco y el negro en señal de duelo y el rojo como indicativo de felicidad. Sus valores culturales son: la aceptación de lo que la vida les ofrece, el ser trabajador, el respeto para una coexistencia armoniosa con la naturaleza, el bienestar de la familia van por encima del bienestar individual, la educación, el respeto por las personas mayores y el autocontrol.

Población femenina del Pakistán e India

Las mujeres pakistaníes son de religión musulmana con una fuerte barrera idiomática ya que hablan urdú punjabi. La mujeres Indus su región es Sijs y su idioma suele ser el Hindi o Punjabi. El matrimonio suele ser concertado con una importante diferencia de

edad con respecto al marido con prevalencia de consanguinidad familiar diferencia que tiene con las mujeres Indus en que en sus matrimonios no se da la consanguinidad. Suelen venir por reagrupación familiar, habitualmente no tienen el primer hijo en España. Manifiestan una gran añoranza de su familia. La disponibilidad de tiempo por parte del marido determina la concertación de las visitas y controles ya que la mayoría de veces hace de traductor. No se las puede citar en viernes ya que es su día festivo.

Hay que tener en cuenta que muchas de estas mujeres desconocen sus datos personales: edad, menarquía, fecha de la última regla. Suelen tener varios hijos. Suelen presentar Patologías asociadas, hepatitis B/C, hipotiroidismo, déficit de calcio y vitamina D. Cumplen con la visita puerperal y la lactancia materna durante hasta un año o más si no trabaja.

A diferencia de las mujeres pakistaníes, las mujeres Indus suelen ser vegetarianas (los hombres no) y tienen problemas con la adaptación alimentaria.

Población femenina del Magreb

El matrimonio suele ser concertado durante la adolescencia, en ocasiones existe la consanguinidad. Disponen de más red del entorno y también de más de asociaciones de ayuda. Aprenden rápido el idioma, en ocasiones desconocen datos de su filiación.

Suele haber muchas gestantes adolescentes. Buen cumplimiento del control gestacional. Participación escasa del marido en el proceso de gestación y del parto, realizan bien los controles post-parto y la lactancia materna.

Población femenina de África subsahariana

Las mujeres subsaharianas emigran en solitario al ser reclamadas por sus parejas. A la hora de la comunicación existe una barrera idiomática importante ya que suelen hablar los idiomas de su zona. Tienen un control del

tiempo distinto al nuestro, es difícil que se ajusten a horarios.

Los embarazos se producen durante la adolescencia, dan un gran valor a la maternidad, realizan el control gestacional correcto, realizan la visita post-parto, lactancia materna correctamente pero hacen uso escaso de la anticoncepción.

Las mujeres subsaharianas tienen mucha promiscuidad debido a que culturalmente la mujer más valorada es la que puede tener muchos hijos con hombres distintos, por lo tanto, la más fértil y la que más dote va recibir su familia en el momento del matrimonio. El matrimonio va totalmente desligado a la procreación ya que el matrimonio solo supone un seguro de protección para una mujer sola y sus hijos. Este aspecto cultural expone a las mujeres subsaharianas a los riesgos añadidos de MTS Y HIV/SIDA.

El valor de la fertilidad viene determinado por el alto índice de mortalidad infantil en África. En muchos de los países subsaharianos a los niños no se les considera nacidos hasta que no han cumplido los dos años, tiempo suficiente como para saber si son resistentes a las enfermedades del entorno.

Es necesario tener en cuenta que algunas de ellas pueden haber sufrido mutilación genital.

A nivel general cabe destacar las frecuentes anemias por Malaria. Su alimentación suele ser rica en sal y grasas.

Las mujeres de los países subsaharianos que son musulmanas, no cumplen estos patrones de comportamiento ya que ellas cumplen con cánones más parecidos a los de las mujeres pakistaníes.

Población femenina del Caribe

La mayoría de veces, estas mujeres realizan la emigración en solitario. Viven con amigas o en grupo familiar formado mayoritariamente por mujeres (hijos y hermanas), la figura paterna es secundaria.

Inician las relaciones sexuales en la adolescencia con tolerancia familiar. Uso escaso de métodos anticonceptivos, control de la gestación irregular, acuden solas a las visitas.

Viajan al país de origen con frecuencia donde suelen tener otros hijos al cuidado de familiares. Control del tiempo determinado por los largos horarios laborales (trabajan en el servicio doméstico o la hostelería) y también por un manejo del tiempo distinto al nuestro. Conocen bien el sistema sanitario. Gran soporte familiar en el momento del parto. Control post- parto.

Población femenina de América del sur

Algunas de estas mujeres tienen un nivel cultural alto, han tenido que marchar de su país por la situación económica. Son demandantes de forma intensa de servicios sanitarios cuando en sus países de origen prioritariamente la red sanitaria es privada.

Escaso uso de métodos anticonceptivos en su país, en cambio sí los usan en España. En algunos casos, incidencia de MTS, realizan un buen control gestacional, realizan demandas de educación maternal, bastantes de ellas solicitan el parto natural, realizan bien el control puerperal y la lactancia materna. Con frecuencia realizan alimentación vegetariana y medicina naturista.

Población femenina de Rumania

Existen dos comunidades de mujeres en Rumania, las mujeres rumanas payas que siguen pautas parecidas al resto de las mujeres de los países del este y las mujeres rumanas gitanas.

Las mujeres gitanas rumanas se casan en matrimonio concertado, tienen un sentido grupal y familiar importante. Existe una barrera idiomática importante a la hora de comunicarse con ellas. Tienen embarazos adolescentes, conductas de riesgo y escasa utilización de métodos anticonceptivos aun-

que suelen solicitar en la demanda de anti-concepción el DIU.

Las visitas a los centros sanitarios suelen ser espontáneas, tienen muchas dificultades de ajustarse a horarios por lo tanto estas dificultades de la gestión del tiempo como aspecto cultural, dificulta el acceso a la red sanitaria normalizada, esto produce su frecuente utilización del servicio de urgencias. Escaso o nulo control gestacional, de las pruebas complementarias, solamente les interesan las ecografías. Tampoco realizan control post-parto, pero sí realizan correctamente la lactancia materna.

Población femenina de otros países del Este

Proceden de Rusia, Ucrania, Bulgaria y Rumania. Existe una barrera idiomática importante para la comunicación. Escasa utilización de métodos anticonceptivos con riesgo de MTS. Emigran con la familia o en solitario, forman pareja aquí con hombres de otras procedencias o con españoles que acuden a estos países en busca de pareja.

Como podemos comprobar en estos ejemplos los elementos culturales son de gran trascendencia en el momento del embarazo y del parto de todas estas mujeres.

El desconocimiento y la desconfianza cultural hacia un sistema sanitario distinto agravados por la dificultad de comprensión lingüística y limitadas por costumbres culturales diferentes, son factores muchas veces invisibles que limitan la accesibilidad o fomentan el mal uso del propio sistema.

Patologías más frecuentes en la población inmigrante extranjera

Desnutrición: Por déficits alimentarios.

Anemia: Anemias ferropénicas por déficits nutricionales.

Tuberculosis: Más prevalente en los países de bajas rentas, es necesario recordar que el

embarazo es un episodio de mayor vulnerabilidad.

Algunas patologías pueden ser más frecuentes en mujeres extranjeras en relación a la prevalencia en sus países de origen, a sus hábitos alimentarios, a la precariedad socioeconómica, las conductas sexuales de riesgo de sí mismas o de sus parejas y a sus respuestas de adaptación a entornos hostiles o precarios (trabajo en la prostitución drogadicción etc.).

En algunos casos nos encontramos en comunidades con mayores riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual con propagación del HIV-SIDA conllevan a estas mujeres a situaciones de marginalidad y desestructuración social.

La mayoría de estas mujeres conocen o han tenido información sobre las ITS y también sobre el SIDA, hablan con facilidad del tema, pero influenciadas por sus códigos culturales y religiosos, asumen los comportamientos de riesgo de sus parejas y tienen serias dificultades para sumir la prevención en relación a las emociones y a los comportamientos de riesgo, lo que conlleva a serias dificultades para la prevención y el diagnóstico. A nivel social nos encontramos ante la misma situación delante de los problemas de violencia doméstica.

Violencia contra las mujeres extranjeras

No voy a profundizar en este apartado dado que no es objeto de este artículo, pero a modo de reseña y sin obviar su gran importancia quiero apuntar a la gravedad de la situación en mujeres extranjeras.

La violencia de género se ve agravada ante las situaciones de precariedad aislamiento, cambio de rol, desconocimiento de la lengua, situación administrativa irregular, prostitución y tráfico de personas combinado con patrones culturales marcadamente patriarcales.

Muchas mujeres extranjeras que han llegado a nuestro país sufren algunas de estas situaciones, algunas de ellas proceden de lugares donde la violencia de género puede incluso ser lícita. Una vez están en España esta violencia continua, a veces de forma invisible en la privacidad del hogar y a veces tan visible que incluso llega a parecer en los medios de comunicación.

La violencia de género es un problema de salud con riesgo de muerte para la persona que la sufre y el riesgo más alto de sufrirla se produce en situaciones de más vulnerabilidad.

La renuncia a un hijo

El perfil de una mujer inmigrante que renuncia a su hijo puede ser muy diverso y pueden haber muchas motivaciones: por violación, por haber tenido relaciones con una pareja que no es su marido y no querer dar a conocer esta situación a su familia que se encuentra en el país de origen, por estar sola tener que trabajar y no poder perder el empleo, por tener que trabajar y no poder ocuparse de su hijo y en caso de menores por un embarazo no deseado.

En muchas ocasiones la dificultad de renunciar a un hijo nacido por motivos culturales o religiosos, el miedo a ser expulsados del país por estar en situación irregular y el desconocimiento de nuestro sistema de protección a la infancia producen la entrada a situaciones de irregularidad como el abandono o las redes ilegales de compraventa de niños. La vulnerabilidad de estas personas produce aspectos oscuros en sus vidas que dificultan el acceso transparente a los servicios sanitarios y sociales.

Por definición una renuncia a un hijo es el acto en el cual la madre o los padres biológicos de recién nacido manifiestan su voluntad y hacen constar por escrito el hecho de no poder o no querer hacerse cargo de las obli-

gaciones inherentes a la condición de padre o madre biológicos (patria potestad) y por lo tanto consienten que el menor se integre a una nueva familia. Esto supone que legalmente el menor se encuentra en una situación de desamparo.

La intervención social en estos casos puede llegar por la demanda del equipo asistencial del hospital donde la señora ha tenido a su hijo, por iniciativa de la interesada o a petición de un equipo extrahospitalario. La demanda se puede realizar durante el embarazo en el parto y en postparto.

En la intervención social se realizará la exploración y la valoración de la firmeza de la demanda por parte del/la Trabajador/a Social. Se ofrecerá a la madre y a su pareja (si la hubiere) ayudas profesionales y recursos adecuados al caso, siempre evitando la culpabilización y a ser posible con acompañamiento de un mediador/a intercultural.

Se coordinarán las actuaciones con el equipo asistencial del hospital en que se dé el evento y se realizará una demanda verbal y por escrito a la Dirección General de Atención a la infancia o el organismo competente de cada Comunidad Autónoma canalizando un informe social un informe médico del recién nacido y la hoja de parto. Una vez realizada la solicitud los abogados de la Dirección General de Atención a la Infancia o el organismo competente de cada Comunidad Autónoma informarán a la madre o a los padres biológicos del niño, sobre los aspectos legales de su decisión y la necesidad de soporte psicológico. Una vez formalizada la renuncia tienen un mes de plazo para poder rechazar la petición.

En caso de que la madre o los padres del futuro bebe manifiesten esta renuncia antes del parto es muy importante que se cumpla estrictamente el protocolo de que la mujer embarazada no visualice las ecografías, no dar información del sexo y procurar que siempre sea el mismo equipo asistencial las que atien-

dan a la señora. No enseñar el niño en el momento del parto, apuntar en la historia del niño la decisión de renuncia sin apuntar los datos de la madre a la documentación ya que ella tiene derecho a acogerse al anonimato.

La renuncia de un hijo siempre es un paso muy difícil y mucho más si esta situación se produce en circunstancias de aislamiento, soledad y en un país extranjero.

LA ENTREVISTA CLÍNICA Y SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

Para trabajar los aspectos sociales y de salud con las personas extranjeras las entrevistas clínicas y sociales son una herramienta indispensable.

La entrevista clínica es uno de los elementos más importantes para poder realizar el abordaje de los problemas de salud, en la entrevista hay que tener en cuenta:

La historia sexual actual y anterior.

El nivel de riesgo.

Las dificultades para la prevención.

Sensibilizar y motivar al cambio de actitudes: reducción del riesgo.

La información de les ITS debe ser comprensible y adecuada.

La entrevista social es de gran trascendencia para el apoyo del cumplimiento de las pautas de salud determinadas en la entrevista clínica y a su vez como soporte en la búsqueda de recursos que puedan ayudar a la integración de la persona. La entrevista social puede poner las bases para la accesibilidad a recursos sanitarios y comunitarios que permitan una mejor información y cuidado de la salud de estas personas.

En la entrevista social hay que tener en cuenta:

El cómo ha llegado a nuestro país; sola, acompañada, por reagrupación familiar, etc. Su situación familiar, económica. Laboral, red social. Valorar la situación social para poder acompañar al proceso de salud.

Las entrevistas deben ser personalizadas, advertir si es necesario de la posible incomodidad que puedan causar determinadas preguntas. Se tiene que preservar la confidencialidad procurando invitar a la mujer a sentirse cómoda para poder contestar determinadas preguntas con libertad, sin miedo, ni culpa ni vergüenza. Entre las pautas a ofrecer en la prevención y la reducción de riesgos de embarazo hay que considerar el proponer el uso del preservativo masculino o femenino.

Aspectos a tener en cuenta en las entrevistas:

La orientación en el tiempo: varía de una cultura a otra y de una persona a otra.

El control medio ambiental: como las comunidades planifican y dirigen las actividades con la finalidad de controlar los factores ambientales tales como creencias sobre La salud y prácticas influidas por el medio ambiente.

Variación biológica: los atributos físicos que varían entre grupos.

Aspectos psicosociales: relacionados con su cultura y los problemas surgidos como resultado de su inmigración.

El tratar con personas extranjeras supone tener capacidad de ponerse en el lugar del otro y ser proactivo, es decir trabajar acciones para la prevención.

El profesional tiene que cambiar las construcciones estereotipadas, tiene que estar abierto ya que es necesario aprender desaprender y re-aprender para poder construir vínculos. Es muy importante que los profesionales puedan entender como perciben el riesgo las diferentes comunidades extranjeras, para poder trabajar algunos cambios en su comportamiento, como trabajar las emociones que se manifiestan de forma muy distinta entre las diferentes culturas y como trabajar la pérdida de su sensibilidad ante los

problemas de las personas extranjeras a lo largo del tiempo.

A modo de conclusión, la reflexión, el compartir experiencias, mejorar conocimientos y habilidades en un entorno de diversidad cultural siempre nos aporta un poco más de competencia cultural.

NECESIDAD DE REALIZAR UN TRABAJO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA BASADO EN LOS DERECHOS

La multiculturalidad, supone plantear la atención a la salud sexual y reproductiva basada en los derechos de igualdad y equidad de género desde una perspectiva diversa pero considerando la individualidad de la persona.

Estos derechos pasarían por diseñar nuevas estrategias, mejorar la accesibilidad, realizar talleres específicos de salud con materiales adaptados y con la participación de las mujeres, coordinados con agentes de salud o en su caso mediadores interculturales, potenciar talleres de rol de género y coordinar los recursos de la comunidad.

Dar atención a la diversidad, significa considerar a la persona desde las experiencias previas, desde sus expectativas y sus necesidades. Es importante observar, escuchar, preguntar lo que se desconoce de la cultura de la otra persona para favorecer la aproximación mutua, evitar estereotipos y garantizar el respeto, comprender sin juzgar y facilitar la información adecuada adaptada a las necesidades. **Esto supondría una concepción del Sistema de salud a partir del contexto del país de origen y una mayor percepción de las necesidades en relación a situaciones agudas en salud sexual y reproductiva.**

BIBLIOGRAFÍA

Bosc, A., Faure, V i altres. *Etnia i Nació em els mons africans*. Edit: L'Avenç. Barcelona 1995

Burgat, F. *El Islamismo cara a cara*. Edit: Bellaterra. Barcelona 2000.

Collazos, P. Quresi, A. *La Relación entre Médico y Paciente Culturalmente Diferentes*. Barcelona Organon 2005.

Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya. *Orientacions sobre la Diversitat Cultural de la Salut*. Departament de Salut Generalitat 2007.

Christophe Jafprelot, *El Pakistan*. Librairie Arthème Fayard. Paris 2000.

Roque, M. A., y otros. *Valors y diversitat cultural a les societats d' Europa I Magreb*. Edit: PROA, Barcelona 1998.

Instituto Nacional de Estadística: población total española, enero 2008.

Ayuntamiento de Barcelona: Departamento de Estadística, enero 2008.

INDESCAT padrón continuo. Plan director de Inmigración del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Pierre Huard, Ming Wong. *La medicina China*. Edit: Guadarrama, 1968.

Sánchez González, M. A., *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Edit: Masson, 2002.

WWW.gencat.net/salut. [http:// www.gencat.net/benestar/immigracio](http://www.gencat.net/benestar/immigracio).

Recomanacions per l' Atencio primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris.

Legislación

Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre de reforma de ley 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ley General de Sanidad 14/86.

Resol.lucio 832/VI del Parlament de Catalunya sobre l' adopció de mesures contra la pràctica de las mutilacions rituals genitals femenines.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CPID) 1994.

IV Conferencia Mundial sobre la dona Beijing 1995 CPID 1999.

Las Mujeres y la Migración. Informe resumido de la conferencia celebrada en la sede de la IOM (International Organization for Migration).

Hemeroteca

La Ablación dispara la muerte en África. La Razón 2/6/06, pg. 27.

La mutilación genital femenina aumenta las complicaciones en los partos La Razón 21/06/06, pg. 34.

Martínez, M., Gallardo, A. *Un juez autoriza una cesárea forzosa a una mujer africana*. El Periódico de Cataluña 20/10/06, pg. 19.

Alvarez, M.J., Aller, S. *Más de la mitad de los abortos de la región de Madrid corresponden a inmigrantes*. ABC 5/06/06.

Paya Maset, J. *El inmigrante gasta poco en sanidad*. La Vanguardia 28/3/07, pg. 27-28. Barcelona.

Los inmigrantes impulsan el aumento de la natalidad en Cataluña por quinto año. ABC de Cataluña 11/11/04.

Inmigrantes un continente móvil. Dossier N° 2 de La Vanguardia. Enero-Marzo del 2007. Barcelona.

LA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES: AVANCES Y ESTANCAMIENTOS¹

Neus Moreno

Médica especialista en salud laboral
Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Comisiones Obreras

“para nosotras cambiar el horario significa que la empresa nos debe la vida, da igual como sea, como nos lo digan y como nos lo compensen... nos machaca toda nuestra organización en casa” Trabajadora del textil

¹ Revisión y actualización del artículo “Mujer, Trabajos y Salud”, publicado en Viento Sur. 2008.

Con las líneas e ideas que siguen quiero compartir mis reflexiones y experiencias en torno al tema de cómo se construye la relación entre los trabajos y la salud, y en concreto en una de las desigualdades sociales más claras: las desigualdades de género.

No es casual el que haya empezado mi relato dando la palabra a una mujer. Es una trabajadora del textil que expresa uno de los problemas más importantes de nuestra sociedad: cómo se distribuyen los tiempos y qué control tenemos las personas sobre ellos. ¿Afecta igual a hombres y mujeres? Y, ¿qué tiene que ver con el tema de condiciones de trabajo y salud? Y, las mujeres ¿qué pintan en todo esto?

Las primeras reflexiones las dirijo a analizar el título ya que en él se expresan una parte importante de la base de mis reflexiones:

— Mujeres en plural. Porque las mujeres somos diversas. En la construcción de la relación entre trabajos y salud, actualmente conocemos que el determinante más potente es la desigualdad social de clase. Existen otros determinantes también importantes: el género, el país de origen y la edad. Las desigualdades sociales también afectan a las mujeres, y no todas nos situamos de igual manera en la relación condiciones de trabajo y salud. Eso sí, en cada una de las desigualdades sociales las mujeres tienen un plus.

— Trabajos en plural. Porque frente al concepto homogeneizador de que el único trabajo socialmente necesario, el trabajo asalariado, existe otro trabajo tan o más necesario que el anterior: el trabajo doméstico familiar (el trabajo que permite el bienestar físico y emocional de las personas). Y hombres y mujeres participamos diferente, sobre todo cuando nos referimos al trabajo doméstico familiar. En este último las mujeres estamos mucho más presentes.

— Salud en singular. Porque la salud es una y se construye a partir del condicionante fundamental del espacio social que ocupamos cada una de las personas. Las diferencias biológicas existen, pero en todo caso son eso: diferencias biológicas entre hombres y mujeres, nunca pueden expresarse en términos de desigualdad.

Segregación vertical y horizontal, y salud

En general podemos afirmar que existe un reconocimiento social, político y científico de que en nuestra sociedad existe una fuerte segregación horizontal (hombres y mujeres de las mismas categorías realizamos trabajos diferentes, con una fuerte expresión de diferente presencia sectorial) y segregación vertical (participación y presencia diferente de hombres y mujeres en las diferentes categorías profesionales). Este reconocimiento también existe en las políticas de prevención de riesgos laborales. La cultura predominante de la prevención reconoce que hombres y mujeres no realizamos los mismos trabajos y que ello conlleva exposiciones diferentes. De manera que los hombres están más expuestos a los riesgos relacionados con la seguridad (caídas, atrapamiento con maquinarias...) y las mujeres más expuestas a los riesgos relacionados con el diseño del puesto de trabajo y la organización del trabajo. Pero también lo podríamos decir de otra manera: los hombres están más expuestos a los riesgos socialmente más reconocidos, mientras que las mujeres lo están a

los menos reconocidos. La práctica de prevención en las empresas se dirige prácticamente a los riesgos de seguridad, y en general podemos afirmar que la calidad no es buena. Esta situación provoca una prevención deficiente en los trabajos típicamente masculinos, y una importante ausencia de prevención en los trabajos típicamente femeninos.

Esta diferenciación en cuanto al mayor reconocimiento de los riesgos masculinos está muy relacionada con la capacidad del sistema de seguridad social español para detectar los daños relacionados con el trabajo: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Es un sistema con muchos años de evolución y bastante consolidado en la detección y reconocimiento de accidentes (causados fundamentalmente por los riesgos de seguridad), y totalmente deficitario en el reconocimiento de las enfermedades (causadas fundamentalmente por los riesgos químicos, de ergonomía y psicosociales). Y, esta diferencia es importante ya que todo lo que no detecta y no se visualiza no existe. En la tabla 1 se muestran los datos de las patologías laborales declaradas en Catalunya en el 2004 (G. Benavides, Fernando.2006). En ella se observa una sobrepresencia de los hombres en relación con los accidentes (lo socialmente reconocido), una presencia más equilibrada entre sexos en relación con las enfermedades profesionales (lo socialmente poco reconocido) y sobrepresencia de las mujeres en las enfermedades centinelas² (las totalmente invisibles).

² Las enfermedades centinelas son las enfermedades laborales detectadas por las Unidades de Salud Laboral (del sistema público de salud catalán), pero que en la mayoría de casos no son reconocidas como daños relacionados con el trabajo. La mayoría de estas enfermedades son lesiones musculoesqueléticas y alteraciones de la salud mental.

Tabla 1 Patología laboral declarada en Catalunya en 2004

Lesión	Mujeres	Hombres
Accidentes de trabajo mortales en jornada de trabajo	11	138
Accidentes de trabajo no mortales en jornada de trabajo	36.076	121.396
Enfermedades profesionales con baja	2.850	3.730
Enfermedades centinelas declaradas por las USL	923	849

Una primera conclusión de la mirada de género en la relación entre condiciones de trabajo y salud es que a pesar del reconocimiento de que existen exposiciones laborales a riesgos laborales diferentes entre hombres y mujeres, y consecuentemente daños a la salud diferentes, ni el sistema público, ni las prácticas de prevención en las empresas actúan sobre el conjunto de las realidades. Son políticas y prácticas predominantes que parten de una falsa homogeneidad de la población trabajadora, y que en el tema que estamos tratando invisibilizan las condiciones de trabajo y de salud de las mujeres.

Las desigualdades sociales de género también se expresan en el trabajo y afectan a la salud

Es importante hacer un salto más allá de la descripción de la segregación de las mujeres en el mercado de trabajo y su relación con la salud, y ahí nos tenemos que adentrar en el fabuloso mundo de las desigualdades sociales y su expresión en los trabajos.

Normalmente afirmamos sin ningún tipo de matiz que uno de las manifestaciones más claras de los avances sociales de los últimos años es la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo. Pero atención que esta incorporación se ha realizado con bastantes contradicciones. La primera es que la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado se ha producido sin prácticamente ninguna modificación de cómo éste se realiza, es de-

cir, prácticamente no ha cambiado el modelo masculino de trabajo. Y aún se ha modificado menos cómo y quien realiza el trabajo doméstico-familiar, éste prácticamente relegado a las mujeres. La segunda es que persiste el modelo social que divide el espacio de lo público (el trabajo asalariado) y el espacio de lo privado (lo domestico-familiar). Y esta diferenciación explica que hombres y mujeres permanezcamos y salgamos de forma diferente del mercado de trabajo.

A partir de este análisis y partiendo de las condiciones de trabajo de las mujeres podemos identificar la existencia de riesgos para la salud que afectan de una manera más intensa a las mujeres. Me refiero al acoso sexual, a la doble presencia y a las condiciones de desigualdad. Todos ellos riesgos invisibles en las condiciones de trabajo y más en sus repercusiones sobre la salud.

El acoso sexual mina la salud de las mujeres que lo padecen

Recientemente la llamada “ley de igualdad” define el acoso sexual como *“cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”*. Pero más allá de las definiciones legales el acoso sexual en el trabajo es una manifestación de la desigualdad social de hombres y mujeres, expresada a través del poder mas-

culino y de la concepción patriarcal de que el cuerpo de las mujeres no les pertenece a ellas.

Según recogen varias publicaciones (CCOO. 2007) algunos estudios realizados en diversos países europeos han puesto de manifiesto la clara relación existente entre el riesgo de sufrir acoso sexual y la vulnerabilidad percibida de la persona objeto del mismo, siendo las divorciadas o separadas, las jóvenes, las que se incorporan por primera vez al mercado de trabajo, las que tienen contratos laborales precarios o irregulares, las que desempeñan trabajos no tradicionales, las mujeres con discapacidad física, las lesbianas y las pertenecientes a minorías raciales las que mayor riesgo corren de sufrir este tipo de acoso.

No disponemos de estudios fiables que nos demuestren su dimensión. En uno de los últimos estudios cuantitativos difundido por el Instituto de la Mujer (Inmark, 2006) se estima que en el Estado español las situaciones de acoso percibido por la mujeres en alguna ocasión es de 790.000 trabajadoras que sufren acoso leve (presión verbal), 300.000 acoso grave (presión psicológica) y 180.000 acoso muy grave (presión física). El mismo estudio estima la dimensión de lo que denominan acoso técnico (las situaciones de acoso no percibido por las mujeres que los sufren), y las cifras son aún mayores: 1.240.000 mujeres han sufrido acoso leve, 340.000 grave y 185.000 muy grave. En todo caso estamos ante un tema real y presente en el mundo de las relaciones laborales y para las mujeres.

Existen pocos estudios sobre los efectos del acoso sexual sobre las mujeres que los padecen, pero la bibliografía coincide en dos muy claros. Uno de ellos son los efectos sobre la salud y el otro sobre el derecho al trabajo. Las mujeres que viven situaciones de acoso mantenidas ven afectada su salud psicológica; padecen reacciones relacionadas con el

estrés como los traumas emocionales, la ansiedad, la depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de desesperación y de indefensión, de impotencia, de cólera, de aversión, de asco, de violación, de baja autoestima... (Pérez, Jesús. 1999). Y, señalaba que otras de las consecuencias de las situaciones de acoso son las repercusiones sobre el derecho al trabajo. Según el estudio mencionado anteriormente (Inmmark, 2006) el 50% de las mujeres que sufren acoso la única estrategia que encuentran para hacer frente a la situación es evitar al acosador y acaban abandonando el puesto de trabajo. Y, afirma que extrapolando los datos a la situación actual, 40.000 mujeres se verán obligadas a cambiar de puesto de trabajo.

La doble presencia: una realidad cotidiana de las mujeres

Definimos como doble presencia la situación provocada cuando sobre la misma persona recae la necesidad de responder a las demandas del trabajo doméstico-familiar y las demandas del trabajo asalariado. A partir de la definición señalada anteriormente se percibe rápidamente que la doble presencia tiene dos dimensiones claras. La primera de ellas, está relacionada con el volumen de trabajo o las demandas que se deben responder, y que normalmente se traduce en un mayor volumen de tiempo de trabajos. La segunda, se relaciona a cuando las demandas de los dos espacios aparecen de manera sincrónica en el tiempo, y las dificultades para darles respuestas. Esta realidad afecta sobre todo a las mujeres.

Una de las realidades que explican la doble presencia es sin duda el hecho de que las mujeres organizan y realizan una parte importante del trabajo doméstico familiar. Según los datos publicados de la encuesta de Catalunya de 2003 de uso del tiempo (Carrasco, Cristina. 2005), se pone en evidencia que las mujeres a partir del grupo de edad

de 30-34 años aumentan considerablemente el tiempo diario dedicado al trabajo doméstico-familiar (se mantiene entre 5 y 6 horas diarias como media), y se duplica o triplica en relación al trabajo realizado por los hombres. Por el contrario la participación de los hombres en el trabajo doméstico-familiar es baja y prácticamente inalterable a lo largo de la vida (se mantiene aproximadamente en 2 horas diarias de media), en definitiva todo parece indicar que en el caso de los hombres no les afecta para nada la evolución del núcleo familiar.

Se podría pensar que ello es debido al tema de cómo están situadas las mujeres en relación al trabajo asalariado. Pero el mismo estudio citado (Carraco, Cristina. 2005) señala que en los núcleos con dos conyugues siempre es la mujer la que dedica más tiempo al trabajo doméstico-familiar, incluso en aquellas situaciones en las que sólo realiza trabajo asalariado la mujer, o en aquellas en que la mujer tiene unos ingresos superiores a los del hombre.

La doble presencia también tiene que ver en cómo realizamos el trabajo asalariado. Y merece una mención especial la prolongación de jornada y el control sobre los tiempos de trabajo. En relación a la prolongación de jornada los resultados de la primera encuesta de condiciones de trabajo y salud de Catalunya (Dep. de Treball, 2006) manifiesta que el 23,6% de la población trabajadora masculina prolonga su jornada laboral diariamente o más de un día a la semana; en el caso de la población femenina es del 14,3%. En el caso de los hombres la compensación más frecuente es la económica (casi el 63%), mientras que el caso de las mujeres la frecuencia mayoritaria se reparte entre la compensación económica (35,7%), el tiempo de descanso (15,4%) y no recibiendo ningún tipo de compensación (32,5%). Por otro lado un reciente estudio (ISTAS, 2007) manifiesta que uno de los problemas más importantes de la organiza-

ción del trabajo es el tema del control sobre los tiempos de trabajo. El bajo control sobre los tiempos de trabajo afecta a hombres y mujeres, pero las mujeres presentan una exposición mayor (39,6% en las mujeres y 32% en el caso de los hombres). Según el mismo estudio la doble presencia también se expresa según la ocupación de la mujer, es decir se expresa según clase social, y se explica por la posibilidad de la ayuda doméstico-familiar pagada.

La dimensión de doble presencia tiene efectos sobre la salud. Se asocia significativamente con cuatro dimensiones de efecto para las mujeres (salud mental, vitalidad, síntomas cognitivos y conductuales de estrés) y con una para los hombres (síntomas cognitivos de estrés) (ISTAS. 2004)

Las desigualdades sociales en el trabajo y sus efectos sobre la salud

Actualmente no existen muchos estudios sobre el impacto de las desigualdades sociales, y menos aún de la dimensión de género, sobre la salud. Plantear este tema, en relación a lo expuesto hasta ahora, supone un salto más. Es valorar además de lo qué hacemos, cómo lo hacemos.

En un estudio presentado recientemente (ISTAS, 2007) de las 21 dimensiones de la organización del trabajo que afectan a la salud, las mujeres están más expuestas a 11 de ellas: bajo control sobre los tiempos de trabajo, bajas posibilidades de desarrollo, bajo sentido del trabajo, baja integración en la empresa, baja claridad de rol, baja previsibilidad en el trabajo, bajo apoyo social, bajo refuerzo, bajo sentimiento de grupo y baja calidad de liderazgo. Y, las diferencias son mucho más importantes en el caso de la doble presencia, en la que observamos que el 26,3% de las mujeres están expuestas a la exposición más desfavorable para la salud, frente al 5% de los hombres.

¿Por dónde podemos avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo y salud de las mujeres?

Está claro que una parte evidente de las actuaciones deben ser las estrategias para mejorar la calidad del empleo para hombres y mujeres, pero si queremos incidir de forma directa en los trabajos y salud de las mujeres uno de los temas centrales es abordar la cuestión de la doble presencia y la organización del trabajo.

Es necesario replantearnos la sociedad poniendo en el centro las personas, y las relaciones mutuas de cuidado y dependencia, frente al modelo actual que pone en el centro la economía. Actualmente el trabajo asalariado organiza el conjunto de las relaciones sociales, las posibilidades de organización de los tiempos sociales y es el único trabajo socialmente reconocido. Es necesario cambiar de paradigma social. Es necesario avanzar en el reconocimiento y valoración social de que trabajo doméstico-familiar, el cuidado de las personas, es central en nuestra sociedad, y en todo caso igual o más importante que el trabajo mercantil. En todo caso ambos deben convivir, y no a costa de la salud de las mujeres.

Repensar la sociedad exige, en primer lugar, que las mujeres tomen la palabra. La experiencia en el campo de la defensa de la salud en el trabajo nos ha enseñado que frente a las situaciones invisibles, la primera estrategia fundamental es compartir la experiencia fragmentada acerca de las condiciones de trabajo, de manera que se pueda realizar una triple transformación: hacer visible lo invisible; convertir lo individual en colectivo; y, transformar la percepción en acción. Cuando las condiciones de trabajo de salud y de vida de las mujeres quedan ocultas no es posible transformarlas.

La complejidad del origen de la doble presencia exige que las estrategias deban ser múltiples y abordar diferentes espacios de inter-

vención, que fundamentalmente deberían contemplar la transformación de los tiempos y los derechos en el trabajo asalariado, la ampliación de los servicios sociales y orientarse hacia que el conjunto de personas, hombres y mujeres, participemos en el trabajo doméstico y de atención a las personas.

Actualmente el debate social sobre el tiempo de trabajo asalariado y la llamada “conciliación de la vida familiar y laboral” está adquiriendo una fuerza importante, pero se aborda desde un punto de vista totalmente parcial: el volumen de horas trabajadas. Este debate y, consecuentemente, las medidas de intervención deberían abordar dos nuevas dimensiones concretas. La primera de ellas es la interrelación entre la distribución de los tiempos del trabajo asalariado, las necesidades de atención a las personas y el funcionamiento de las ciudades y sus servicios. Actualmente estos tres ámbitos (trabajo asalariado, atención a las personas y funcionamiento de los servicios) funcionan de manera totalmente autónoma e ignorando que detrás de cada uno de estos tres espacios sociales estamos las mismas personas, a la vez que existen diferencias notables en cómo nos situamos dependiendo del género, clase social y etnia. La segunda consideración es que actualmente el debate está centrado en las necesidades económicas y de producción, ya sea de bienes o servicios, es decir en el trabajo asalariado, mientras que la atención a las personas queda totalmente oculta, y, consecuentemente infravalorada. Como se ha comentado antes la centralidad debería situarse en la atención a las personas.

Las políticas sociales deben abordar con decisión y contundencia las necesidades de la población. El conjunto de las personas por circunstancias del ciclo vital y por características sociales y biológicas necesitamos atención y una sociedad democrática, justa y solidaria debe tener la capacidad de

dar valor universal a la calidad de vida y la salud. La defensa de servicios públicos, universales y de calidad para la atención de las personas debe ser una prioridad y, desafortunadamente, nada más lejos de esta realidad.

Es necesario dar valor social al cuidado de las personas supondría un impulso en el camino para conseguir una sociedad en la que conjunto de personas, mujeres y hombres, compartamos el trabajo y la experiencia de lo que significa construir una sociedad en la que la vida y las personas seamos lo más importante. Las mujeres nacemos y crecemos con el rol de cuidadoras de la vida y el bienestar. Nuestra aportación a la sociedad es importantísima. La doble presencia nos pro-

voca cansancio y pérdida de salud. Nuestro debate fundamental se centra en cómo debe transformarse esta sociedad para conseguir ser mujer, defender nuestros valores... y, no morir en el intento.

Es necesario que las políticas y prácticas de prevención respondan a las desigualdades y diferencias de género y sexo

Para respondernos a las pregunta de si las políticas y prácticas de prevención responden a l género y sexo Kauppinen propone un análisis en el que se distinguen cuatro grandes orientaciones, y que se muestran en el siguiente cuadro:

		¿Se aborda el sexo y el género en los análisis de las condiciones de trabajo, de los riesgos y de la salud?	
		No	Sí
¿Las actividades preventivas dan respuesta a las diferencias de sexo y género?	No	Insensibles al género	Esteretipos de género
	Sí	Neutrales para el género	Sensibles al género

Fuente: Kauppinen, 1993. modificado.

Según este esquema la primera reflexión importante es que la normativa española ha evolucionado de las políticas excluyentes y discriminatorias del derecho al trabajo de las mujeres basadas en los estereotipos de género (es necesario recordar algunas leyes derogadas que prohibían algunos trabajos a las mujeres) a políticas basadas en la igualdad de oportunidades en el derecho al trabajo y el derecho a la salud. Pero es necesario resaltar que para conseguir esta igualdad son imprescindibles que nos situemos en las políticas y prácticas “sensibles al género”, es decir en aquellas que contemplan las diferencias de sexo y las desigualdades de género en el análisis de las condiciones de trabajo, de los riesgos laborales y de la salud. El resto de las prácticas invisualizan y/o estere-

otipan las condiciones de trabajo y salud de las mujeres, y consecuentemente son discriminatorias.

Algunas de las prácticas sensibles al género son:

— Visualizar las condiciones de trabajo y salud de las mujeres es el punto de partida de las actividades de prevención. Conseguir este objetivo, en la práctica, supone un trabajo sistemático orientado a dos finalidades: que los instrumentos para analizar condiciones, riesgos y salud sean sensibles al sexo y al género, y presentar el conjunto de los datos y análisis diferenciados por sexo.

— La práctica de prevención deben contemplar el conjunto de los puestos de trabajo. Es necesario recordar que en los sectores y en

las empresas existe una importante segregación horizontal y vertical.

— La práctica de la prevención debe contemplar el conjunto de los riesgos. Los datos que disponemos señalan que la actividad prioritaria de prevención está dirigida a los riesgos de seguridad a los que están expuestos sobre todo los hombres. Para conocer, evaluar y prevenir los riesgos laborales a los que están expuestas las mujeres es necesario actuar los riesgos higiénicos, ergonómicos y psicosociales.

— La práctica de la prevención debe ser capaz de detectar el conjunto de los daños de la salud (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo) y ponerlos en relación con las condiciones de trabajo, con el objetivo de eliminar o disminuir los riesgos psicosociales. Una vez más los datos que disponemos nos señalan que las prácticas de prevención son muy insuficientes en la detección de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, invisualizando la salud de las mujeres, y también de una parte importante de los daños que presentan los hombres.

— La participación de las mujeres (recuperar su percepción y su experiencia) es imprescindible para la prevención. La participación de los colectivos en situación de desigualdad requieren de prácticas específicas para conseguir una participación efectiva.

Referencias bibliográficas

Carrasco, Cristina, et al. El treball de les dones a Catalunya: cap a una igualació creixent? Estudi a partir de la informació de l'Enquesta d'ús del temps, 2002-2003 Barcelona: Generalitat de Catalunya, Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, 2005. Disponible en: http://www.ctescat.net/doc/doc_52411090_1.pdf

CCOO. Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Guía para el diagnóstico, ne-

gociación y aplicación de medidas y planes de igualdad. 2007. Disponible en: http://www.ccoo.es/cscceo/menu.do?Areas:Mujeres:Publicaciones:Otras_publicaciones.

Dep de Treball de la Generalitat de Catalunya. Primera Enquesta de Condicions de Treball de Catalunya. 2006. Disponible en: http://www.gencat.cat/treball/doc/doc_90435967_1.pdf.

G. Benavides et al. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres i Serveis Sanitaris. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. 2006. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/slaboral2004.pdf>.

Inmmark. El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral. Resumen de resultados 2005. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/acoso.pdf.

Istas.Método Istas21 CoPsoQ. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. 2004. Disponible en <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=1435>

Istas. Organización del trabajo. Factores de riesgos psicosociales y salud. V foro Istas. 2007. Disponible en <http://www.istas.net>

Perez, Jesús et al. Acoso Sexual en el Trabajo. NTP 507. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 1999. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_507.htm

LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS MUJERES EN PRIMERA LÍNEA: CÓMO ES Y POR QUÉ

Pilar Babi i Rourera

Médica de familia.

Centre de salut de Sant Martí (Barcelona)

Quisiera hablaros de mi relación con las mujeres que vienen a mi consulta, de la relación

actual y de cómo he llegado a ella, pues no sé explicar, ni explicarme, de otro modo el tema de mi ponencia.

Este es un relato experiencial. En otras ocasiones he compartido con vosotras trabajos desde lo objetivo. También este tema se hubiese podido enfocar de este modo pero lo que yo podía ofrecer en este momento es esto.

Para ello he puesto cuatro ejemplos de la práctica profesional que, espero os resulten cercanos desde cualquier relación de cuidado.

Un neurólogo airado

Yo era estudiante, creo que de cuarto año. En ese momento en la facultad de medicina era difícil acceder a hacer prácticas y cada quien se buscaba el modo. El mío era acompañar a un residente de neurología en sus guardias de medicina interna.

Atendíamos a una mujer joven. Se me ha olvidado el motivo de consulta pero no se trataba de algo muy grave. Durante la anamnesis, la mujer especificó que le “dolían los ovarios”. El residente no dijo nada pero frunció el ceño. Ya en el pasillo comento airado “¿Y cómo sabe esta mujer que le duelen los ovarios?!”.

Hay preguntas que abren el mundo, hay otras que lo cierran. Yo estuve presa algún tiempo en un paradigma muy desdeñoso para con las sensaciones de los pacientes, un modelo en que la experiencia del paciente apenas tenía valor. Si este paciente era una paciente la posibilidad de ser ninguneada era mayor.

No se me ocurrió nada que decirle. No se me ocurrió recordarle que esta mujer sabe cosas de su cuerpo que los demás ignoran. Y lo sabe, lo sabemos, porque experimenta su cuerpo mes a mes desde hace décadas, porque su madre le enseñaría que tiene ovarios e intestinos y corazón y muchas más cosas.

Lo sabe –y, nuevamente, lo olvidamos a menudo– porque estamos hablando principalmente de su experiencia de enfermedad: de sus sensaciones, de sus logros, de sus miedos, del sentido que ella les da. Somos médicos y médicas no teóricos de la medicina o investigadoras. Su experiencia de enfermedad es el centro de nuestro quehacer más que de nuestras hipótesis y diagnósticos o de nuestras refinadas técnicas.

No, no se me ocurrió nada... de hecho pensé “Es verdad, ¿cómo lo sabe?”

Las actitudes y los valores, la estructura del conocimiento que utilizamos se aprende así, por contagio. Nadie, ni siquiera en ese momento, hubiese aceptado que no se le da valor al relato del paciente. Sobre el papel la anamnesis es la parte más valiosa del acto clínico, sobre el papel. Pero la realidad es dura de roer. Si el relato del paciente es tan importante, ¿por qué la historia clínica se encomienda a estudiantes o residentes jóvenes?

He necesitado tiempo para entender que, de hecho, no se trataba de contestar a nuestro neurólogo airado si no de comprender que la suya, era una pregunta *ilícita*.

“Cuida'l”, “Cuída-lo”: ¿a quién?, ¿a él?

Ya en la década de los noventa había terminado mi residencia de medicina de familia y, tras un pequeño periplo por algunos ambulatorios, obtenido una plaza en la sanidad pública en el CAP “La Pau” en Barcelona.

Yo seguía entendiéndome mal con mis pacientes mujeres. Consultaban mucho, hablaban de sí y hablaban de otros, hablaban mucho..., un engorro.

En ese mismo tiempo me interesé por la atención domiciliaria pues el barrio en el que trabajo envejecía. Seguro que en vuestras ciudades hay barrios como el mío que se construyeron para la emigración, entonces de procedencia estatal, durante los años 60.

Las viviendas se llenaron de hombres y mujeres jóvenes con criaturas. Treinta años después las criaturas ya no lo eran y los adultos envejecían.

Fue en ese contexto en el que empecé a ver a las pacientes de otro modo. Ver sus casas, verlas en sus casas, me abrió a una realidad distinta. Detrás de la poli frecuentación vi sufrimiento y carga, detrás de su supuesta infantilización del otro, tarea de cuidado.

Aun hoy, cuando voy con una estudiante o una residente recién llegada a un domicilio les pido que abran bien los ojos. Les recuerdo que acceder a una vivienda es un privilegio de intimidad que nos ofrecen los pacientes y es también un filón de semiología clínica de gran valor terapéutico. Quizás soy una pesada, sí, pero es mi manera de rendir un pequeño homenaje a las mujeres que me enseñaron, a las pacientes que me enseñaron.

El engorro inicial dio lugar a la admiración y me puse -en la medida de mis posibilidades y junto a otros y otras- a la tarea de visualizar esa labor de cuidado.

En la literatura médica aparecieron múltiples estudios relativos al cuidado de enfermos ancianos, los departamentos de salud incluyeron la palabra cuidado en su cartera de servicios. La medicina “descubrió” a las cuidadoras, y es que, ya se sabe..., las ciencias avanzan que es una barbaridad.

Una barbaridad, nunca mejor dicho, en la que yo estuve implicada. Porque la “ciencia habló” y dijo que quien cuidaba se podía definir en estos términos: mujer (esposas, hijas y nueras por este orden), pobre (pues el cuidado de los pacientes limita o imposibilita el trabajo fuera del hogar), enferma (pues la presencia de dolores osteoarticulares, y mal control de patología crónica era común), deprimida (hasta el 50% de las cuidadoras de pacientes demenciados, se dijo, están deprimidas) y aislada (pues la red social se resiente del trabajo absorbente del cuidado).

El modelo biomédico actúa así (y me temo que otras disciplinas también sufren estos escotomas cognitivos), centrándose en la carencia olvida la inmensa potencialidad de las criaturas vivas. Olvida el amor, las estrategias vitales para afrontar la complejidad, la capacidad de esfuerzo, olvida el cuidado en sí.

Y esto sería hasta comprensible, pues se trata de afrontar el dolor y la necesidad. Sería injusto olvidar que las mujeres que están al cuidado de otro son mejor tratadas ahora que hace solo diez años, que no hay porque vivir una depresión sin ayuda y que la lumbalgia es una auténtica “enfermedad profesional” del cuidado.

Esto sería comprensible, digo, si no ocurriese que una vez definida la carencia ésta se vuelve la realidad entera, lo que la ciencia no ve -en esta ocasión, potencia femenina- sencillamente no existe o no tiene valor.

Y, claro está, la realidad así definida usa el masculino como género universal. Los programas de atención a la persona que cuida se llamaron en múltiples ocasiones (en catalán) CUIDA'L, cuídale a ¡¡¡¡é!!!! La mujer ha desaparecido nuevamente de la escena.

Me costó darme cuenta de esto pero entonces yo ya os había conocido y había conocido mujeres del feminismo que habían de cambiar mi vida.

De nuevo se abrió la ventana de par en par

Acabábamos de cambiar de siglo y a mí se me abrió otra vez la ventana de par en par. Una paciente de unos 35 años me pidió la baja. Yo tenía grandes recelos con esa mujer pues su conducta me irritaba: venía a menudo, con sus dos hijas pequeñas que lo revolvían todo, solía llegar tarde, me pedía a menudo bajas por cuestiones banales... Yo sentía que no la entendía y tenía recelos. Así que le pedí que me aclarara el motivo de esa nueva baja.

Se lo pedí y me lo dio: tenía un plan de huida a una casa de acogida para esa misma tarde y la situación era de tantísimo peligro que no se atrevía a ir al trabajo por miedo a que su pareja la localizara.

Le di, claro, la baja y ahora les doy las gracias a esta mujer y sus niñas, que posteriormente se fueron a vivir a Andalucía para alejarse del agresor, pues atenderla hizo que la realidad se me abriese de par en par.

A partir de entonces, nos formamos (otras compañeras y yo), no sólo en la violencia contra la mujer por parte de su pareja, si no en la violencia que las estructuras de poder ejercen sobre hombres y mujeres, especialmente sobre las mujeres. Buscamos cómo la violencia estructural nos afectaba a todas en el proceso socializador y simbólico. La medicina –como todas las disciplinas- tenía en su génesis, en sus presupuestos, incorporada esa violencia. Tuve la gran suerte de encontrar en ese momento a las mujeres de Tamaia

Correspondería a otras más capaces que yo analizar esta servidumbre de la medicina. Yo me limito a deciros aquello que encontré en ese momento:

Lo que encontré fue que el modelo epistemológico divide el mundo en “nosotros, los del saber” y “ellos, los de la ignorancia y la necesidad”. Un despotismo ilustrado del conocimiento. Si la otra es mujer la distancia -mi extrañamiento con las pacientes- es mucho mayor.

Y encontré también que la relación terapéutica -de la que se habla con gran solemnidad- se utiliza como un instrumento para la obtención de cosas: que el paciente modifique un hábito concreto, que venga más o menos a la consulta... Olvidando que la relación es la que fundamenta nuestro hacer.

Dolor y cansancio

Ahora me toca hablar de lo que me parece a mí que es el presente de las mujeres de Aten-

ción Primaria, mujeres de ambos lados de la mesa, pues ya no se pensarlos de manera distinta.

Pensar el presente es difícil, ya lo sabemos, porque está enganchado a la piel y parece más propio del sentir que del pensar. Pero voy a atreverme... Voy a atreverme a pensar en el dolor, el cansancio y el desánimo de las mujeres que atiendo y de las que me acompañan en ese camino.

Quiero, para ello, hablaros de una dificultad mía con la fibromialgia.

Con el diagnóstico de fibromialgia me pasa una cosa extraña: cuando me encuentro con una mujer que me pide si éste puede ser su problema, o bien que le han dicho que sí lo es y su solicitud es de información, como quiera que sea, yo me siento que caigo en una trampa de la que no sé salir. Un problema que no sé resolver, que me cuesta incluso de formular porque es, creo, una trampa de sentido.

Como os decía antes a propósito de las “cuidadoras”, no se trata de poner en duda el dolor y el cansancio de estas mujeres, ni de la veracidad del diagnóstico, ni de los derechos de estas pacientes, ni de los de los distintos movimientos asociativos que defienden los derechos de las mujeres con este mal. No, no se trata de nada de todo esto. Es algo que va antes y a la vez va más allá.

Se trata de que cuando intentas clarificar el diagnóstico, la patología asociada y los tratamientos, hay algo que no me acaba de cuadrar. Hay algo tautológico y redundante en la definición de la fibromialgia.

Me parece como si, en el fondo, se tratara de decir que el dolor de las mujeres va unido a su cansancio y su tristeza. Que esta realidad ya tiene un nombre, una clasificación nosológica y un lugar de atención (que por cierto el Insitut Català de la Salut ha dicho que el lugar de atención es –¡cómo no!- la atención primaria de salud). Bien pues, yo tengo la sensación de trampa.

Y he de decir que las pacientes, en ocasiones, insisten en el diagnóstico, sí. Y es que lo

que no tiene nombre, lo innombrable o es Dios o no es nada, y las pacientes lo saben e insisten. La cuestión sería: ¿qué pagamos a cambio de ser nombradas?, ¿en qué se convierte el dolor femenino etiquetado según la nosología clínica?, ¿en una mariposa pinchada en un corcho?

Quizás si en lugar de llamarle fibromialgia le llamásemos “sufrimiento femenino no entendido”, se haría más justicia, se colocaría en su sitio la pretensión científica y resultaría más incomodo y cuestionador.

No quería cansaros con mi dificultad, ni con la fibromialgia pero creo que la reflexión va más allá de la enfermedad misma, y el proceso clasificador, la comprensión sindrómica del malestar femenino y el proceso de patologización de la vida tiene esta trampa entre otras.

Os he dicho que quería hablaros de lo que sucedía en ambos lados de la mesa. Bien pues, el equivalente de la fibromialgia en mi lado de la mesa es el Burn-Out. Si el 57% de las mujeres médicas catalanas de AP presenta síntomas relacionados con él, este nombre está ocultando entonces una realidad más flagrante e incómoda.

Quizás el modelo de atención primaria no está en crisis, como sostienen algunos políticos, pero las mujeres médicas si nos sentimos en una situación que es ya difícil, y que va a empeorar. Y nuestros cuerpos hablan de esa dificultad que es, ya lo vemos, la de muchas.

Hay que ayudar a las y los profesionales que están quemados, sí. Pero si de lo que se trata no es de alguna médica o algún médico aislado, si de lo que se trata es de un incendio, el problema debe contemplarse en relación a la estructura asistencial y sus características más que en cada una de las cerillas particulares.

Si en lugar de llamarle Burn-out les llamáramos “Las medicas dicen que así no se puede seguir” estaría más acorde al sentir de muchas de nosotras (y algunos de ellos también). Las investigaciones sobre estos procesos -la fibromialgia, el burnt-out, deben preguntar-

se no sólo por los mecanismos fisiopatológicos o los modelos epidemiológicos, si no que deben buscar qué hay detrás de los nombres y de sus sombras. Si no la investigación es un fraude.

El nombre de algunas enfermedades constituye un verdadero proceso de ocultación. Cada sociedad tiene sus burkas, la nuestra también.

FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN. DESDE LOS PARTIDOS Y LA POLÍTICA PARLAMENTARIA

Consuelo Catalá Pérez

Enfermera y Diputada socialista en las Cortes Valencianas

INTRODUCCIÓN

La oportunidad que se me ofrece, de exponer mi experiencia de participación en la política institucional, la voy a aprovechar para poner sobre la mesa debates que creo necesarios, tanto para el momento actual como para el futuro de la lucha por los derechos de las mujeres.

Pienso que el nuevo siglo va alumbrar nuevas formas de participación, y no sólo me estoy refiriendo a las nuevas tecnologías, redes, etc., sino también que la mejora de la democracia en términos cualitativos va a implicar empezar a caminar, tanto en el espacio “institucional representativo” como en el “participativo”, con lo que ello puede significar de confluencia de energías en la defensa de los derechos de las mujeres, en un espacio inédito hasta ahora.

Un espacio que mejora cualitativamente la participación de la ciudadanía porque “manda” a los poderes públicos a implementar políticas públicas en aquellas cuestiones sobre las que se participa.

Desde el feminismo tenemos también la obligación de posicionarnos ante la crisis actual,

no sólo financiera sino sobre todo de valores. Nuestra presencia en los espacios institucionales necesitan de un salto cualitativo de actualización de las agendas políticas en el tema de derechos, y si no somos capaces de influir en ellas, el retroceso –nuevos discursos con viejos valores–, puede aparecer en el horizonte al calor de esta crisis mundial y encima, nosotras con nuestra presencia en el ámbito institucional, aparecer como avalistas de dichos retrocesos.

De ahí que el impulso de la democracia participativa, así como la actualización de la agenda feminista del siglo XXI, se convierten en objetivos prioritarios del debate de las mujeres.

“Las niñas buenas van al cielo y las malas a todas partes”

La participación en la política institucional por parte del feminismo siempre ha sido un tema de debate. Desde mi experiencia, como parlamentaria proveniente directamente del movimiento de mujeres (de hecho ése fue el motivo de mi inclusión en las listas del PSPV como independiente en la primera legislatura), me gustaría avanzar algunas reflexiones para el futuro de la participación de las mujeres en la democracia del siglo XXI.

Agradezco a nuestro idioma el que distinga SER y ESTAR. Creo que el estar de parlamentaria algunos años de mi vida se suma a la esencia del SER feminista, al igual que otras muchas mujeres, que en estos momentos desempeñan este trabajo de representación u otro, y como tal intentamos adecuar nuestro pensamiento con nuestras acciones. Es cierto que no es fácil porque, de entrada, para sentarse en un escaño hay que ir obligatoriamente en una lista cerrada (democracia representativa) y esto lleva implícitamente la llamada “disciplina de partido” a la hora de votaciones, e incluso de expresión de opiniones, etc.

Hay además una parte “invisible” de trabajo “en las entrañas del partido y del grupo parlamentario”, en donde se desarrolla un gran trabajo para que se vaya avanzando en las políticas de igualdad. ¡Energía!

Sinceramente para mí es un privilegio estar ocupando un lugar en el parlamento valenciano, porque me permite trabajar en primera línea en el ámbito legislativo, ahora bien entendiéndolo como un medio y por lo tanto como una etapa más de mi vida militante.

Algunos apuntes sobre la militancia en el partido socialista, las mujeres y el siglo XXI

Las estructuras de los partidos políticos en la actualidad están en una encrucijada, donde el avance en las nuevas políticas, con instrumentos de participación ciudadana y las nuevas tecnologías, tira para un lado y en cambio la inercia, las formas tradicionales de militancia y lo que se denomina “cultura de partido” tiran para el otro lado.

De ahí todo lo que significó y significa democracia paritaria; y ese primer instrumento concreto, el de las cuotas, para asegurar la presencia obligatoria de las mujeres en los parlamentos y órganos de representación política. En el PSOE se logró por la combinación del trabajo arduo e ingrato de muchas mujeres militantes en su seno, con la presión externa del movimiento de mujeres de nuestro país y a nivel europeo (Conferencia de Atenas). Un instrumento que abrió el camino.

Las mujeres feministas/socialistas, y yo he sido responsable de las mujeres socialistas de la 2ª federación más grande de España, están haciendo un trabajo muy duro y dedicando mucha energía, pero creo que, en general, es uno de los mejores tiempos, a nivel de compromiso legislativo del partido con las políticas de igualdad, que hemos vivido.

Lo que ocurre es que esos resultados deberían estar multiplicados por cuatro, si se midiese el esfuerzo realizado.

En la actualidad, y en consonancia con la reflexión del resultado del instrumento de las cuotas en el contexto político general (avance de leyes de igualdad, crisis etc.), hay un sector de feministas dentro del partido que pensamos, debe generarse un debate serio de qué hacer a partir de ahora.

Ya hemos llegado; las cifras en la política institucional están ahí, los gobiernos paritarios están ahí... pero nosotras pensamos que deberían visualizarse avances cualitativos en la agenda política. Y si no se avanza, no sólo retrocederemos, sino que además con nuestra presencia legitimaremos ese retroceso.

De ahí que dentro del propio partido existe una red de mujeres, en el sentido de sororidad, para empujar en la misma dirección. Y no sólo en el plano de debates y propuestas, sino de ayuda cotidiana, de apoyo a las compañeras, de obligar a replantearse reuniones, métodos de trabajo..., porque las formas, modos y hábitos del hacer política están aún muy alejados de las personas, de la vida...

En estos momentos puedo decir que somos muchas dentro del partido que asumimos el compromiso para, con pasión, seguir venciendo...

LO PERSONAL ES POLÍTICO Y LO POLÍTICO ES PERSONAL

Si al siglo XX se le ha definido como el siglo de la revolución silenciosa de las mujeres, estamos obligadas y obligados a que al siglo XXI se le defina como el de la revolución activa y participativa de las mujeres, y de los hombres, por la felicidad (Salud como Bienestar). Y para contribuir a ello, las mujeres feministas que decidimos participar en el ámbito institucional (parlamento, gobierno...), debemos hacer nuestras las palabras

de Celia Amorós: “ Lo importante no es sólo que las mujeres estén en el espacio público, sino lo que dicen en él “

A) Lo personal es político

Esta reivindicación feminista concentra todo el análisis político actual por el cual, el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos democráticos básicos a las mujeres y los hombres que conforman la sociedad actual; tiene la obligación de velar por la justicia en esa garantía y por lo tanto, debe implementar políticas públicas para que en el uso de la libertad individual, las personas puedan ejercer libremente sus derechos.

Todo el abanico de derechos de ciudadanía que se han desplegado durante el siglo XX han supuesto la conformación de una sociedad, donde los papeles y roles asignados a las mujeres por razones de orden patriarcal, se han demostrado injustos y opresores. Un avance que ha sacado a la luz de los derechos, los papeles y funciones que, de manera “invisible”, se desarrollaban en el ámbito doméstico. En la actualidad pues, la reivindicación “lo personal es político” ha tomado carta de naturaleza en el cruce de caminos entre el siglo XX y el siglo XXI.

Las mujeres seguimos siendo las principales interesadas en que se lleven a cabo políticas públicas, porque las actividades, funciones y responsabilidades que nunca se han computado, que han sido “invisibles”, nos suponen un gran coste personal. Un coste que cada mujer conoce: el esfuerzo que conlleva “el estar”; la doble carga de responsabilidad, la renuncia a muchas cosas incluida la opción de ser madres en un momento determinado. Un coste que es de las mujeres pero que, en la actualidad, también es compartida por muchos hombres, (los compañeros, los maridos) por las hijas e hijos... por el círculo familiar próximo. En definitiva por todas y to-

dos aquellos con los que se comparten proyectos vitales comunes.

Por lo tanto, en estos momentos, el reequilibrar la vida en su conjunto afecta ya de manera clara a toda la sociedad: mujeres y hombres. Es necesario asumir políticamente, de forma consciente, los costes individuales pero también los costes sociales de la desigualdad.

Unos costes que no sólo deben ser medidos por el desgaste físico y psíquico, sino también por el esfuerzo que se invierte para cambiar los valores tradicionales en valores democráticos de solidaridad, de autonomía personal... en el “ámbito doméstico”, y también en el espacio público.

Sobre el reconociendo político de la autoridad de las mujeres

Todo el camino recorrido en las políticas de igualdad durante el siglo XX y los avances a los que asistiremos durante el siglo XXI, debe ir en dirección al reconocimiento de la autoridad de las mujeres.

La redefinición de un Nuevo contrato Social entre mujeres y hombres se plantea como algo urgente y necesario. Y si, en cualquier negociación, el reconocimiento mutuo de autoridad para poder llegar a consensos es la base de la misma, en el Nuevo Contrato Social entre mujeres y hombres, debe cumplirse con mayor razón. Estamos hablando de los talentos, intereses y anhelos de más de la mitad de la población; que son las mujeres, incluyendo la capacidad aún exclusiva e intransferible de la reproducción de la especie, que poseen.

El reconocimiento de la autoridad de las mujeres es la condición sine qua non para que el Nuevo Contrato Social entre mujeres y hombres se firme democráticamente entre iguales.

Es, en ese reconocimiento de la autoridad de las mujeres ,donde tienen razón de ser y

existir los instrumentos de representación de las mujeres (cuotas, paridad) en los lugares de decisión, ya sea en el ámbito laboral, de salud etc. incluido por supuesto en el ámbito de la política institucional.

Un reconocimiento que se debe concretar a su vez en cada uno de los derechos básicos, ya sean de índole sexual, reproductiva, laboral o social.

El desarrollo de la Igualdad entre mujeres y hombres como concepto político

Las condiciones básicas para que las mujeres puedan ejercer sus derechos son

- La libertad & equidad
- El reconocimiento de la autoridad de la mujer

Para promover la libertad:

- La autoridad de las mujeres: Reconocimiento
- Servicios de salud en coordinadas de respeto a las decisiones de la mujer/la pareja
- Universalización de las prestaciones
- Garantizar la seguridad y gratuidad de las prestaciones en torno a los DERECHOS

Para promover la equidad

- Financiación y presupuesto
- Educación
- Políticas activas:
 - Legislación
 - Empoderamiento

La libertad en las democracias avanzadas pasa por:

- **Políticas públicas** que faciliten a la ciudadanía su desarrollo como personas, de manera que la libertad y decisión en torno a sus derechos la realicen:
 - En **armonía** con sus convicciones personales y proyectos vitales.

— **Facilitándoles** el acceso a la prestación con los medios técnicos adecuados y en condiciones óptimas de atención, seguridad y salud.

- **Los Gobiernos** están obligados a aceptar las decisiones de las mujeres, como decisiones firmes y responsables

PALABRA DE MUJER

Desde el punto de vista democrático, en el siglo XXI **no es sostenible** que se considere prestigiosa médica y socialmente la práctica de las NTR y que la decisión de una mujer a interrumpir su embarazo; o a ser protagonista de su parto y del nacimiento de su hijo/a siga estando *bajo sospecha* y por tanto *TUTELADO y/o PROHIBIDO*

El binomio SALUD como bienestar/IGUALDAD entre mujeres y hombres

En la actualidad, el reconocimiento de la igualdad entre mujeres y hombres, como valor indispensable para que la democracia se desarrolle en coordenadas de justicia social y libertad, es contemplado **formalmente** en las Agendas políticas de la mayoría de los países.

Y en ello, según mi opinión, tiene mucho que ver con la generalización de la definición de la OMS del concepto de Salud como Bienestar; una definición que OBLIGA:

— a “visibilizar” a las mujeres en razón de nuestra capacidad reproductiva; del papel social que desempeñamos; el que se genera por nuestra incorporación al trabajo, etc. (relación evidente)

— y a poner en valor el cúmulo de sentimientos, actitudes, habilidades, que las mujeres como grupo siempre hemos tenido ante los cuidados de la salud de las personas cercanas, del entorno y de nosotras mismas (relación arcaica)

Esto lo podemos evidenciar de manera más clara en el ámbito de las políticas de cooperación al desarrollo, en donde la inclusión obligatoria de la perspectiva de género es poco menos lo que garantiza el que dichas políticas se lleven a cabo en coordenadas de eficacia, eficiencia, justicia e igualdad.

El binomio Salud como Bienestar / Igualdad entre mujeres y hombres, entendida como concepto político, da como resultante, ya sea en países desarrollados o en países en desarrollo, que *las mujeres no somos el problema sino que somos la solución*.

B) Lo político es personal: un nuevo paradigma

La equidad; la igualdad en la diversidad, la igualdad de los diferentes y la participación ciudadana como instrumento de corresponsabilidad deben sumarse en la concreción del concepto político de la igualdad entre mujeres y hombres.

La plasmación de estos conceptos en las leyes, en las políticas concretas, significa que las mujeres y los hombres a los cuales van dirigidas esas políticas deben sentirse reconocidos y coparticipes de los valores que las alumbran, de las medidas que se dictan y de los resultados que se logran.

Por lo tanto, en este siglo XXI estamos obligadas a completar nuestra reivindicación diciendo que **lo político también es personal**.

Y en este cambio de paradigma, las mujeres tenemos mucho que aportar. Y yo diría que además, las mujeres que trabajamos en Salud somos unas privilegiadas en esa aportación.

Elementos de aportación de las mujeres en Salud

• Autoestima y conciencia

El significado de quererse a una misma; el conocimiento de nuestros cuerpos es el inicio para poder decidir sobre nuestras vidas.

El primer espacio que habitamos es nuestro propio cuerpo y sus vivencias. Y además es el instrumento primero, mediante el cual nos relacionamos.

La conciencia de la autoestima conduce a que cada mujer visualice y aprecie sus cualidades y habilidades sociales, las potencie y las comparta en procesos grupales con otras mujeres.

La importancia de una pedagogía entre mujeres significa el reconocimiento de que cada una puede ser maestra de otras y a la vez discípula de otras maestras. El significado de que aceptamos la posibilidad de aprender algo de las otras tiene dos bases importantes.

- una consiste en reconocer los saberes de las mujeres y los saberes concretos de cada mujer
- y la otra concede rango de “autoridad” a las mujeres por su sabiduría intelectual, sus habilidades, etc.

Políticamente, fortalecer la autoestima; tomar conciencia de la autoestima, significa fortalecer el empoderamiento individual y colectivo.

- Significa reclamar nuestro lugar en la negociación colectiva más importante que socialmente existe: la negociación de cómo queremos vivir la vida las mujeres y los hombres que la formamos.
- Significa que exigimos ser consideradas “interlocutoras válidas” para reclamar la “reparación de los daños” que sufrimos y seguimos sufriendo las mujeres por el actual reparto social, (de ahí la importancia de que las leyes que caminen hacia la igualdad real) así como para aportar nuestras ideas (desde el corazón y la ciencia) a la mejora y el bienestar de esta sociedad.

Una mujer consciente de ser mujer, es una mujer capaz de reclamar sus derechos para

ella y para el resto de mujeres y de hombres.

• **Compasión**

La salud, entendida como Bienestar, rescata en la práctica las maneras y pautas de hacer salud de las mujeres (acompañamiento, métodos naturales, etc.) que benefician a la sociedad y que tiene que ver con la cercanía, **la compasión** y el amor. Su recuperación como valor social iría en el sentido de la “humanización de la medicina”.

• **Convencimiento**

El movimiento de mujeres en salud parte de la necesidad de conocerse, informarse, hablar y compartir experiencias y saberes.

La salud como bienestar entiende que la persona, sea mujer u hombre, debe participar en el proceso de su propia salud, es decir de su propia vida.

En el concepto del Bienestar, la corresponsabilidad como lectura de la decisión final de la usuaria /o, aparece como elemento de derecho individual y colectivo.

Sólo desde el convencimiento personal de cada mujer y hombre del Bienestar al que anhela, hace posible que se cambie en los patrones de conducta, los roles etc., y que por tanto, se modifiquen las leyes, entendiendo éstas como mejora y ampliación de los derechos humanos. Es decir, podemos “vencer”, cambiar el mundo.

La Sororidad (pacto de género entre mujeres): La Rueda de la Vida

Para Marcela Lagarde, la SORORIDAD es la alianza feminista entre las mujeres para cambiar la vida y el mundo, con un sentido justo y libertario.

La autoconciencia personal y colectiva de las mujeres, el reconocimiento de la autoridad

de las otras... el camino recorrido en ese reconocimiento tiene también su concreción en un pacto, el pacto de género entre mujeres. Sólo desde el reconocimiento de nuestra identidad podemos encontrarnos las mujeres como tales, nada que ver con la “bondad de ser mujer”.

Sororidad del latín soror, sorosis, “hermana”, e *idad* relativo a “calidad”. “Hermandad”

Es una experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de las formas de opresión y al apoyo mutuo, para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer.

La Sororidad es una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo. Se trata de acordar de manera limitada y puntual algunas cosas con cada vez más mujeres. Sumar y crear vínculos. Al pactar el encuentro político activo tejemos redes inmensas, allí donde estamos presentes, que atraviesan en vertical y en horizontal todos los espacios de la vida

Nuestra agenda es histórica, compleja e integral, holística. Pero tiene una *definición prioritaria*: desmontar los poderes de dominio, la sexualidad expropiada y la expropiación del trabajo y de todos los productos y creaciones de las mujeres. Nuestro pacto es por recuperar el mundo para las mujeres y recuperar nuestros cuerpos y nuestras vidas para cada una de nosotras, a través de normas y derechos inalienables.

El desarrollo económico, social y democrático actual sopla a favor del trabajo para lograr reformas importantes en el Estado y sus instituciones, en el orden global internacional basados en la igualdad, la vigencia de los derechos humanos y la justicia de género.

Amplíemos los vínculos y las redes internacionales con el objeto de crear normas, legis-

lación y políticas obligatorias que avancen en la erradicación de la injusticia de género.

De la SORORIDAD a los pactos cómo instrumentos para la mejora cualitativa de la democracia del siglo XXI

Como feminista, el concepto del pacto de género, de la Sororidad, es una parte fundamental que fortalece mi presencia y activismo tanto vital cómo social y por tanto político.

Las mujeres sabemos que lo personal es político, pero lo político también es personal, de ahí que en el desarrollo de la mejora de la democracia en términos cualitativos deben contemplarse cuatro círculos y cuatro pactos, para que los avances se den de forma integral y holística en nuestra sociedad.

El Primer Círculo/Primer Pacto

- Tiene que ver con la Conciencia Individual
- Es el Pacto que una (o) hace consigo misma

El Segundo Círculo/Segundo Pacto

- Es el que tiene que ver con el proyecto de vida
- Es el Pacto con el otro/la otra

El Tercer Círculo/Tercer Pacto

- Es el correspondiente a cómo se estructura la sociedad en la que vivimos.
- En la actualidad, el Pacto es el Nuevo Contrato Social entre Mujeres y Hombres

EL Cuarto círculo/Cuarto Pacto

- Corresponde a la participación de la ciudadanía en las decisiones en torno al desarrollo de la sociedad
- Es el Nuevo Pacto entre Ciudadanía y Política

Esto significa que, en las políticas públicas a desarrollar por los Gobiernos todos los elementos relativos a la autoestima, cam-

bio de valores y acciones de corresponsabilidad **deben estar presentes para mujeres y hombres.**

El desarrollo de estos círculos y pactos es un desarrollo desigual y combinado, de ahí que puedan explicarse fenómenos como el de la violencia de género, que siendo una Ley inscrita en el círculo 3, pueden fallar los círculos 1 y 2, con lo cual a pesar del esfuerzo social para erradicar esta lacra, sigue existiendo de manera alarmante.

Las mujeres que habitamos cada uno de los círculos debemos participar, desde el reconocimiento de nuestra autoridad en cada uno de los pactos... y ello pasa por concretar nuestros sueños, deseos, anhelos y reivindicaciones para que se conviertan en “orgullo de ser mujer” (primer círculo); proyecto vital entre iguales(segundo círculo); nuevo contrato social (tercer círculo)y en definitiva, en alianza de mujeres y hombres por la igualdad, la justicia y la paz como pilares de la Felicidad /bienestar que cada una de nosotras /os queremos para nosotras y nuestras familias.

Esto significa que debemos *ejercer* la cultura de la “negociación” para llegar a Pactos equilibrados y justos.

Es importante reconocer la Sororidad como el Pacto de Pactos.

Algunas cuestiones en torno al cuarto círculo, la Sororidad y la Agenda política del siglo XXI

“Si se hubiera de definir la democracia, podría hacerse diciendo que es la sociedad en la cual no sólo es permitido, sino exigido, el ser persona.”

María Zambrano

En la actualidad, nuestra democracia es básicamente representativa, pero los instrumentos de participación han aparecido también en el cruce de siglos.

La cultura de la participación, como expresión de ese nuevo Pacto entre ciudadanía y política, va a tener su máximo desarrollo a lo largo del siglo XXI. Y en ello debemos aunar nuestras fuerzas. Una democracia en donde la participación ciudadana a través de instrumentos como Agendas Locales, presupuestos participativos (y con perspectiva de género), etc., van en la línea de que las y los ciudadanas tienen “decisión directa” sobre las prioridades (y distribución de nuestro dinero) que se marca un Gobierno: sobre la Agenda política concreta.

Significa para el feminismo que el trabajo y esfuerzos que estamos desarrollando desde diversos espacios, pueden y deben confluír en el Círculo de la Participación, para hacer que nuestras propuestas sean asumidas como mejoras sociales y sí convencemos, **se mandate** a los poderes públicos a llevarlo a cabo.

Se entra en un espacio de decisión hasta ahora inédito en la historia política.

De ahí que **la SORORIDAD, el pacto entre mujeres** cobre una importancia de primer orden y también inédita en la historia política, ya que la complicidad entre las mujeres que ocupan el espacio civil, ya sea en sus casas, en sus lugares de trabajo, en las asociaciones, y aquellas que ocupan un lugar en el espacio representativo, van a poder sumar sus deseos, sus anhelos y propuestas de manera directa, y se supone que con mayor eficiencia y eficacia.

Ello va a favorecer que, tanto unas como otras, se reconozcan como propias, con lo que significa para llegar a mejorar nuestro pacto como mujeres.

En la actualidad esa confianza es un trayecto más de sombras que de luces. Hay muchas razones para que esto sea así, falta de experiencia en la vida democrática representativa; recelos por parte del movimiento de mujeres; obstáculos provenientes del propio funcionamiento de los partidos...

El Pacto entre mujeres en cada uno de los círculos en vertical y en horizontal se concreta en aquellos valores, formas de cuidado y de vida que las mujeres entendemos deben ser patrimonio de toda la sociedad, por ello no es que sólo sea para mujeres sino al contrario que queremos sea para toda la humanidad y que participe en su defensa también toda la sociedad.

Otra cuestión a valorar es la cultura del Pacto por parte del movimiento de mujeres. *Debemos ejercer de facto en la negociación colectiva de la vida*. Y en el proceso de negociación, la confianza (reconocimiento mutuo) entre mujeres es un elemento indispensable.

Nuestra presencia en las dos orillas va a favorecer, tanto el intercambio de propuestas y tácticas a llevar a cabo, como la transparencia de los mismos procesos de negociación. Y ello facilitará el aumento de confianza y la fuerza de los derechos de las mujeres.

El desarrollo de los instrumentos de participación ciudadana, como elementos indispensables para la mejora de la calidad democrática del siglo XXI, se convierten en aliados de la causa de las mujeres.

En el libro de Ayaan Iris Alí “Mi vida, mi libertad”, la diputada holandesa somalí cuenta como los niños y niñas somalíes tienen que aprender obligatoriamente a memorizar su estirpe. Eso es importante para ellos... hasta el punto de que cuando un somalí se encuentra a otro somalí que no conoce, ambos TIENEN LA OBLIGACIÓN DE empezar a recitar su linaje hasta que encuentran a algún ancestro común. Ello les significa reforzar su identidad como clan. Un lazo muy fuerte, tan fuerte hasta el punto que estén donde estén deben ofrecerse mutuamente ayuda, alimentos y hospitalidad. De esta manera se refuerzan como pueblo...

Desde el Pacto de Género, desde la SORORIDAD nosotras las mujeres en cualquier de los círculos que habitamos, en el día a día de

nuestro trabajo, de nuestra vida tuviéramos presentes a las mujeres que nos precedieron en la lucha por la igualdad, nos reconociéramos en esa estela de mujeres algunas muy cercanas en el tiempo, incluso presentes en este Encuentro, nos supiéramos fuertes porque estamos en las mejores condiciones para conseguir aquello por las que ellas lucharon, tejiéramos una red de ayuda, alimento y hospitalidad entre nosotras todo ello desde la conciencia del ser mujer que nos da el saber, ese saber ancestral que nos hemos transmitido siempre las mujeres... que vamos a estar y participar en los lugares donde se van a decidir las políticas públicas que van a hacer realidad el cambio histórico en nuestro país de pasar de la revolución invisible sólo de las mujeres (que hicimos el siglo pasado) a la revolución de todos y de todas, a la revolución visible, participativa y activa de las mujeres y de los hombres por la felicidad. **Y para acabar de terminar...** unas palabras y un regalo

Las palabras

“¿Por qué escribo este cuaderno?”

Porque poseo en este momento una información que creo todas las mujeres tenemos derecho a manejar.

Porque ser feminista significa conocer y amar a más mujeres a la vez.

Porque creo que las mujeres necesitamos un arma corta para defendernos de la opresión, y esa arma es el conocimiento.

Porque pienso que lo primero que nos han impedido conocer es nuestro cuerpo.

Porque pienso que un cuerpo colonizado corresponde a la ideología del colonizador.

Porque pienso que no es posible liberar la mente si tenemos el cuerpo al servicio del poder dominante.

Porque pienso que el cuerpo es hermoso.

Porque creo que radical viene de raíz.

Porque pienso que defender nuestro cuerpo nos ayudará a defender nuestra vida.

Porque aprender lo que aquí cuento me ha permitido cuestionar la realidad mucho más crítica y profundamente.

Porque el control de nuestro cuerpo y de nuestra vida debe recuperarse de manos de la cultura machista.

Porque creo que ya está bien de ser títeres sin cabeza, con sexo ajeno y sin alma.

Porque quiero participar en una revolución capaz de ofrecer alternativas que incluyan el cambio de relación entre mujeres y hombres.

Porque pienso que para hacer esa revolución hay que descubrir la identidad femenina, elaborar una cultura y proponer esa alternativa”

Leonor Taboada en la contraportada del Cuaderno Feminista (Marzo de 1978)

Y el regalo:

“El infinito en la palma de la mano”

Y Dios me hizo mujer
Y Dios me hizo mujer,
de pelo largo,
ojos, nariz y boca de mujer.
Con curvas
y pliegues
y suaves hondonadas
y me cavó por dentro,
me hizo un taller de seres humanos.
Tejió delicadamente mis nervios
y balanceó con cuidado
el número de mis hormonas.
Compuso mi sangre
y me inyectó con ella
para que irrigara
todo mi cuerpo;
nacieron así las ideas,
los sueños,
el instinto.

Todo lo creó suavemente
a martillazos de soplidos
y taladrazos de amor,
las mil y una cosas que me hacen mujer todos los días
por las que me levanto orgullosa
todas las mañanas
y bendigo mi sexo.

de Gioconda Belli

LÍMITES Y POSIBILIDADES DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD DESDE UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA CONSERVADORA: LA SEGO

Enriqueta Barranco Castillo.

Profesora asociada de Ginecología de la Universidad de Granada

ANTECEDENTE¹

Según Simone de Beauvoir:

“No se nace mujer: llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino” (El segundo sexo, tomo II, p. 13).

Magníficas palabras, para mí nunca superadas, con las que tomé conciencia de que formaba parte de una mitad de la población “segregada, apartada” por la otra mitad de la misma. Y yo iba a trabajar en una especialidad médica pensada por hombres –los segregadores– pero ejercida, (por propia definición la Ginecología es la ciencia que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las mujeres) sobre las mujeres, no para las mujeres. Esta toma de conciencia sería tan deci-

¹ Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores (DRAE).

siva que marcaría casi todo mi devenir profesional.

Cuando se me planteó, desde Red-caps, que hiciera una ponencia [o encargo dado al ponente, el DRAE no menciona a la ponente], sobre mi evolución dentro de la Ginecología no lo pensé dos veces y acepté. Me pareció algo más útil que buscar bibliografía ajena sobre un determinado tema y luego contarla. Ahora el repertorio sería mi consciente y, muy probablemente, mi inconsciente, pues trataría de bucear en mis recuerdos y plasmarlos en una alocución. Tendría que divulgar cómo me fui preparando para trabajar de ginecóloga feminista en un universo, por entonces, poblado de hombres visibles y enreídos, encargados de definir lo normal y lo anormal en los procesos de salud y enfermedad de las mujeres.

En mi exposición seguiré un camino poco convencional, más subjetivo y menos ajustado a los cánones academicistas al uso. A veces las orgías de subjetividades femeninas han conseguido arrancar un cambio de actitudes más favorable a nuestra condición. Ya sabemos que a la ciencia patriarcal la subjetividad no le interesa, lo que no es cuantificable pertenece al universo femenino y este no suele ser objeto de estudio, no es válido.

LA ENTRADA²

He sustituido el término introducción, masculino y conminatorio, por el femenino entrada, porque voy a exponer la forma de entrar en el mundo de la Ginecología y de la Obstetricia.

En palabras de Joaquín Estefanía (en un comentario al libro de Tony Juan Sobre el olvidado siglo XX, El País 20 de septiembre de

² Acto de ser alguien recibido en un consejo, comunidad, religión, etc., o de empezar a gozar de una dignidad, empleo, etc., (DRAE).

2008, Babelia) “entre los olvidos, uno de los más clamorosos es el de los intelectuales, los personajes que en el siglo pasado fueron uno de los vehículos fundamentales para el debate, la transmisión y la difusión de ideas”. Y es que yo pertenezco a aquella generación en la que la influencia de las intelectuales fue decisiva para el acercamiento al feminismo científico y social. Sin ellas no estaría aquí y por esto les dedicaré un recuerdo.

Yo nací a la concepción feminista de la Ginecología, de la Obstetricia y de la Medicina en general con el Segundo Sexo, una obra que cayó en mis manos casi por azar en el año 1975. La descubrí en el escaparate de una modesta librería cuyo nombre ni recuerdo. Fue un libro que leí y subrayé con fruición, sentada en las escaleras de los jardines de mi hospital, un recinto que casi podría ser de mi propiedad por las largas horas que he pasado en él y en sus dependencias anejas. Mis ojos lectores cada vez se abrían más conforme avanzaban las páginas de tan enriquecedor y valioso texto. Se trataba de una edición argentina adquirida a comienzos del mes de junio del año 1975. Hoy, a mi hija le parece anticuada, pero entonces era algo tan nuevo que no se parecía a ninguna de las lecturas a las que hasta entonces había tenido acceso. Se hablaba de las vidas de las mujeres, de todas las mujeres que se encontraban en mi imaginario, se trataba de explicar cosas que yo hasta entonces había considerado inexplicables o que quizá a fuerza de ser injustas se habían justificado en el inconsciente: iniciación sexual, mujeres casadas, mujeres lesbianas, mujeres maduras, mujeres maltratadas... ¡Cuántas mujeres había y cuántos mundos de mujeres se encerraban en este ensayo!

En mi universidad, y menos en mi Facultad de Medicina jamás se había hablado de feminismo. Allí había llegado yo a finales de los años 60. Procedía de una familia de clase media y muy conservadora. Hasta mi generación en su seno las mujeres nunca

habían jugado un papel relevante. Mi madre había influido en mi promoción personal y, apoyada por una mujer maravillosa que fue mi maestra D^a Isabel, logré escapar de la rutina pueblerina. Sin embargo, cuando se planteó que yo quería ser médica ya fue otra historia. Conseguí mi propósito y tras seis años de dura competición con mis pares masculinos logré colocarme en la cabeza de mi promoción y así poder acceder al ejercicio de la Obstetricia y de la Ginecología.

Ya por entonces tenía presente que no iba a ser fácil y efectivamente no lo fue. Luciendo un buen expediente académico, el catedrático de turno decidió no apoyar mis pretensiones de ser ginecóloga, dando sus votos (confianza) a otros compañeros. La evidencia de mis calificaciones logró derribar la muralla de sus perversas intenciones. Simplemente no quería mujeres en el Servicio y era tan presuntuoso como para exclamar ¡una mujer nunca se fiará de otra para sus partos y sus necesidades ginecológicas! Esta presunción siempre me dejó entrever la cobardía y la inseguridad con la que se acompañaban estos padres de la ciencia. Con ella no impidieron que se abrieran las puertas de las mujeres a la práctica ginecológica en mi ámbito de actuación. Sin embargo, tengo que dejar constancia que en aquellos años no me sentía feminista sino pionera en la lucha de las mujeres por acceder al poder detentado por los hombres.

Transcurrieron años de formación y de competición. Formación clínica y competición humana. Tenía que demostrar que sabía y podía ejercer como ginecóloga pero ser mejor que ellos. Y comencé a tener claro que para este ejercicio bueno y saludable no podría reproducir las normas y prohibiciones establecidas por el poder hegemónico. Fue entonces cuando la lucha silenciosa me acompañó durante bastantes años. Sabía pero no podía...

Finalmente, un desgraciado acontecimiento logró abrirme al mundo. Fue un despido laboral fundado en mi condición de luchadora por la mejora de la atención a la mujer, por estar en contra del ejercicio de tanto poder por la clase médica. Este despido tendré que agradecerlo siempre, porque con él me vería lanzada desde el mundo de las ideas al de la realidad. Y esta realidad se vio materializada tras la lectura del primer libro del Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston. De nuevo un libro me ayudaría a encontrar lo que yo intuía pero no lograba ver, que el saber ginecológico no era una cosa seria y que un grupo de mujeres había logrado demostrarlo. Su lectura, tan reveladora para mí, unida a la del magnífico libro de Ian Chalmers ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? fueron el pistoletazo de salida para mi posicionamiento definitivo. Redacté un artículo titulado El ginecólogo ante la condición femenina... con el que puse de manifiesto la desconfianza con la que la ciencia ginecológica nos había vigilado a lo largo de la historia de la especialidad. Sería mi primer texto publicado en una revista científica y, además, había recibido un accésit en un prestigioso concurso de la Fundación Uriach de Historia de la Medicina.

EL CAMINO³

Yo ya tenía claro dónde quería llegar pero tuve que plantearme ¿Cómo lograrlo? ¿Cómo conseguir que una mujer ginecóloga y feminista tuviera un lugar respetable –y digno de respeto– en el mundo dominado por los hombres?

Sería entonces cuando me incorporaré al entonces llamado Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada. Desde allí tuve acceso al conocimiento y la doctrina feminista de la mano de Amelia Valcarce, Ce-

³ Dirección que ha de seguirse para llegar a algún lugar (DRAE).

lia Amorós, M^a Ángeles Durán y tantas otras mujeres que vertieron sobre mí sus pensamientos. Supe lo que era el techo de cristal, el trabajo no remunerado ejercido por las mujeres y la fuerza motriz del PIB, el significado de género y sexo y tantas y tantas otras cosas, conocimientos que fueron afianzando mi posición de defensora de la salud de las mujeres por encima de cualquier otra posición metodológica. Inmediatamente se plantearía un gran problema, el de poder señalar a los poderosos lo equivocados que estaban en sus argumentos. Y solo pensé en sentar una estrategia reivindicativa allí donde fuera. No en vano algunos de mis compañeros todavía dudaban de si yo sería capaz de hacer una ponencia si ellos me la encargaban, duda que asaltaba fundamentalmente a alguien a quien no se le reconoce precisamente por su elocuencia y saber hacer.

En Sevilla, en el transcurso de un congreso sobre Menopausia, y escuchando las ponencias de sus sabios hacedores, no puede evitar colocarme en la posición de las mujeres y ver cómo los hombres diseccionaban nuestro cuerpo para reducirlo a objeto de enfermedad. Me sentí mal física y psíquicamente, me veía tan cosificada por la ciencia que pensé que era imposible que fuera así. Pero lo era. A la vuelta de dicho congreso escribí una carta al entonces presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (por entonces creo que todavía era la Sociedad Ginecológica Española) –SEGO – reivindicando la salud de las mujeres durante la menopausia. La respuesta que obtuve fue de cortesía, en ella se me indicaba que mi carta sería llevada a una sesión plenaria de la sociedad, y lo fue, pero nada más. Posteriormente logré que uno de los presidentes de turno escribiera a las asociadas llamándolas por su nombre, en lugar del habitual estimado socio. Desde entonces se mantiene la visibilidad de las asociadas en la correspondencia.

META⁴ Y ACCÉSIT⁵

Ya me había marcado una meta. Mis actuaciones irían encaminadas a abrir una brecha en el paternalismo de ginecólogas y ginecólogos, tratando de obtener un PREMIO colectivo, que imaginé como un incremento significativo de catedráticas de ginecología, profesoras titulares, jefas de servicios, presidentas de grandes sociedades, etc., mujeres, mujeres que se sintieran primero mujeres y después grandes profesionales. En cambio, solo logré un accésit, término derivado del latín *accedere* y que se refiere a un premio de segunda categoría, por llamarlo de alguna manera. Y realmente es todo lo que creo haber logrado.

Me he ido implicando en las sociedades científicas de mi ámbito, fundamentalmente en las de anticoncepción. Desde ellas he tratado de señalar a ginecólogas y ginecólogos que la ciencia no debe cosificar el cuerpo femenino. He defendido – y defiendo – la autogestión de la fertilidad como medio de independencia del cuerpo sexuado de las mujeres frente al poder del patriarcado. Sistemáticamente se nos oculta esta posibilidad, porque la ciencia anticonceptiva es patriarcal y los hombres, y las mujeres que se ven antes como médicos que como mujeres, son quienes investigan.

He ido denunciando a la cirugía ginecológica como lo que realmente es, el fracaso de la medicina y de la prevención, por desconocimiento, porque existen grandes carencias en investigación básica. Las medicinas alternativas se me antojan más integrales en cuanto a la visión del cuerpo femenino. La medicina tradicional desintegra nuestro cuerpo con ligaduras de trompas, histerectomías, mastectomías,

⁴ Fin a que se dirigen las acciones o deseos de alguien (DRAE).

⁵ En certámenes científicos, literarios o artísticos, se da una recompensa inferior inmediata al premio (DRAE).

episiotomías, etc., otras tantas secciones anatómicas con las que el poder ha tratado de cortar la libertad de las mujeres. Ecografías, mamografías, ovarios poliquísticos etc., son visiones de la ciencia y contribuciones a la desintegración de nuestra armónica feminidad. Ovariectomías, anexectomías, histerectomías, son algo más que castraciones médicas.

Actualmente me encuentro en una posición casi cómoda, porque en este largo caminar he tenido la oportunidad de conocer a personas y entidades con las que me he sentido identificada. Este es el caso de Redcaps y todo el grupo que se aloja en estas siglas, cuando veo el trabajo que hacemos me convenzo aun más de que todo lo que he ido labrando a lo largo de mi vida ha sido útil.

La revisión histórica, así contada puede parecer simple y reflejar un camino sin dificultades. Pero no ha sido así. Volví a poner una gran dosis de esfuerzo y preparación intelectual para poder colocarme en una posición digna en la que al menos me sintiera respetada. He escrito y publicado en libros, revistas, web, etc., y en todas las actividades he tratado de dejar claro que para el mundo ginecológico lo más importante tiene que ser la salud y el bienestar de las mujeres, que se deben dejar atrás los intereses partidarios, partidistas e industrializados con los que a menudo nos presionan. Pero queda mucho camino por recorrer antes de que el siglo XXI pueda ser considerado el Siglo de la Igualdad para temas de salud y enfermedad. Y ahora, más que nunca, tienen sentido las palabras de Simone de Beauvoir, con las que quiero concluir esta retrospectiva, igual que ella concluyó su gran obra, con un hábito de esperanza:

“Liberar a la mujer es negarse a encerrarla en las relaciones que sostiene con el hombre, pero no negarlas. Aunque se plantee para sí, no dejará de existir también para él; al reconocerse mutuamente como sujeto cada cual será para el otro, sin embargo, el

otro. La reciprocidad de sus relaciones no suprimirá los milagros que engendra la división de seres humanos en dos categorías separadas; el deseo, la posesión, el amor, el sueño, la aventura. Y las palabras que nos conmueven: dar, conquistar, unirse, conservarán su sentido. Por el contrario, cuando sea abolida la esclavitud de una mitad de la humanidad y todo el sistema de hipocresía que implica, la “sección” de la humanidad revelará su auténtico significado y la pareja humana encontrará su verdadera figura.” Simone de Beauvoir, El segundo sexo, tomo II, p. 517, penúltima de la primera edición en castellano.

FORMAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA CREAR UN MUNDO AL QUE MEREZCA LA PENA INCORPORARSE

Montserrat Cervera Rodon

Activista feminista de salud
Xarxa Feminista. Ca la Dona

“Las mujeres no cambian las instituciones simplemente incorporándose a ellas, sino decidiendo afanarse a conciencia para cambiarlas. Necesitamos un feminismo que enseñe a las mujeres a decir no, no sólo al violador de turno o a un novio demasiado insistente sino, cuando sea necesario, a la jerarquía militar o administrativa en la que se encuentre.

Resumiendo, necesitamos un tipo de feminismo que pretenda no sólo incorporarse a las instituciones creadas por los hombres durante siglos, sino infiltrarse en ellas y subvertirlas.

Para citar una vieja y nada ingenua frase feminista: “Si piensas que la igualdad es el objetivo, tus estándares son muy bajos”. No es suficiente el ser iguales a los hombres cuando los hombres actúan como bestias. No basta

con incorporarse. Necesitamos crear un mundo al que merezca la pena incorporarse”

Barbara Ehrenreich

El movimiento de mujeres por la salud irrumpió con fuerza en los años 70 subvirtiéndose, desde el feminismo, el mundo patriarcal que nos había dejado en las cunetas de la historia como objetos-cuerpos alienados al servicio de los hombres.

Ya somos veteranas y herederas de muchas formas de acción y participación que han producido cambios fundamentales en las mujeres; tanto en las que hemos participado en este movimiento como en muchas otras que se han visto identificadas y alentadas por él, aunque seguimos encontrándonos constreñidas e invisibilizadas en muchos espacios, tal como en esta mesa se ha demostrado.

1. De la extrañeza a la invisibilidad

Nuestra fuerza, nuestra experiencia de participación nace, primero, de la fuerza y la sabiduría de las mujeres y del hecho de no haber participado directamente en los planes de construcción y reconstrucción del patriarcado, de no reconocernos en el papel que se nos ha otorgado. Es decir, somos extrañas políticamente, a nivel histórico, a las prácticas y políticas de apoderamiento que han hecho los hombres del cuerpo y de la vida de las mujeres.

Y nuestra fuerza proviene, también, de la experiencia acumulada durante siglos del cuidado de la vida y del cuerpo de las personas. Esta extrañeza y esta proximidad con los cuerpos del que también se nos ha querido desposeer, no tiene nada que ver con una opción esencialista, que suponga que el hecho de haber nacido mujeres nos hace buenas y participativas.

El feminismo no nace de los ovarios, como dice Barbara Ehrenreich, es una opción política elaborada durante siglos por algunas

mujeres conscientes que nos han dejado su herencia “secreta” que hemos ido rescatando las historiadoras feministas y el movimiento feminista en los últimos siglos.

Prácticas de relación entre mujeres para cuidar y dar vida, de matronas, médicas y brujas que de generación en generación transmitían a otras mujeres, prácticas y remedios para mantener la salud, para parir con el menor dolor posible, para crear ciencia y cultura en los bosques, en los conventos, en las cortes, en las fábricas y en las universidades.

Prácticas de participación para la defensa y el mantenimiento de la vida. Es decir, prácticas desde la extrañeza, ya que la política oficial a lo largo de los siglos, con pequeños y escasos “claros”, no ha dado autoridad a este lugar de “sanación” de las mujeres, a pesar de que siempre se ha aprovechaba de ellas; política, en centro nunca ha estado ocupado por la vida de las humanas y humanos ni la del planeta..

Prácticas “extrañas” que el patriarcado proscribió expulsando oficialmente a la “mujeres sabias”, impidiendo que fuéramos a la universidad, que ejerciéramos de sanadoras, reprimiendo las rebeldías con la religión, las leyes y con las cazas de brujas de todos los tiempos. Y, aunque las mujeres seguimos con las prácticas “extrañas” y civilizadoras, quedamos **invisibilizadas**.

Es lo que el movimiento feminista de la primera ola (años setenta y ochenta) explicó con la denuncia de la separación de lo público y lo privado contra las mujeres.

La política, lo público, lo importante, lo que se reseña en los documentos oficiales es el quehacer de los “grandes padres de las patrias” era lo que tenía valor, la guerra, el trabajo remunerado, la economía, la ciencia, la medicina. Las mujeres quedamos relegadas, en todas las sociedades patriarcales, al **espacio privado**, desvalorizado y convertido en nuestra “misión natural”, como esposas y madres, apéndices de los hombres que dominaban el

mundo, o como mínimo a sus mujeres, protegidos por la ley, el orden y el ejército.

Herederas de la extrañeza, y herederas (más anónimas que nunca) de la invisibilidad, cada vez que una mujer o un grupo de mujeres hemos sido conscientes de nuestra opresión, hemos tenido que buscar, rastrear e inventarnos maneras de recuperar las formas de incidir, para reclamar justicia y seguir creando y cuidando la vida.

2. Irrumpir, infiltrarse y contaminar para subvertir

Si vamos a nuestra historia reciente, en los años setenta las mujeres para afrontar la invisibilidad milenaria, y en concreto la más cercana de la dictadura franquista, tuvimos **que irrumpir** en el espacio público, en las calles y en todos los espacios.

Una visibilización que creaba admiración y apoyos pero también malos entendidos, desprecio y rechazo ya que el machismo estaba muy instalado también en nuestra izquierda y tanta diferencia amenazaba también el incipiente poder democrático de los hombres, sobre todo en casa.

Por suerte teníamos ya mucho camino adelantado por las mujeres que no habían vivido en dictaduras, en Estados Unidos, Francia etc. Fue una irrupción que reclamaba el legado de las mujeres de otros países y recuperaba formas de acción de las sufragistas y de los movimientos sociales más progresistas: manifestaciones, concentraciones, jornadas, acciones sorpresa, ocupación de colegios de médicos, de ayuntamientos, de plazas y mercados, uso octavillas y pancartas...

Formas de acción, para sensibilizar y desafiar la invisibilidad, herederas de la **acción directa**. *“Si crees en algo, simplemente llama a tus amigas y hazlo”* como nos recomendaba siempre la feminista catalana Greta Amman.

Un hacer para subvertir, para provocar y para cambiar: Grupos de self-help improvi-

sados, en casa, en asociaciones de vecinos y vecinas, informaciones y planificación de viajes a Londres y Holanda para el tema del aborto, que posibilitaron el nacimiento de los centros de planificación de la primera época y consolidaron grupos de “mujeres por la salud” en muchas ciudades del Estado español. Estas potentes y enérgicas formas de acción promovieron cambios de leyes, pero sobre todo de mentalidades, y muchas mujeres empezaron a ver, mirar y conocer su propio cuerpo, a sentirse protagonistas de su sexualidad, de su salud, de su derecho a decidir y a nombrar el mundo desde su propia experiencia buscando en las mujeres a sus propias expertas. Es lo que llamamos **contaminación** política a través de acciones, libros, discursos, panfletos y prácticas académicas, vivenciales y organizadas.

Esta contaminación, a veces invisible y silenciosa, tiene resultados a medio y largo plazo. Cuando una “irrupción” nuestra es inesperadamente entendida y apoyada, y no contábamos con ello, entonces descubrimos que la contaminación ha dejado mella y nos permite avanzar.

Después de la irrupción y la contaminación en general, vino el periodo de la **institucionalización**, que tanta tinta y debates ha hecho correr y que siempre está presente, ya que se percibe como algo a medio camino entre un objetivo a conseguir y una trampa en la que no caer. Todas seguimos queriendo que las instituciones se feminicen y den recursos a las mujeres, recursos y voz en una democracia representativa y abierta a todas y todos; a la vez, algunas mujeres feministas están empeñadas en intentar cambiar las instituciones desde dentro, mientras otras, lo intentan desde fuera.

Pero ¿cómo combinar estas prácticas para que sean realmente subversivas y permitan crear un “mundo en el que valga la pena participar y vivir” o, que al menos, se pueda contaminar?:

• **El límite como lugar de participación para cambiar**

Para establecer complicidades con mujeres que trabajan en las instituciones o tienen cargos políticos, hay que recurrir a muchos planes y darle muchas vueltas, para que la dinámica de la acción no consiga como resultado la integración de nuestras propuestas, en un sentido que tanto conocemos, es decir: diluido, diseminado y destrozado, manteniendo solo las formas.

Para ello es muy importante saber desde donde emprendes la acción. Cuando decimos el límite o la cuerda floja, es precisamente para marcar este no lugar en la sociedad desde el que opinamos, actuamos; un no lugar que permita afianzar la propuesta sin salirse del todo del marco establecido socialmente, para poder ser comprendidas por todas y todos, pero justo en el límite que nos permite ver las trampas de la institucionalización. No queremos legitimar el poder patriarcal en ningún sentido y para contaminarlo o subvertirlo, aunque sea en pequeñas parcelas, hay que conservar y cuidar este no lugar, que algunas llaman *gobernanza*, a partir de nuestras asociaciones, redes... situadas en desequilibrio permanente en un péndulo que nos deje observar si lo que estamos haciendo o consiguiendo es realmente útil para deslegitimar el patriarcado y reforzar nuestras posiciones.

Para ello hay que tener claro que lo que queremos es mantener nuestra propia dinámica de acción y **nuestros propios ritmos**, retrocesos y avances consensuados entre todas.

• **Dar valor y autoridad a las acciones de las mujeres**

Las complicidades con las mujeres que trabajan en las instituciones, deben partir, también de reconocer la importancia política a las prácticas feministas de las mujeres, prácticas diversas que, a veces, se enfrentan directa o indirectamente con los objetivos establecidos por la institución. No se trata de que

la institución de respuesta a todo, sino de que le de autoridad y valor a lo que se hace desde fuera. En este reconocimiento mutuo, podemos avanzar en la contaminación, en este deslegitimar al patriarcado, en crear puentes para cambiar la sociedad en su propio núcleo sin recibir nada a cambio. Solo el reconocimiento de nuestra complicidad.

• **Crear, potenciar y mantener redes en todas las direcciones**

Para que estas formas de acción y participación política sean efectivas, podamos verlas, analizarlas y evaluarlas permanentemente, debemos crear redes como ésta, abiertas a otras redes...

Crear una maraña tal de redes que el “poder” quede enredado y puedan salir hilos y luces de cambio real que estén sustentadas por estas redes.

Parece utópico, pero de hecho es lo que estamos haciendo desde hace siglos, nos quedan muchos hilos para hilar pero la rueca existe y cada vez tiene más hilos; hilos que a veces se rompen, se destiñen, pero que siguen tejiendo complicidades, sueños y propuestas de cambio, y no solo propuestas sino acciones desde las redes que ya han probado su eficacia y que son las que sostienen el mundo.

Solo nos queda poner estas acciones, estas propuestas en el centro de las políticas. Un reto, pero para esto existimos “para crear un mundo al que merezca la pena incorporarse” todas y todos.

BIBLIOGRAFÍA

Barbara Ehrenreich. *Un útero no sustituye a una conciencia. Lo que me ha enseñado Abu Graib*.

<http://www.nodo50.org/feminismos/spip.php?article360>

Anna Bosch. *Feminismo, Nuevos Paradigmas y Acción Gubernamental*. En: Anuario de los Movimientos Sociales. Elena Grau y Pedro Ibarra (coord.) Barcelona: Icaria, 2005.

XI Seminario de la Red-CAPS

.....

EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿HACIA DÓNDE VA?
Vicencia Laguna

*SER ENFERMERA EN UN HOSPITAL: VIVENCIAS, TRABAJO INVISIBLE,
TRABAJO A LA SOMBRA*
Cristina Cantalejo Recio

*ASPECTOS LABORALES DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA:
¿POR QUÉ SE VAN AL EXTRANJERO LAS ENFERMERAS?*
Luisa Montes Pérez

*PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRASTORNO MENTAL SEVERO
CON ENFOQUE DE GÉNERO*
Roly Rodríguez

ESTEREOTIPOS EN LA ADOLESCENCIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD
Margarita Petit Vila y Montse Prat Tordera

MORBILIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS
Carme Valls-Llobet

OPORTUNIDADES VITALES DEL CAMBIO FRENTE A LOS ESTEREOTIPOS
Dolores Juliano

EL CUERPO EL ESLABÓN OLVIDADO. TIEMPO DE RECONCILIACIÓN
Malen Cicerol

*BIENESTAR EMOCIONAL. LAS MUJERES A PARTIR DE LOS 50: NIDO VACÍO,
AGENDA LLENA*
Jocelyn Guerrero

*¿QUIÉN CUIDARÁ DE NOSOTRAS CUANDO NO ESTEMOS MUERTAS?
¡CUÍDATE TÚ PARA CUIDAR MEJOR!*
Vita Arrufat

.....

EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿HACIA DÓNDE VA?

Vicencia Laguna

Enfermera CAP Sanllehy de Barcelona

En relación a la pregunta de hacia dónde va enfermería de atención primaria os confieso que yo no tengo una respuesta, que tengo muchos interrogantes y dudas y que es lo que voy intentar explicaros.

Antes de empezar a exponeros mis interrogantes debo deciros que me situaré en el contexto que conozco, que es Catalunya, y más concretamente la ciudad de Barcelona, por supuesto en la atención primaria que es mi ámbito de trabajo y en dónde he trabajado durante unos 17 años aproximadamente. También me centraré en la atención a la población adulta ya que pediatría tiene unas características concretas y específicas.

Deciros que no hay un debate amplio sobre el tema.

Partiré de dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde podemos ir

Existe un amplio consenso en considerar el nacimiento de la enfermería moderna en la mitad del siglo XIX de la mano de Florence Nightingale, que abrió para esta profesión unos horizontes nuevos basados, sobre todo, en una formación sistematizada. En su programa formativo incluía temas de prevención de las enfermedades y ponía especial énfasis en atender el estado mental del enfermo tanto como su aspecto físico. Prestaba mucha atención a la higiene de la familia y de la comunidad, a los cuidados de los niños y a la educación para la salud. No solo formaba profesionales para ejercer en los hospitales también lo hacía para atender en los domicilios de las personas necesitadas.

La fundadora de la enfermería moderna concibió a la nueva profesional no solo como cuidadora en el ámbito hospitalario, sino como promotora de salud en la comunidad.

Aquí en España, entre 1952 y 1977 la formación de enfermería, llamada Ayudante Técnico Sanitario –ATS– se orientó para dar soporte a la medicina (léase al médico) y se basaba en enfermedades y técnicas, la enfermera, cuya palabra desapareció del título oficial, no podía tener criterio propio: obedecía, mantenía limpio el instrumental, curaba según criterio médico. Se caracterizaba sobre todo, por el desarrollo tecnológico de los recursos asistenciales y por un sistema sanitario claramente hospitalocéntrico.

A partir de 1977 los estudios de enfermería se integraron en la Universidad reconociéndoles su corpus teórico y afortunadamente recuperando el término de enfermera –Diplomatura en enfermería–. El nuevo currículum, claramente orientado hacia un nuevo modelo de salud y hacia una visión integral del ser humano, incluía materias tan ligadas a la actividad comunitaria como a la salud pública, geriatría, administración, educación sanitaria, ciencias de la conducta, etc.

A partir de ese momento coincidieron una serie de circunstancias que hicieron que las enfermeras desarrollaran un rol autónomo, cuyo embrión en atención primaria fueron las consultas de enfermería, que sirvió para el posterior desarrollo de la profesión.

A modo de recordatorio de algunas de las circunstancias de esa época destacaría:

- En 1978 la conferencia de Alma-Ata para el desarrollo de la atención primaria de salud que, al coincidir con el proceso de democratización aquí, tuvo una influencia decisiva en las propuestas políticas de transformación del antiguo modelo de Seguridad Social.
- El congreso de médicos y biólogos de lengua catalana (Perpinyà 1979) con su defini-

ción de salud como una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa.

- La constitución en el Colegio de Médicos del GAPS –Gabinet d’Assessoria i Promoció de la Salut– (solo recordaros que fue el precursor del CAPS) que planteaba los Centros de Salud para ofrecer una auténtica medicina y que estuvieran integrados por equipos interdisciplinarios.
- La publicación del real decreto de 1984 y la Ley de Sanidad de 1986 que establece la asignación geográfica de una población, el área básica de salud, y el Equipo de Atención Primaria formado por personal médico (de familia y odontología), personal de enfermería y auxiliar de enfermería, personal administrativo y trabajadores sociales.
- Un amplio y entusiasta movimiento de enfermeras dispuestas a llevar a la práctica una forma de trabajar nueva, autónoma, ilusionante y también con incertidumbres.

Estos cambios quedan reflejados en **el marco legal** actual que recoge las siguientes funciones del equipo de atención primaria:

- La función asistencial: supone la atención coordinada de los distintos profesionales, está dirigida a los individuos, la familia y la comunidad, sanos o enfermos, fundamentalmente mediante acciones de promoción y prevención, además de labores de curación, rehabilitación y reinserción. Para ello hay programas de salud como soporte. Por ejemplo el del niño-a sano-a, personas mayores frágiles, crónicos, ...etc. Se lleva a cabo en las consultas de CAP, en los domicilios o en grupos, tanto en el propio CAP como en la comunidad.
- La función docente: se dirige, en primer lugar a la población, e incluye intervenciones de educación para la salud de la comunidad o de sus grupos. También hace referencia a la autoformación de todo el equipo.
- La función de gestión/administración: se refiere a la organización del centro, a la

planificación y evaluación de las intervenciones y actividades y a la coordinación con otros niveles y zonas.

- La función de investigación: dirigida a conocer la situación de salud de la comunidad, sus necesidades, estilos de vida, problemas de salud prioritarios entre otros

En todo esto ¿qué aportamos las enfermeras?

Partimos de **La definición de enfermería que establece el CIE (Consejo Internacional de Enfermería –2008–) es:**

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación.

Todo ello se ha plasmado en que las enfermeras de atención primaria trabajamos:

- Con un **modelo de cuidados enfermeros**. En Catalunya el modelo conceptual más utilizado es el de Virginia Henderson. Virginia Henderson fue una enfermera nacida el año 1897 en Kansas City, Virginia (EEUU) que desarrolló su trabajo a partir de la Primera Guerra Mundial y fue una avanzada en el desarrollo de la enfermería. (Colaboró y a petición del CIE definió que es una enfermera) Virginia Henderson afirma que *“la función propia de la enfermera es asistir a la persona, sana o enferma, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que*

realizaría por sí misma si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Y hacer esto, de tal manera que le ayude a recuperar su independencia de la forma más rápida posible. Igualmente, ayuda al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue indicado por el médico y colabora con éste en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad”.

Define la persona como un todo complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que presenta 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento. Estas 14 necesidades o requisitos para desarrollar el potencial son comunes a todas las personas, tanto sanas como enfermas, y constituyen la base de los cuidados enfermeros.

Las 14 necesidades básicas son: 1.-respirar normalmente, 2.-comer y beber adecuadamente, 3.-eliminar por todas las vías de eliminación, 4.-moverse y mantener posturas adecuadas, 5.-dormir y descansar, 6.-usar prendas de vestir adecuadas-vestirse y desvestirse, 7.-mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, 8.-mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, 9.-evitar peligros (físicos y psicológicos) y evitar lesionar a otras personas, 10.-comunicarse con otros para expresar sentimientos, necesidades y opiniones, 11.-vivir según sus creencias y valores, 12.-aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal.

Este modelo presenta una perspectiva global para interpretar la realidad (persona, salud, entorno y cuidados) desde enfermería, no establece pautas de actuación, lo que permite adaptar las intervenciones a las necesidades reales de las personas. Podemos decir que es un modelo suficiente-

mente concreto para guiar a las enfermeras en sus actuaciones y suficientemente flexible para permitir que cada persona participe de manera activa en su cuidado. Puede estimular la creatividad tanto de la persona como de la enfermera para encontrar una actuación concreta.

- Con una **taxonomía diagnóstica enfermera NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) se considera que tiene una larga trayectoria y rigor en la elaboración. Es un importante elemento aglutinador de conocimiento enfermero y aún se están proponiendo nuevos diagnósticos. El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.
- **El proceso enfermero** en el proceso de enfermería de atención primaria existe una interacción constante entre las enfermeras y las personas que reciben cuidados. La enfermera ayuda a la persona a identificar la satisfacción de sus necesidades básicas, a establecer sus objetivos de salud y a elegir sus actuaciones para conseguirlo, además de evaluar los resultados.
- Aportamos nuestra “mirada” específica en los EAP.
- Tenemos una visión holística e integral de las personas.
- Sabemos cuidar.

Y qué hacemos las enfermeras con todo esto en atención primaria?

Describiré nuestro trabajo en atención primaria y que dificultades, aportaciones o posibilidades de mejora y cambio podemos encontrar.

- Una serie de **técnicas** que se desprenden de nuestro rol de colaboración: ECG, espiro-

metrías, extracciones para análisis, controles de sintrom, administrar medicación IM, SC, EV, test de PPD, de embarazo....

Las técnicas en el futuro pueden incrementarse, creo que deberían realizarse en el mejor entorno –CAP/hospital– y por los profesionales más capacitados.

• **Atención domiciliaria:** que es uno de los programas que desde el inicio se ha desarrollado en atención primaria. Está dirigido a las personas con enfermedad crónica, con deterioro cognitivo, a las que no pueden desplazarse al CAP así como atención en el final de la vida y curas paliativas. En este ámbito las enfermeras han hecho una labor inestimable, me atrevería a decir que lo hemos liderado aunque no hemos sabido rentabilizarlo.

Nos enfrentamos a nuevos retos derivados de otros niveles de atención sanitaria como son los hospitales. En los hospitales se dan las altas con curas cada vez más complejas, con tratamientos que hasta hace muy poco eran exclusivos de los hospitales y genera incertidumbre e inseguridad. Hay que añadir que a pesar de la voluntad de mantener un continuum asistencial no siempre las relaciones hospital/atención primaria son fluidas. Aquí tenemos un reto las enfermeras ya que al tratarse de atención domiciliaria podemos tener un papel “protagonista”. Quiero destacar aquí la labor que están llevando a cabo las enfermeras “d’enllaç”. Su trabajo está ubicado en el hospital y como su nombre indica detectan, coordinan y sirven de enlace para mantener el continuum asistencial.

También las enfermeras de “gestión de casos”, que gestionan los casos más complejos, ya sea por pluri-patología o complejos socialmente, que precisan una intervención con muchos actores (hospitales, primaria, farmacia..., etc.)

Otra oportunidad de futuro está relacionada con las personas que no pueden desplazarse al CAP y que mantienen un estado de salud

estable. Las dificultades que suelen tener son a causa de barreras arquitectónicas como escaleras, calles con pronunciada pendiente, falta de transporte adecuado, falta de una persona que las acompañe,...etc.

En el CAP donde trabajo tuvimos la oportunidad de colaborar con la Fundación La Caixa y la Universidad Autónoma de Barcelona en un programa dirigido a personas mayores sin deterioro cognitivo, que vivieran solas, o aisladas socialmente a causa de barreras arquitectónicas. Era un programa donde estimulaban los cinco sentidos, hacían ejercicio para mantener una buena movilidad y mantenían un nivel de contactos sociales elevado. Se lo propusimos a 11 personas, todas mujeres y hemos conseguido unos buenos resultados. La mayoría han mejorado su movilidad, están más receptivas, han estado encantadas de participar y un aspecto que señalan como muy importante es el hecho de que las fueran a buscar a la puerta de su casa, que fueran supervisadas y ayudadas a bajar o subir las escaleras. Los resultados definitivos aún no los conocemos pero continúan con las actividades en la Fundación La Caixa.

Considero que se han de explorar ésta y otras oportunidades para mejorar y mantener la salud de las personas mayores.

• **Consulta de enfermería:** damos atención a las personas con patología crónica, curamos, damos soporte en los procesos de duelo, hacemos actividades preventivas, hacemos educación sanitaria y mucho más. Una de nuestras intervenciones más importantes ha sido el seguimiento de personas con enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras). Sabemos que muchas de las personas que han venido o vienen al CAP están muy bien “controladas” pero también sabemos que las hemos hecho muy dependientes del sistema. La oportunidad de futuro es ofrecer-

les las herramientas necesarias para que ellas mismas puedan ser autónomas y ofrecerles nuestro seguimiento de forma anual o bianual. También hemos de ofrecer estas posibilidades de auto-cuidado a aquellas personas que su contacto con el sistema no es sistemático, a través del CAP o de otras fórmulas.

Por supuesto con el compromiso de atención si surgen episodios de reagudizaciones o de descompensaciones.

El resto de actividades que realizamos en la consulta como curas, tratamientos, educación individual, acompañamiento al duelo o actividades preventivas pueden seguir dentro de la consulta de enfermería o imaginar un nuevo modelo para ofrecer estos cuidados con cambios organizativos en profundidad.

Además de las tareas que os acabo de explicar desde hace unos 2-3 años estamos trabajando por objetivos. Los objetivos no los escogemos nosotras aunque en algunas reuniones podemos opinar y hay un pequeño margen de decisión, pero pequeño. Se define como un instrumento de gestión, incentiva-ción y motivación cuya finalidad es la mejora continuada de la organización. Pretende que cada profesional oriente su actividad a los objetivos estratégicos de la organización y al mismo tiempo desarrolle una cultura organizativa orientada a la mejora de los procesos y resultados.

En este nuevo marco de relación laboral se nos pide a las enfermeras que atendamos a la patología aguda. La empresa considera las siguientes situaciones:

- Anticoncepción de emergencia
- Quemaduras
- Diarrea
- Disuria
- Dolor mecánico lumbar
- Heridas
- Odinofagia
- Odontalgia
- Ojo rojo

- Sintomatología aguda de vías altas respiratorias
- Elevación de la presión arterial
- Lesión dérmica
- Torcedura de tobillo
- Epistaxis
- Ansiedad

Todas estas demandas están protocolizadas, los motivos de exclusión están bien definidos y las actuaciones también.

Las enfermeras ya atendemos y atendíamos algunas de estas demandas como las quemaduras, las heridas, la elevación de la presión arterial y no tenemos problemas en seguir haciéndolo. Los problemas surgen con las demandas de atención a diarreas, dolor mecánico lumbar, odinofagia, odontalgia, disuria, sintomatología de vías altas respiratorias o torcedura de tobillo. La mayoría de enfermeras no hemos recibido la formación específica para ello. No es que no sepamos recomendar medidas dietéticas para la diarrea, el reto está en hacer una buena exploración abdominal y descartar otras patologías. Los equipos de atención primaria pueden escoger todas o algunas de estas patologías, pero nos piden un número elevado de resoluciones sin derivación a medicina. La forma en que se está aplicando esta nueva tarea no es homogénea. En el EAP donde trabajo hemos llegado a un consenso: seguiremos atendiendo la demanda que ya hacíamos e incorporamos algunas en las que nos sentimos más “seguras”, es decir las heridas, las quemaduras, la anticoncepción de emergencia, la elevación de la presión arterial, la lesión dérmica (se refiere sobre todo a la lesión de los pliegues o de los pañales) y la ansiedad. Por otro parte hemos establecido un calendario de formación para la disuria, la diarrea, la odinofagia, la sintomatología de vías altas respiratorias para implementar cada una de estas demandas. También hemos acordado que a la mínima duda consultaremos a los-as médicos-as.

Es a partir de ahí que empieza a surgir malestar. Las enfermeras nos sentimos inseguras para atender algunas de estas demandas (por falta de formación, por falta de adiestramiento, etc.), sabemos que hay áreas de enfermería que no estamos atendiendo por falta de tiempo, espacio u organización pero, además, estas demandas van relacionadas con objetivos, los objetivos son un complemento importante a la remuneración, por lo que “negarse” a cumplirlos puede ser un problema, no solo a corto plazo –es decir en el año que hay que cumplirlos– sino a largo plazo ya que guardan una relación con la carrera profesional.

Este nuevo aspecto no propuesto por las enfermeras ha generado discusión y no tenemos un acuerdo consensuado.

- **Actividades grupales:** relacionadas con las patologías crónicas para aumentar los conocimientos que tienen las personas afectadas y aumentar su autonomía. Hay evidencia científica de la efectividad de los programas de educación para la salud de forma grupal.

Sabemos que es una buena herramienta para fomentar el auto-cuidado pero deberemos buscar la manera de ofrecerla, en general no estamos obteniendo una buena respuesta.

Tampoco hemos obtenido una buena respuesta en una actividad grupal dirigida a personas que están cuidando personas con alguna enfermedad crónica, dependientes o con deterioro cognitivo.

- **Actividades grupales específicas:**

1. Ejercicio físico: los hábitos adquiridos, como el sedentarismo, necesitan de un estímulo para cambiar y es lo que se fomenta en este grupo.
2. Grupos psico-educativos: dirigidos a personas con ansiedad o depresión para compartir, socializar, acompañar y mejorar habilidades. Destacar que en este grupo participan solo mujeres y compartir es muy importante para ellas.

Esta actividad nos está siendo de gran utilidad y la respuesta es muy elevada. Debemos explorar otras áreas de actividades grupales que tengan una buena respuesta.

- **Paciente experto:** se está desarrollando y consiste en grupos liderados por pacientes expertos que pueden facilitar pasar de una atención individualizada a una intervención mixta –individual/grupal– Estos pacientes han de ser considerados agentes de salud. Este programa se sitúa en el marco de la progresiva transición de una educación sanitaria unidireccional, muy biologicista y dependiente del profesional sanitario hacia otra que contempla también el discurso social y vivencial.

- **Salut i Escola:** en el cual una enfermera del EAP se desplaza a las distintas escuelas de la zona de influencia del CAP y los-as alumnos-as pueden consultarle sobre temas de salud relacionados con la alimentación, las drogas, el alcohol entre otros. También sirve para detectar otros problemas de salud, tanto físicos como mentales. Se trabaja en colaboración con la propia escuela así como con otros profesionales como el-la psicoterapeuta. En este programa la escuela es quien debe autorizar la presencia de la enfermera, algunas no quieren participar por motivos ideológicos o creencias.

- **Salud comunitaria:** debería ser una de nuestras intervenciones prioritarias pero seguimos sin desarrollarla.

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) se define como la práctica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. Para desarrollar esta práctica es necesario que converjan:

1. Un servicio de atención primaria con características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad sobre la salud de los individuos y de la comunidad.

2. Un interés de los profesionales en ampliar la práctica clínica a la atención de la comunidad.
3. Una focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

Para ello necesitamos una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas, el trabajo por programas de salud comunitarios y la participación de la comunidad constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico de APOC.

La participación de la comunidad en todas las etapas del proceso.

Metodológicamente la APOC consiste en un proceso de planificación que se basa en las necesidades de la población.

Utiliza una metodología con fases bien definidas: examen preliminar de la comunidad, priorizar uno o más problemas de salud, diagnóstico comunitario que nos permitirá intervenir, con la intervención más adecuada –como, cuando y en quien incidimos–, planificación del programa de intervenciones y la ejecución de dicho programa. Debemos hacer un seguimiento y evaluación para acabar con un re-examen de la nueva situación de salud de la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico.

Para ello necesitamos enfermeras interesadas en el tema, que las hay, deberemos trabajar en la comunidad con entidades o personas con las que posiblemente no tengamos puntos en común, en ocasiones la comunidad será un barrio y éste puede o no coincidir con el área de influencia del CAP, también sabemos que las dinámicas en los barrios pueden no coincidir con nuestros horarios laborales, y tendremos que ser imaginativas para encajarlo todo.

La buena noticia es que tenemos la Xarxa AUPA que apuesta por este tipo de interven-

ción, que da soporte y formación, que ya ha realizado varios encuentros y que hay más de 20 CAPs de toda Catalunya adheridos a la Xarxa.

• **Promoción de la salud:** es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Aquí tenemos una oportunidad de intervención que no deberíamos perder. La promoción de la salud debería ser una actividad muy importante de las enfermeras. Como todas sabemos los problemas de salud más prevalentes están relacionados en gran medida con hábitos de vida (alimentación, actividad física, obesidad,...etc.). Algunos estudios han objetivado que las intervenciones para mejorar hábitos de vida encuentran mejorías transitorias para un corto periodo, pero no se mantienen en el tiempo. Algunas enfermeras del CAP donde trabajo hemos presentado un proyecto de promoción de la salud basado en el modelo de Virginia Henderson que se concreta en unos talleres de salud en los que de manera progresiva aportamos herramientas (conocimientos, habilidades y motivación) para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas de manera independiente e implicarse en el cuidado de su salud y bienestar.

Este tipo de actividades pueden desarrollarse en el propio CAP o en otro equipamiento.

• **Investigación:** Este aspecto está poco desarrollado; el número de enfermeras que participan en proyectos de investigación o que lideran proyectos de investigación sigue siendo pequeño. Sabemos que sabemos cuidar pero no siempre podemos demostrarlo. Del proyecto que antes mencionaba de promoción de la salud queremos saber su efectividad no solo en términos de calidad de vida relacionada con la salud sino también su estimación en costes y para ello hay que investigar. También tendremos más argumentos para discutir qué aspectos queremos potenciar. El nuevo plan de estudios ayudará.

Algunos problemas y retos a tener en cuenta:

- A pesar de darse por acabada la reforma de la Atención Primaria en algunos equipos aún conviven enfermeras de Atención Primaria con enfermeras no jerarquizadas, es decir aquellas enfermeras que consiguieron plaza hace años y que siguen trabajando 2 h 30' y no están plenamente integradas en el EAP. Esto plantea dificultades de organización.
- El número de enfermeras en algunos EAP es menor al de médicos-as, tanto en población adulta como en pediatría, rompiéndose así la paridad médico-a/enfermera-o.
- La población, en general, sigue sin saber que trabajo realizamos las enfermeras.
- También deberemos situarnos de nuevo con los nuevos planes de estudios, algunas ya nos situamos en los 80 y ahora nos va a tocar hacerlo de nuevo.
- La prescripción enfermera ya está siendo una realidad en Andalucía, y se va a extender al resto del territorio.
- La influencia de los medios de comunicación sobre las personas dificultan nuestra educación para la salud.
- Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitaria.
- La creación de la Agencia de Salud Pública.

20-10-2009

SER ENFERMERA EN UN HOSPITAL: VIVENCIAS, TRABAJO INVISIBLE, TRABAJO A LA SOMBRA

Cristina Cantalejo Recio

Enfermera. Hospital del Tajo (Aranjuez)

En primer lugar quisiera dar las gracias a la Red y especialmente a Margarita por darme la oportunidad de expresar todo esto que tengo dentro; también porque he aprendido mucho obligándome a organizar mis ideas y vivencias

para contarlas en estos 25 minutos y porque no es habitual en sanidad que se nos de la palabra a las enfermeras. Espero que mi intervención sirva para tener más claro quiénes somos las enfermeras y qué hacemos.

¿Enfermeras imprescindibles? Quiénes somos las enfermeras

Voy a empezar desde el principio, porque no todas en la Red habéis tenido la oportunidad de relacionaros con nosotras. Yo diría que las enfermeras somos un tipo de personal sanitario especializado en CUIDAR, CUIDAR con mayúsculas, CUIDAR a las personas, a veces consideradas sanas y principalmente consideradas enfermas. No voy a explicar que es CUIDAR con mayúsculas porque cuando acabe todas sabréis a qué me refiero. Si ese trabajo es en puestos de gestión también el objetivo debe ser CUIDAR a la población.

Trabajo en una planta de Medicina Interna desde hace 18 meses, en el hospital de Aranjuez que es un pequeño hospital al sur de Madrid, uno de los 8 hospitales que en la Comunidad se construyeron en la última legislatura. Se llama Empresa Pública Hospital del Tajo, y únicamente médicas, enfermeras, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas somos personal público. Absolutamente todos los demás servicios del hospital se han subcontratado: lencería, cocina, informática, administración de personal, celadores, servicio de rayos, laboratorio... Antes he trabajado 7 años en cirugía general y 3 años en la UCI de coronarias del hospital 12 Octubre que es un gran hospital de Madrid. Y voy a hablar de la enfermería en atención hospitalaria, desde lo que vivo y he vivido en estos años.

Sobre lo que hago todos los días tengo que contaros que existe una **tensión constante entre centrar el trabajo de enfermería en**

CUIDAR o en las acciones derivadas del tratamiento médico. Yo necesito saber qué diagnóstico médico tienen las personas porque una de mis funciones es detectar complicaciones y vigilar cómo evolucionan determinados signos o síntomas, esto es primordial por ejemplo en una UCI, o en las primeras 24h tras una cirugía. Pero aunque esto es importante, el bienestar, el cuidado integral de las personas tiene que ser protagonista en mis quehaceres. Es tan significativo, que es lo que justifica que las enfermeras dejáramos de ser ayudantes técnicos sanitarios, para ser una disciplina independiente. Tengo la posibilidad y también la responsabilidad de conocer cuáles son los problemas de las personas para que su vida sea lo más cómoda posible, y el concepto de comodidad es desde el criterio de la persona que está enfrente, de quien estoy cuidando. Yo les digo “¿qué tal, cómo está?” A las personas encamadas les suelo decir “¿estas a gustito?” Porque si tiene dolor, si su postura es incómoda, si tiene legañas en los ojos, está sin peinar o tiene la piel seca a lo mejor no está a gusto, y en esto me da igual si tiene una insuficiencia cardíaca, una cirugía por cáncer de ovario o una neumonía. Cuando alguien me responde: “estoy triste, estoy preocupada, estoy harta de esto, tengo miedo...” estas respuestas ya sé que me piden otro tipo de cuidados. Y yo siento entonces, que tengo la suerte y la desgracia a la vez, de ser la profesional que debe favorecer este estar mejor en el que entran muchas cosas. Me cuentan a mí lo que sus apoyos familiares no son capaces de solucionar, gestionar o simplemente escuchar. No tenemos que olvidar que el hospital es un medio hostil y agresivo, las personas están ingresadas porque tienen un problema de salud, se encuentran mal, y eso conlleva estrés e inseguridad, están pasando un momento difícil de sus vidas, los ingresos además afectan mucho a las dinámicas familiares. Para esta tarea una de las principales

dificultades es el tiempo del que dispongo, pero hay otras razones. Para proporcionar cuidados integrales hay que estar disponible integralmente, y aquí entra la afectividad y las condiciones de trabajo de las que luego hablaré.

No todas estamos disponibles para facilitar además de estar mejor, sentirse mejor por muchas razones: No se nos pide, no se fomenta y no tenemos la formación para ello. Desde la universidad aprendemos a centrarnos más en las técnicas que en estas actividades. Aprendemos a aparcar todas las vivencias profesionales en el vestuario a la salida, para que no me duelan, después pasamos a la pantalla autoprotectora y quizás, algún día podamos aprender a establecer esa relación terapéutica. Y eso que somos de las profesiones sanitarias que tenemos más formación en habilidades sociales, escucha y otros aspectos claves para ello. Un compañero, tras 12 años trabajando, escribió un relato sobre una vivencia con un enfermo oncológico y decía “aquel día aprendí que se puede abrazar a un paciente y seguir siendo un buen profesional”. Yo este año he cumplido también 12 años de enfermera, viví eso mismo unos años antes; no todas llegamos a esto porque no llegamos voluntariamente, es muy duro, las características del servicio donde trabajas te llevan antes, después o nunca. Es un punto de inflexión entre el aparcar y no querer ver los sufrimientos, y plantearse establecer este tipo de relación con los pacientes. No se nos forma para esto, nadie me habló mientras estudiaba de ver en primera fila cómo sufren las personas y sus familias, no he hecho ningún curso sobre cómo afrontar este estar en el contexto de los sufrimientos y no huir sino acompañar y apoyar, sólo en cuidados paliativos se habla de este tema. Además tengo que aprender a no sufrir yo demasiado a causa de mi trabajo diario.

¿Enfermeras desaprovechadas? Qué hacemos

Por ello creo que tengo miles de posibilidades pero nada potenciadas, me falta tiempo y me sobra carga de trabajo. Os cuento lo que hago en mi tarde, los primeros 20 minutos los dedico a recibir “la guardia”, mi compañera me cuenta cómo han pasado la mañana las personas que me toca cuidar, y después dedico entre ½ hora y 1 hora a “apagar los fuegos de la mañana”, porque al final del turno quedan cosas pendientes; todas tenemos que registrar lo que hemos hecho, lo que no registramos no es valorado, no existe para el sistema en el que estamos inmersas, así que las demandas o necesidades de las pacientes que surgen al final del turno, a veces, pasan a un segundo plano: retirarle la vía a alguien que se va de alta o resolver dudas sobre cómo se tomará en casa la medicación, alguien con dolor o que hay que ayudar a ir al baño o que hay que retirarle alguna medicación, cualquier cosa que ha quedado pendiente del turno anterior. Después me pongo a preparar medicación. Poner el tratamiento médico parece ser el primer y principal objetivo que hay en mi tarde. Digo esto porque es lo único que siempre queda hecho, preparar y poner medicación ocupa más de 2/3 partes de mi tiempo. Así que tras apagar los fuegos preparo y pongo medicación, el volumen de medicación es tal que normalmente pongo en la misma ronda la de las 4 las 5 y las 6 de la tarde, porque para proteger mi salud mental he aprendido que los horarios son relativos y cuando intento separarla lo único que consigo es dar más vueltas sin mejorar los horarios. En esta ronda también tomo las tensiones arteriales y resto de constantes. Si me entretengo un poco más con cada paciente o hay que cambiar alguna vía, si hay alguna complicación o es un fin de semana que hay una enfermera y una auxiliar de enfermería menos, lo que significa un 50% menos de

personal, puedo acabar pasadas las 19h, aunque lo normal es que sobre las 18 o 18:30 este terminando. Mientras pongo la medicación saludo y si no conozco a las personas que me ha tocado cuidar me presento, y ya miro de cada paciente qué vías hay que curar, qué ojos y bocas hay que limpiar, retiro los esparadrapos apretados... estas actividades del estar a gusto se comparten con la auxiliar de enfermería, se dice se delegan pero no es cierto, se comparten. En las condiciones en las que trabajamos, cuando ven que te pasas la tarde entre sistemas de suero, antibióticos y pastillas ellas responden a estas necesidades, este trabajo en equipo es imprescindible. Si se ha quedado alguna cama libre, que es lo habitual, entre las 18 y las 19:30 es el momento que mejor viene para que vengan los ingresos. Este tiempo es el único que dispongo para lo que no es poner medicación y registrar, o lo que es lo mismo, CUIDAR, y la mayoría de las veces se ocupa en acomodar a las nuevas pacientes y hacer los registros del ingreso. A las 19.30h comienza la cuenta atrás, hay que hacer muchas cosas hasta las 22h: hacer las determinaciones de glucemia, organizar las insulinas que hay que poner, muy alerta, porque en esta cuenta atrás es fácil cometer algún error, dar la medicación oral de la cena y comienzo a pasar las constantes vitales y glucemias, firmar los tratamientos que he puesto y escribir las incidencias de la tarde. Como es la hora de la cena normalmente hay menos demandas. Los registros los hacemos usando un complejo programa informático para cuyo uso me dieron una formación de dos horas. Luego pongo la medicación intravenosa de las 21.00 que ocupa mínimo ½ hora y ya sigo registrando. Normalmente me voy más tarde de las 22.00, y a veces no he curado todas las vías venosas o quedan pendientes otras tareas, pero me niego a dejar a medias el cuidado de los ojos y las bocas. Así que poder dar apoyo a alguien para que se

sienta mejor, puede llegar a ser casi imposible. El objetivo del cuidado integral se suele quedar a medias.

Yo he aprendido cual es mi objetivo central: CUIDAR. Para ello he pasado por 8-10-12 años desarrollando mi profesión, me he seguido formando y le he dado muchas vueltas a por qué yo quería ser enfermera en lugar de otra cosa, cuáles eran mis expectativas, el tipo de enfermera que quiero ser y qué tipo de enfermera puedo ser en estas condiciones.

Pero actualmente existe una dinámica en la atención sanitaria “del hacer”, de cumplir actividades, y esto nos ha llegado también a la enfermería: no tole si dolor, sonda rectal si gases, primperan si nauseas, orfidal si nerviosismo... Y ¿si llora? probablemente en los próximos días aparezca un antidepresivo en el tratamiento, pero otras actividades que quizá puedan ser útiles como estar, escuchar, consolar, coger la mano. ¿Y si necesita hablar? ¿No son actividades necesarias también? Parece que no. El caso es que las personas ingresadas han aprendido también esto y para todo piden una solución, siempre hay que hacer o dar algo tras una llamada, aunque no sirva para nada, pero si no, algunas personas no se quedan conformes, lo llamamos “la pastillita mágica”.

Relación terapéutica

Sobre el debate que surgió en la Red acerca de la relación terapéutica, me gustaría comentar que en mi opinión, las enfermeras tenemos una relación más cercana con el paciente que otras profesionales, incluso nosotras nos quejamos muchas veces de que nos consideran “un servicio”, cuando te llaman para apagar la televisión, o se pasan toda la tarde llamando por algún malestar que al final ves que no puedes solucionar y explicas al paciente que avisarás a la médica y dice “no mujer no, al médico no le molestes”.

Estos son los malos ejemplos, pero visibilizan que las personas se relacionan con las enfermeras de igual a igual e incluso a veces consideran que las enfermeras tenemos que estar a sus pies, a lo que nos manden. Cuando alguien demanda este tipo de cosas como “límpiale la boca a mi marido que se ha manchado tomando el café”, y esto le ha pasado a mi compañera esta semana, hay que explicar que eso lo pueden hacer ellos, que yo le ayudaré o haré lo que ellos no sepan o no puedan, pero que eso lo pueden hacer por sí mismos.

Está claro que esto es algo aprendido socialmente, pero las profesionales también seguimos alimentando estas concepciones o las vamos cambiando, poco a poco y día a día. Las personas que cuidamos otras personas y hemos decidido apoyar, estar cerca, estar disponibles, responder a sus necesidades, escuchar... esto supone soportar un aumento del trabajo, pero veo que gran cantidad de sanitarias se pierden la posibilidad de relacionarse con las pacientes con empatía y asertividad, o de acariciar la cara a una mujer mayor si es preciso, me encanta, y decirlas guapas, siempre contestan algo relacionado con la vejez y las arrugas... Es muy importante que este tipo de relación humana se dé para que las vivencias del ingreso mejoren.

Además veo situaciones en las que las personas se tienen que enfrentar a cambios muy duros, por ejemplo cuando les hacen una colostomía. Es una salida artificial para las heces hecha quirúrgicamente uniendo el intestino grueso que no funciona bien al abdomen, se pone una bolsa porque no hay esfínter voluntario. Y ¿si tiene que aprender a manejarse su colostomía, que además le da asco? Hay que estar y explicar, preguntar qué te pasa, ¿me quieres comentar o preguntar algo? Estoy aquí hasta las 10, mañana por la tarde también vengo.

La población probablemente nos considera la profesional sanitaria más accesible, pero

esta accesibilidad la fomentamos, usamos menos tecnicismos, las pacientes, sobre todo las que han pasado por una cirugía, te repreguntan por la tarde lo que les han explicado por la mañana y no han entendido... En mi caso la distancia en la relación terapéutica la determino yo al llegar a una habitación y presentarme o no, dónde miras, saludar y decir mi nombre y mi profesión, y añadir: "si necesitan algo llamen al timbre". Eso fomenta otro tipo de relación y normalmente favorece que las demandas sean menores. Las mujeres enfermas o acompañantes me suelen dar las gracias por esto, también algunos hombres ingresados lo agradecen. Estas mujeres han cuidado desde siempre sus familias, han visto a sus madres cuidar y cuidar a los demás. Hay que reconocer este trabajo que realizan, y esa actitud y aptitud para cuidar, y el sentimiento de orgullo y realización personal por ello o el de esclavitud y frustración. Hay aquí una conexión muy importante entre las mujeres con nosotras, ellas saben que comprendo lo que significa estar cuidando a un familiar y lo que implica en sus vidas.

Claramente el descubrimiento de una visión feminista y mi formación en antropología que han sido paralelas, han cambiado mi forma de trabajar, sobretodo de relacionarme con las pacientes, con sus acompañantes y con mis compañeras tanto médicas como cualquier profesional. No todas las médicas se toman bien las sugerencias de las enfermeras, otras en cambio nos piden opinión. Me miran mal los maridos enfermos cuando mando a casa a dormir a sus esposas de piernas hinchadas. O cuando les prohíbo hablar a sus mujeres de cierta manera al menos en mi presencia, me da igual llevarme un no te metas, que por suerte aún no me he encontrado. No sé si este reconocimiento incondicional de las mujeres y visibilizarlo hubiera sido posible desde una perspectiva diferente.

Las condiciones para esta relación

A partir de estas visiones, es muy preocupante la poca capacidad que tienen las personas de decidir en el hospital. Esto es muchísimo más acentuado en las mujeres que en los hombres, es asombroso. Increíble sobre todo con las mujeres mayores y qué poco nos sorprendemos ante estas situaciones. Así que no hace mucho tiempo me vi animando y legitimando este decidir sobre una misma, diciéndole a una mujer mayor que si no estaba de acuerdo con su tratamiento se lo comentase a su médica, que hay alternativas que se podían ajustar más a sus objetivos y que podían ser diferentes a los de la médica o a los míos. Desde luego, me parece que ninguna profesional sanitaria con la formación que recibimos, ni médica ni enfermera ni otras, somos capaces de visibilizar y empoderar para favorecer que las personas sean sujetos de sus vidas y decidan sobre su salud y su futuro según sus propias visiones. Generalmente pensamos qué es lo que necesitan según nuestros propios criterios.

El centro del sistema sanitario

Además, como ya he dicho antes, es que tanto el sistema a nivel macro, como la organización de las unidades de hospitalización en las que he trabajado, no se centran en las personas ingresadas. Aunque esto sería lo lógico y lo que en principio todas podamos pensar, la realidad de la actividad diaria es que la atención parece centrarse en los ritmos de trabajo, horarios de médicas, enfermeras o personal de cocina, en diagnosticar... Esto lo digo porque creo que si se tuviera más en cuenta a las personas ingresadas y sus necesidades no se les despertaría para sacarles una analítica a las 6.00 de la mañana. Se hace a esa hora para que cuando vengan las médicas por la mañana estén los resultados en el ordenador. Ni se le despertaría de la siesta para ponerles el termó-

metro o tomar la tensión, que si no se nos hace tarde. En mi servicio actual hay 30 pacientes, se sacan entre 10 y 18 analíticas cada noche de domingo a jueves, los viernes y sábados no se suelen sacar más de 5. El domingo pasado mis compañeras sacaron 21 analíticas, comenzaron a pinchar a las 5:15 de la madrugada. Se sacan a cada paciente entre 3 y 5 analíticas a la semana. Yo me paro a pensar y digo serán para seguir al pie de la letra la evolución analítica de cada paciente porque si fueran significativas para la salud, también se harían el fin de semana. Más de una y de dos abuelas llenas de hematomas y edemas que te cuesta 2 ó 3 pinchazos sacar la analítica me han dicho “no me pinches más por favor, déjame en paz”. No creo que sean necesarias tantas analíticas, tantos pinchazos, tanto dolor. Mi idea del cuidado y la salud no contempla estas acciones, pero las hago, yo no puedo decidir sobre esto, creo que mis pacientes tampoco. Incluso algún médico se sorprende de que un paciente que lleva ingresado un mes y medio tenga 30 radiografías de abdomen, aunque este ingresado por obstrucción intestinal y te dice bajito: “al médico que lleva este paciente hay que explicarle que las radiografías no son terapéuticas, son diagnosticas”. Así que se pueden pedir todas las analíticas y radiografías que se consideren necesarias sin valorar el coste humano y económico que suponen. Y por ejemplo se puede hacer una colonoscopia, con un valor x, a un señor que ingresa por rectorragia y tiene alzheimer, para confirmar el diagnostico inicial que se hace gracias a la clínica y a la elevación de los marcadores tumorales específicos del cáncer de colon. El señor mantenía sus capacidades físicas pero ya no era capaz de recordar ni decidir nada, ni de tener una conversación. Sin tener en cuenta que esta prueba implica: Para el paciente tres días antes de la prueba estar a dieta sin residuos, un día antes a dieta líquida, con 2 tandas de

8 sobres de solución evacuante bohmer que se disuelven en 2 litros de agua y hay que beberlos en 2 horas, 8 por la mañana y 8 por la tarde, aunque no tenga sed y el sabor no sea agradable, ni sea capaz de comprender debido a su demencia cual sería la razón de tomárselos. Son para conseguir que las heces estén limpias, que parezcan orina, y si eso no es suficiente además algún enema de limpieza, entre 700 cc y 1500 cc de agua jabonosa, para mejorar la limpieza intestinal. El día de la prueba estará en ayunas, probablemente tendrá hambre y constantemente se lo dice a su familiar porque no sabe porqué no come ni recuerda que le han dicho hace un minuto que no puede, además se le ha puesto una vía venosa y un suero. Como no puede colaborar un anestesista le sedará. Sólo la preparación ya no se lo deseo a nadie, y luego la prueba, introducir un aparato por el recto. Todo con el fin de ver en el colon limpio si hay alguna lesión cancerígena y coger muestras, si no está bien limpio la prueba puede no servir. Para el familiar esta prueba implica que verá como se le pone un pañal a su ser querido ya que manchó el pantalón y no llegó al baño a tiempo en varias ocasiones, se pondrá sobre las heces en el suelo un empapador y vendrán las limpiadoras cuando puedan, las auxiliares de enfermería le cambiarán y finalmente le pondrán el pañal. Aunque yo no estoy de acuerdo con la realización de la prueba, como su hijo me pregunta si esto tiene que ser así que no sabía que la preparación era esa, le explico que es necesaria esta agresiva limpieza intestinal para que la prueba salga bien, y me pregunto si sabe que el tratamiento de esa rectorragia, será el mismo con colonoscopia que sin ella, porque no se va a tratar, a operar el cáncer de colon a su familiar con alzheimer.

Pero como el hospital está centrado en el objetivo que es el diagnóstico, y se contabiliza estadísticamente, se ha hecho una colonos-

copia más. Si el objetivo fuera el bienestar del paciente y su calidad de vida, minimizar el sufrimiento de la enfermedad y el que produce el mismo sistema sanitario, no se hubiera hecho la colonoscopia. Si se hubiera informado a la familia de forma que hubiera comprendido lo que implica hacer esa colonoscopia y su verdadera utilidad probablemente hubieran decidido no hacerla. Y yo me pregunto en éste como en muchos casos ¿Quién decide el tipo de atención? El paciente, el médico, la familia, la enfermera, los objetivos anuales, las políticas... Parece que ni la gran mayoría de los pacientes ni muchos profesionales se dan cuenta del sufrimiento que el propio sistema sanitario produce a las personas.

Yo veo, en un hospital como el mío, que se pueden hacer pruebas caras que no cambiarán la actitud terapéutica, pero puede que no haya toallas suficientes, o camisones, que no haya jabón en el lavabo de los pacientes porque desde el primer día no funcionan los dosificadores que pusieron, que beban en vasos de plástico desechables porque a nadie se le ocurrió contratar que las personas ingresadas tuvieran un vaso de una mínima calidad en la mesita. Así que también pasa que el personal de enfermería todas las tardes emplea parte de su tiempo en dar varios vasos desechables, en explicar que no es que le hayan puesto a su madre un camisón roto si no que no hay camisones abiertos y por eso mi compañera de la mañana lo ha cortado por detrás para poder ponérselo, me pedirán jabón y toallas y diré que no hay mientras ofrezco esponjas jabonosas y fundas de almohada en sustitución... Sabemos cuál es el coste de las cosas, hay que entrar en la valoración de cuáles son las que se justifican y cuáles no.

A estas condiciones también se suma que puede haber, por ejemplo, una enfermera que no conoce la sistemática de trabajo habitual, que está ahí porque ha faltado alguien, o

porque esa tarde tendremos 10 ingresos y no daremos abasto, y la mandan cuando acaba en su consulta por ejemplo de oftalmología, y además de todo lo que tengo que hacer me preguntara a mí casi todo lo que la preguntan a ella. No me da tiempo a entrar en cómo se siente ella. Lo que quiero decir es que el coste de que haya las enfermeras y auxiliares necesarias en cada servicio para que se impartan cuidados de calidad no lo justifican. Además como las pacientes conocen esta sistemática, los horarios, la organización, le pedirán a mi nueva compañera y a mí que le hagan la glucemia que ayer le hicieron aproximadamente a la misma hora y si no llamarán al timbre, y así todas las cosas. Cuando llegas a un servicio hay que aprender la sistemática de trabajo, orientarte en el espacio, saber donde están los materiales, preguntar cómo se hacen determinadas cosas que hace tiempo que no haces o nunca has hecho, en todo tardas más tiempo.

Estar en los pasillos del hospital y a pié de cama, estar cara a las personas te hace poder transmitirles y explicar cómo funciona el sistema sanitario, el porqué de muchas cosas que pasan. También podríamos transmitir las visiones y necesidades sentidas de la población a los niveles de toma de decisiones del sistema, pero esto no existe, tampoco interesa, porque actualmente de lo que se trata es de: hemos atendido en urgencias en 24 horas a "n" personas, hemos operado "x", el tiempo de espera para extirparle la vesícula biliar es menor de 1 mes. Por eso nos insisten tanto en los registros y no en otras cosas. El último año que trabajé en cirugía general del 12 de octubre, cuando llegó diciembre, la estadística de enero a noviembre decía que ese año iba a haber menos trasplantes hepáticos que el anterior. Así que todas las intervenciones que estaban pendientes de trasplante de donante vivo se hicieron ese diciembre, lo consiguieron, mejoraron los números.

Pero no hay datos de cuáles son las condiciones en las que se dan estas estadísticas, no se analiza si es un dato de calidad asistencial que una enfermera sólo libre 4 días en todo un mes, o que te cambien en una mañana 3 veces de servicio porque eres “corretornos” o simplemente tu contrato es precario y no estas en condiciones de quejarte, a primera hora a la planta de medicina interna que hay mucha medicación, luego a una cirugía que hay muchas curas y se ha tenido que ir una enfermera que se encontraba mal y a las 13.30h te vas a la urgencia que se está llenando la sala de espera.

Soy testigo de esta lógica hospitalaria que nada cuida los medios y así nos encontramos miles de incoherencias y se consigue que yo en mis 12 años de trabajo cada vez tenga peores condiciones laborales y más dificultades para seguir motivada. Y la población peores condiciones de atención sanitaria.

Hay responsables de lo que os he contado, de lo que viven las personas ingresadas y de las posibilidades negadas a mi trabajo, de esta atención sanitaria mediocre y mejorable. Yo intento trabajar lo mejor que sé y que puedo, hay muchas compañeras que hacen lo mismo, pero no sé si algún día la política sanitaria no será el ahorro económico, porque en cuidados no se puede ahorrar más.

Ha sido muy agradable poder expresar todo esto, poder visibilizar cómo es la sanidad hoy en muchos sitios, creo que exige que hagamos algo como sanitarias y ciudadanas. Como me he quejado un poquito, tengo que aclarar algo aunque sé que ya lo sabéis. Me gusta ser enfermera y disfruto con mi profesión, y no cambio por nada que una mujer mayor me quiera regalar un beso o que un paciente o familiar venga a despedirse cuando se van del hospital, porque en esto veo que se han sentido cuidados por mí.

Gracias por escucharme.

ASPECTOS LABORALES DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA: ¿POR QUÉ SE VAN AL EXTRANJERO LAS ENFERMERAS?

Luisa Montes Pérez

Enfermera representante de CCOO en el Consejo profesional enfermera

En primer lugar quiero agradecer a la Red, la invitación para

participar en estas jornadas, permitiéndome analizar y debatir con todas vosotras, propuesta que puedan mejorar la situación laboral de las enfermeras. También quisiera dar las gracias especialmente a Margarita por su paciencia, lo que ha permitido que hoy todas tenemos en las carpetas las ponencias de todas las ponentes.

La sanidad Catalana cuenta con excelentes enfermeras, tanto en el sector público como en el sector privado, tienen una buena consideración y reputación por la buena formación y competencias desarrolladas, pero a pesar de ello, las enfermeras tienen una tasa muy elevada de abandono profesional en comparación con otras profesiones, esta situación agrava el déficit de profesionales, solo en Catalunya faltan 15.000 enfermeras, para tener estándares europeos, en nuestra comunidad hay 5,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes, significativamente inferior a la media Europea, que es de 8,5 enfermeras

La falta de enfermeras pondrá en peligro el relevo generacional a partir del año 2020, por elevado número de enfermeras que se jubilarán forzosamente en esas fechas.

Faltan enfermeras y desde el año 2001, un número importante se van al extranjero, aunque en los últimos años el flujo se ha estancado, posiblemente porque han mejorado las ofertas en nuestra Comunidad y porque llegan menos ofertas de otros países

La presencia de enfermeras extranjeras crece, según datos del Colegio Oficial de Barcelona, en el año 2007, el 14,8% de las

nuevas colegiadas en Barcelona fueron de origen extranjero, de momento el saldo entre enfermeras que vienen y las que se van sigue siendo negativo, la incorporación activa de las enfermeras que vienen del extranjero no es inmediata, ya que deberán homologar su titulación. Teóricamente la homologación del título de las enfermeras de otros países comunitarios se tendría que realizar en un mes, alargándose a los tres meses, por el atasco burocrático que en estos momentos existe, más grave es la situación de las enfermeras extracomunitarias que veían su título homologado en un año ahora son dos.

Para validar el título, las universidades tienen que revisar si los planes de estudio cursados son equiparables con los nuestros, además de la realización de un examen. Con una peculiaridad en nuestra profesión, a diferencia de los médicos, no se reconocen especialidades de enfermería, hecho que ha dificultado cubrir con profesionales extranjeros la falta de comadronas en nuestro país,

Es urgente analizar porque se van al extranjero las enfermeras y el porqué, es una de las profesiones con más abandonos profesionales.

¿POR QUÉ SE VAN AL EXTRANJERO LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS?

Teniendo en cuenta que los niveles de formación son muy buenos, reconocidos y valorados internacionalmente, es necesario analizar las causas y estas hay que buscarlas en el mercado de trabajo, en mi opinión son múltiples los factores que influyen pero fundamentalmente hay que revisar las condiciones laborales que son muy precarias.

Literalmente precario significa, inseguro, incierto, difícil. Como término político, hace referencia a las condiciones de vida y de trabajo que no ofrecen ninguna garantía.

Podríamos decir que el trabajo precario hace referencia a todas las posibles formas de in-

seguridad, no garantía, flexibilidad, trabajos inciertos...

El Sistema Sanitario es uno de los sectores que más empleo genera, aunque no siempre éste es de calidad. No debemos confundir estabilidad con precariedad, la inestabilidad en la contratación siempre va asociada a la precariedad por la inseguridad que genera fundamentalmente. Se puede tener estabilidad y a la vez ser muy precario.

El mercado laboral en nuestro sector, se está caracterizando por equiparar contrato a tiempo parcial con precariedad, cada vez hay más contratos con jornada complementaria (parte de la jornada contemplada en el calendario laboral estable y la restante que suele ser la mayor parte de la jornada a demanda de la empresa)

En Catalunya el Sistema Sanitario cuenta con diferentes proveedores, pero las condiciones contractuales son muy similares, los índices de precariedad e inestabilidad son muy parecidos.

En los últimos años ha disminuido la inestabilidad en detrimento de la precariedad. (Empleo fijo de poca calidad).

Repercusiones de la precariedad laboral

- **EN LOS USUARIOS:** Disminuye la calidad del servicio, por la gran rotación de la enfermeras.

Influye negativamente en el trabajo de equipo, por no consolidar plantillas

Impacto negativo en los resultados clínicos

- **EN LOS PROFESIONALES:** Limita la formación, la participación y la motivación, la gran rotación de servicios y turnos lo dificulta.

Repercute en la salud, la precariedad laboral agrava la exposición al riesgo laboral (más accidentes laborales, dentro y fuera del centro de trabajo). También se asocia a peor salud mental

Dificulta la conciliación personal y familiar.

- EN EL SISTEMA SANITARIO: Disminuye la productividad y la calidad del servicio, aumento de los accidentes laborales, provocando todo ello incremento de los costes.
- EN LA SOCIEDAD: Incremento de las desigualdades sociales y peor servicio sanitario. Las enfermeras somos mayoritariamente mujeres. La sociedad ha dado un rol histórico a las mujeres de cuidadoras de hijos/as, de padres/as... que se ha ido transmitiendo de madres a hijas, y hemos elegido una profesión de cuidados. Las mujeres sanitarias nos preocupamos de la salud de nuestros pacientes así como de proteger y promover la salud de las personas de nuestras comunidades, pero ponemos poca atención a proteger nuestra salud individual y colectiva. Colectivamente no vigilamos los problemas de salud relacionados con el trabajo, es por lo que me detendré en aquellos aspectos que la precariedad influye negativamente en la salud de las enfermeras.

PRECARIEDAD Y SALUD

La precariedad laboral está asociada a la siniestralidad laboral, el riesgo de accidente dentro y fuera del puesto de trabajo puede aumentar.

Las enfermeras eventuales o en precario tienen una mayor ansiedad y estrés, no están integradas en el equipo y suelen percibir poco apoyo del resto de los profesionales.

Las enfermeras eventuales o en precario suelen cambiar muy a menudo de horario y/o unidad, alargando en exceso las jornadas laborales. La falta de descanso puede provocar una fatiga profunda, que asociada a otros factores estresantes, como que la dotación de enfermeras en las unidades, está muy ajustada y a veces por debajo de las necesidades para dar unas curas óptimas, la dotación prevista no corresponde a la carga asistencial, estos aspectos pueden producir errores en la praxis y accidentes laborales.

Las horas estructurales no dotadas, está provocando una fuerte rotación de personal y una inestabilidad en los equipos de trabajo.

Las enfermeras que trabajan de forma irregular y que no tienen estabilidad en el lugar de trabajo, suelen tener más dificultad para adquirir la experiencia necesaria para dar una buena calidad asistencial, lo que provoca una mayor carga de trabajo a los profesionales habituales.

Las jornadas prolongadas, doblar turnos y/o cambios de horario que a menudo realiza el personal eventual o en precario, dificulta las relaciones personales y familiares. Los cambios de horarios y la privación del descanso puede interferir en la vida familiar y social, pudiendo comportar estilos de vida no saludables: dormir poco, hábitos dietéticos poco saludables, no realizar ejercicio...

La vida de las personas tiene diferentes esferas: La personal que es uno mismo, la laboral que es el trabajo y la sentimental que son los amigos, los familiares, la pareja...

Si una va mal puede repercutir en las otras esferas: la precariedad laboral repercute negativamente en la personal y en la sentimental, influyendo negativamente en el trabajo.

OTRAS CONSECUENCIAS DE LA PRECARIEDAD LABORAL

- Retraso en la edad de emancipación
- Dificultad de acceso a la vivienda
- Disminución de la natalidad
- Menor tiempo de cotización a la Seguridad Social
- Flexibilidad en las condiciones de trabajo (pérdida de derechos)
- Intentos de hacer prevalecer el pacto individual sobre la negociación colectiva.
- Abandono de la profesión.

PROPUESTAS PARA EVITAR LA INESTABILIDAD Y PRECARIEDAD EN NUESTRA PROFESIÓN.

- Rechazar la idea de que la precariedad laboral es inevitable, es cultural y conlleva

cambios de mentalidad: romper con el mito de lo imposible.

- Supeditar el empleo a la salud de los profesionales (supeditar la política de mercado laboral a la evaluación de los impactos sobre la salud y cómo reducir y contrarrestar los efectos negativos del actual mercado de trabajo).
- Todas las horas estructurales deberían cubrirse con contratos estables de calidad (calendario laboral anual).
- Jornadas laborales saludables,
- Incluir en todas las evaluaciones de riesgos laborales la evaluación de riesgos psicosociales.

CONCLUSIONES

La creciente demanda y necesidades de cuidados sanitarios por razones sociodemográficas, así como por las propias expectativas de los ciudadanos y ciudadanas que exigen cada vez más y mejores cuidados, nos hace reflexionar que a pesar de tener la enfermedad una buena consideración y reputación por la formación y competencias desarrolladas, existen problemas importantes que pueden amenazar el futuro de los cuidados sanitarios.

Las sociedades más sanas son más productivas y tienen niveles más elevados de riqueza y bienestar global, por lo que es necesario:

ACTUAR PARA ELIMINAR LA INESTABILIDAD Y LA PRECARIEDAD.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRASTORNO MENTAL SEVERO CON ENFOQUE DE GÉNERO

Roly Rodríguez

Enfermera. Unidad de Rehabilitación de Oviedo. Servicios de Salud Mental

Introducción

El término Enfermedad Mental Crónica es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando recientemente el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

La definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad. Y que en la clasificación CIE-10 incluye los códigos (del F20 al F33) F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 (OMS, 1992).

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.

3. Presencia de Discapacidad: La existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Así las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis (TMS) presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

Justificación

Pretendemos hacer un estudio con perspectiva de género sobre el T.M.S.. La identidad de género es un referente que se manifiesta en los distintos ámbitos de la vida; de ahí que, respecto a los trastornos mentales, resulte útil un abordaje desde la perspectiva de género.

Es necesario precisar que **no es lo mismo sexo que género**, con el primero nos referimos a la cualidad biológica definida por la morfología genital y por género aludimos a la **dimensión psíquica y social** que adquieren las diferencias sexuales y que finalmente se expresan en estereotipos y roles de género que condicionan, entre otras cosas, modalidades de conducta y personalidad distintas según el sexo de las personas. El género es una red de creencias, actitudes, valores y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres que pasan a través de un proceso de construcción social. Sobre esta red se constituyen los mandatos y prescripciones sociales en que se sustenta el “**debe ser**” de lo que cada sociedad define como lo masculino y lo femenino.

Son estos roles y patrones de conducta socialmente impuestos, los que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan la enfermedad y su sufrimiento psicológico.

Actualmente hay evidencias, sobre la conformación de patrones y formas de expresión de enfermedad mental específicos para hom-

bres y mujeres de ahí que sea indispensable **investigar, profundizar y visibilizar la influencia que ejerce el género en estas distribuciones diferenciales.**

Las personas que sufren un TMS son las candidatas habituales en el uso de los recursos de media y larga estancia en salud mental.

Estos recursos en algunos casos disponen de programas de rehabilitación psicosocial y laboral. Existe la percepción de que ingresan más hombres que mujeres en estos centros de rehabilitación psiquiátrica.

Nos preguntamos:

* ¿Hay una prevalencia mayor de TMS (fundamentalmente esquizofrenias) en hombres que en mujeres? Revisión estadística y bibliográfica.

* ¿Son los roles de masculinidad los que producen más conductas disruptivas en los hombres y ello puede ser lo que motiva que necesiten más recursos y tratamientos institucionalizados?

* ¿Estas patologías son más defectuales en hombres que en mujeres?

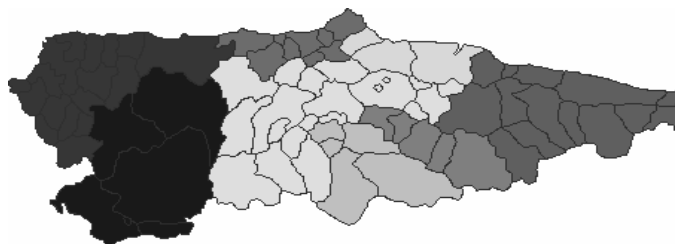
* ¿Las mujeres están siendo más olvidadas en el sistema sanitario debido a que ellas no muestran conductas agresivas, aunque su enfermedad sea tan grave como en los hombres?

Vamos a realizar un estudio descriptivo con la finalidad de tratar de buscar respuestas a estos interrogantes.

XI Seminario de la Red-CAPS

ALGUNOS DATOS:

Cuadro 1



Asturias se divide en 8 áreas sanitarias y consta de los siguientes recursos públicos en Salud Mental:

- 15 C.S.M. (5 Oviedo, 4 Gijon, 2 Avilés, 1 Arriondas, 1 Langreo, 1 Mieres, 1 Cangas del Narcea, 1 Lluarca)
- 4 Comunidades terapéuticas
- 5 Unidades de agudos
- 1 Centro integral
- 1 Unidad de rehabilitación psiquiátrica
- 1 Unidad residencial
- 4 Hospitales de día
- 6 Pisos protegidos (2 Avilés, 2 Oviedo, 2 Gijón)

Cuadro 2

TOTAL	LUARCA	CANGAS	AVILES	OVIEDO	GIJÓN	ARRIOND	MIERES	LANGREO	ASTURIAS
T. Mentales Orgánicos	74	84	110	237	204	79	47	83	918
Ps. Esquizofrénica	196	155	442	756	1054	174	166	232	3175
T. del Humor	599	567	1303	2758	3072	586	858	657	10400
T. Neuróticos	856	538	2473	5234	4741	806	1424	1302	17374
T. Personalidad	70	45	230	443	648	115	84	96	1731
T. Comportamiento Asociado	34	7	36	90	127	14	29	26	363
T. Conducta Alimentaria	25	14	52	151	121	24	46	70	503
Alcoholismo	84	88	197	444	647	156	179	254	2049
Toxicomanías	56	23	190	388	734	94	380	362	2227
T. del Desarrollo Psicológico	42	16	60	90	116	30	33	47	434
Retraso Mental	30	35	81	152	194	63	38	41	634
Otros Procesos	4	5	11	68	32	10	9	89	228
Eje III	94	47	235	398	208	62	131	309	1484
No Consta	29	29	751	1850	1867	43	357	68	4994
Total	2193	1653	6171	13059	13765	2256	3781	3636	46514

Cuadro 3

INCIDENCIA DIAGNÓSTICA 2002 - 2006

VARONES						
	2002		2004		2006	
	N°	%	N°	%	N°	%
T. Mentales Orgánicos	114	2,84	111	2,59	115	3,15
Ps. Esquizofrénica	153	3,81	130	3,04	121	3,32
T. del Humor	544	13,55	485	11,33	456	12,51
T. Neuróticos	1624	40,46	1609	37,60	1437	39,41
T. Personalidad	195	4,86	172	4,02	139	3,81
T. Comportamiento Asociado	77	1,92	78	1,82	70	1,92
T. Conducta Alimentaria	13	0,32	15	0,35	10	0,27
Alcoholismo	365	9,09	370	8,65	344	9,43
Toxicomanías	269	6,70	245	5,73	218	5,98
T. del Desarrollo Psicológico	46	1,15	46	1,08	43	1,18
Retraso Mental	49	1,22	52	1,22	37	1,01
Otros Procesos	7	0,17	12	0,28	9	0,25
Eje III	288	7,17	331	7,74	253	6,94
No Consta	270	6,73	623	14,56	394	10,81
Total	4014	100	4279	100	3646	100

MUJERES						
	2002		2004		2006	
	N°	%	N°	%	N°	%
T. Mentales Orgánicos	172	2,80	135	2,14	186	3,37
Ps. Esquizofrénica	126	2,05	101	1,60	104	1,88
T. del Humor	1362	22,16	1138	18,03	965	17,47
T. Neuróticos	3037	49,41	2938	46,54	2716	49,17
T. Personalidad	169	2,75	146	2,31	89	1,61
T. Comportamiento Asociado	54	0,88	42	0,67	48	0,87
T. Conducta Alimentaria	183	2,98	155	2,46	115	2,08
Alcoholismo	70	1,14	79	1,25	73	1,32
Toxicomanías	65	1,06	60	0,95	47	0,85
T. del Desarrollo Psicológico	35	0,57	36	0,57	24	0,43
Retraso Mental	51	0,83	43	0,68	29	0,52
Otros Procesos	30	0,49	21	0,33	10	0,18
Eje III	458	7,45	493	7,81	427	7,73
No Consta	335	5,45	926	14,67	691	12,51
Total	6147	100	6313	100	5524	100

HIPÓTESIS:

¿Ingresan en los programas de rehabilitación psiquiátrica más los hombres que las mujeres?

OBJETIVOS**Objetivo general**

El objetivo de esta investigación es conocer si existe algún sesgo de género en la utilización de recursos y programas de rehabilitación psiquiátrica en Asturias.

Es decir averiguar si las mujeres y los hombres que padecen TMS tienen las mis-

mas probabilidades de ingresar en los programas de rehabilitación psicosocial y laboral.

Objetivo Específico

- Saber si el diagnóstico de TMS en nuestra comunidad tiene la misma o distinta prevalencia en ambos sexos.
- Averiguar si con los mismos diagnósticos ingresan en los programas por igual hombres y mujeres.
- Conocer si existe alguna diferencia por sexos y si las hay cuales pueden ser las causas de dicha diferencia.
- Visibilizar si existe algún sesgo de género.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se trata de hacer un estudio descriptivo, con variables e indicadores de los y las pacientes ingresados en los centros de media y larga estancia de salud mental, durante los últimos 5 años en Asturias.

1. Recogida de datos estadísticos de las historias clínicas

VARIABLES A ESTUDIAR:

Socio-demográficas: sexo, edad.

No se recoge clase social ya que en las historias clínicas no está recogida y es muy difícil de medir, la población usuaria habitual de estos centros suele ser de clase media baja.

Apoyo familiar y/o social, cuidador/a* (soporte social y familiar)

Nos preguntamos si existe una inequidad de género, ya que con mucha frecuencia las cuidadoras de estas personas suelen ser mujeres y sobre todo las madres, que lo suelen hacer hasta que se mueren, aunque este tema quizá deba ser motivo de otra investigación, aquí nos limitaremos a conocer si es cuidador o cuidadora.

Cómo y dónde vive

- Familia, solo, piso protegido, pensión...

Autonomía. Capacidad para el autocuidado.

- Aseo, cuidado de enseres personales y del entorno.
- Manejo del dinero, transporte, etc.

Diagnóstico. Motivo y número de ingresos

- Ingresos en las distintas unidades, de corta, media y larga estancia, desglosando la frecuencia y severidad de los ingresos.
- Si tuvo opción a algún programa de rehabilitación específico

2. Elaboración de una encuesta a los/las profesionales clínicos.

Con la finalidad de saber cuáles suelen ser los criterios habituales para el ingreso en centros de estos pacientes.

- Descompensación psicopatológica, conductas desadaptadas y/o disruptivas, descanso del cuidador/a, problemas de carácter social (como falta de vivienda), adquisición y/o rehabilitación de habilidades...

ANÁLISIS

Los datos se desglosarían por sexo y por área sanitaria.

A la luz de los datos ¿Existen diferencias entre mujeres y hombres?

Aplicabilidad

¿Qué utilidad y usos puede tener la propuesta?

Si existe alguna diferencia en la utilización de recursos, el solo hecho de visibilizarla me parece que cumpliría un papel importante para reflexionar en muchos aspectos.

Saber si la hipotética sobre-utilización por hombres de estos recursos se debe a la expresión de la masculinidad, serviría para orientar las terapias, formar al personal sanitario, y reeducar a los propios pacientes en ese sentido.

CONCLUSIÓN

La perspectiva de género debe seguir haciéndose para adquirir conocimientos que contribuyan al diseño de estrategias preventivas. Y así lograr una sociedad más justa e igualitaria, donde tanto hombres como mujeres puedan desarrollar todas sus capacidades sin estar sujetos a la tiranía de los mandatos de género.

Es necesario introducir una formación que incorpore conocimientos de las variables relacionadas con el género en las decisiones clínicas, en el manejo terapéutico, y en la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Isabel Montero et al. *Temas actuales de salud pública; género y salud mental en un mundo cambiante*. Gaceta Sanitaria 2004;18(supl.1):175-81

Víctor Contreras García. *Prevalencia e incidencia en esquizofrenia*. <http://www.fundacion-salto.org/pdf/colaboraciones/PREVALENCIA%20E%20INCIDENCIA.pdf>

ESTEREOTIPOS EN LA ADOLESCENCIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Margarita Petit Vila, Montse Prat Tordera

Enfermeras

Colaboración de Gemma Cànovas

LA ADOLESCENCIA Y LA SALUD

Los estereotipos de género están presentes de forma directa en la vida cotidiana de los adolescentes y les afectan en sus conductas y decisiones.

Como enfermeras que trabajamos en el ámbito de la salud somos testimonios directos de la demanda que hace la población adolescente. Si a ello añadimos sus opiniones sobre estereotipos, sexo o relaciones familiares recogidas durante cuatro años que reflejan sus ideas, debiéramos llegar a conclusiones sobre su estado de salud y también hasta dónde alcanzan los recursos sanitarios.

Hemos tomado la descripción de un organismo reconocido que incluya el género ya que consideramos imprescindible hablar de salud y no tenerlo en cuenta.

Tal como dice la OMS: “Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades” (OMS 2001).

De otra forma más llana la descripción del Sr. Jordi Gol en el año 1976 nos dice que la

salud “Es una manera de vivir autónoma, solidaria y alegre”. Una buena fórmula que es tan sencilla como difícil, pero que sin duda sería la mejor manera en que discurrir la etapa previa a la madurez de las personas

Los cambios sufridos en el cuerpo de las personas adolescentes y el cambio de visión de sí mismos/as, les afecta de forma directa en su salud. La adolescencia es una etapa difícil y que va a tener consecuencias, sin embargo el sistema de salud presta atención al área biológica descuidando los factores bio-psicosociales causantes de la pérdida de la salud.

Existen unos determinantes para la salud a través de la biología humana, condicionados por la genética y sometida al envejecimiento. También contribuye a disponer de una buena salud el medio ambiente. Determinados países y zonas están sometidos a graves deficiencias debido a contaminantes en el aire, el agua o la tierra y a través de ellos los alimentos son contaminados a su vez.

Los factores psicosociales afectan la forma en que se desarrolla la evolución de las personas respetando a su cuerpo como un todo. A ello contribuye la cultura y las tradiciones que no por serlo son aceptables e idóneas para la salud.

En otro orden la sociedad ensalza valores como la virilidad demostrada a través de la fuerza, el poder o la velocidad. La violencia utilizada para resolver conflictos es algo visto con buenos ojos por el mundo adulto apartando formulas como el dialogo y la comprensión como actitudes poco efectivas. Los valores de la feminidad cautivadora, sumisa y sexual se muestran sin pudor como algo positivo para las chicas. Todos estos valores masculinos y femeninos se pueden mostrar de la forma más solapada y sutil como ordinaria y degradante.

Los estilos de vida según conductas que pueden respetar o no la propia salud. Aquí podríamos hablar de aquellos comportamientos que aun siendo aceptados por la so-

ciudad son insalubres. A veces con una hipocresía aceptada por la comunidad se toleran los patrones violentos con demostraciones viriles o se exigen conductas sumisas con la excusa de ser necesarias.

Los recursos sanitarios no son ni idénticos, ni regulares ni accesibles a toda la población adolescente. Factores geográficos y políticos deciden que recursos necesitan.

A pesar de ser un colectivo frecuentemente nombrado y culpabilizado, la atención sanitaria se decanta sobre las adicciones como el alcohol o las drogas y a la sexualidad. Sin embargo la problemática es bastante más amplia.

Existe en este momento un número importante de chicos adolescentes inmigrantes en nuestro país. Hijos de una traslación de personas de diferentes países, se encuentran con una sociedad distinta que les plantea una pérdida de referencias debido a dificultades de adaptación. Este choque cultural provoca un desarraigo de su propia cultura familiar frente a la del país de adopción al que con frecuencia rechazan.

Estos chicos y un excesivo número de compañeros de su edad abandonan prematuramente la escuela para sumergirse en una oferta laboral sin apenas formación, precaria y mal remunerada. Fruto de este desajuste entre las expectativas y la realidad, su exclusión laboral es ya un hecho.

Posteriormente tanto los adolescentes inmigrantes como los nativos pueden ser excluidos de la malla social si su red familiar no les da soporte o encuentran mejor apoyo en sus iguales y compañeros de grupo (tribus urbanas). Las enfermedades mentales van tomando forma a través de las depresiones que se enmascaran tras las adicciones y las psicosis van rompiendo su frágil personalidad.

La atención a la sexualidad adolescente es raquílica aunque sea bien intencionada. Se otorga un gran papel al uso del preservativo

pero se relega la vida sexual como algo afectivo. La formación sexual es tardía y escasa, no se les habla a los niños de sexualidad mientras todo el espacio exterior está cargado de publicidad que incluye el sexo y es sexista.

ESTUDIO

Nuestra hipótesis es que los estereotipos de masculinidad y feminidad condicionan la aparición de síntomas y enfermedades en la adolescencia. Así mismo pensamos que existe una correlación entre la prevalencia de estereotipos y la demanda paralela de salud durante el mismo espacio de tiempo.

Objetivos de estudio:

- Conocer la prevalencia de los estereotipos en la población adolescente de entre 13 y 20 años de la ciudad de Mataró.
- Relacionar la influencia de los estereotipos con su demanda de asistencia a los servicios de Urgencias del hospital, Consulta Joven "PASSIR" y Centro de Iniciativas y Recursos para las Mujeres "CIRD" de la ciudad de Mataró.

MATERIAL Y MÉTODO

Para conocer las ideas estereotipadas de la población adolescente disponemos de unos cuestionarios previamente validados que los alumnos/as rellenan en los talleres sobre Prevención de la Violencia de Género. El resultado de esta experiencia durante cuatro años nos ha llevado a formular distintas hipótesis y en este estudio vamos a desarrollar algunas.

El estudio efectuado es cuantitativo y de tipo transversal con un análisis de las variables a través del cálculo de las puntuaciones de los cuestionarios sobre estereotipos de género. Queremos conocer la incidencia de los y las

adolescentes en los servicios de salud y todo ello lo efectuaremos con un soporte estadístico SPSS.

La edad del grupo es de 13 a 20 años y el espacio de tiempo es a partir del curso 2005 hasta el 2009. La población estudiada vive en la ciudad de Mataró (Barcelona) que cuenta con 121.746 habitantes con un área de influencia de 300.000 personas aproximadamente.

El número de cuestionarios es de 2.828, 1.103 son de chicos y 1.725 son de chicas.

RESULTADOS

Primero analizamos las visitas que estos adolescentes han hecho a los servicios de salud y relacionaremos los estereotipos con las diferentes sintomatologías que presentan.

De las consultas efectuadas al C.I.R.D. “Centro de Información y Recursos para las Mujeres” de Mataró y de ámbito comarcal, tan solo 11 chicas entran dentro de la franja de edad del estudio. Las consultas al PASSIR

“Consulta Joven” cubren la franja de edad de 13 a 24 años.

Las consultas al PASSIR se mantienen bastante estables. La mayoría de las visitas corresponden a chicas y no se detalla si acuden con la pareja. De un tiempo a esta parte, observan las enfermeras, que algunas chicas vienen acompañadas de sus madres.

Visitas al PASSIR:

AÑO	1ª VISITA	2ª VISITA
2005	423	3.058
2006	413	2.999
2007	421	2.613
2008	609	3.897
2009	223	1.913

Las visitas esporádicas no necesitan cita previa y pueden hacerse dos días por semana. Dado el número elevado de visitas pensamos que este es un servicio muy al alcance de la mano, ósea muy accesible.



Las visitas al servicio de Urgencias del hospital de Mataró durante el periodo 2005/2009 han sido de 518.158 visitas. Esta cifra co-

rresponde a un 8,4% del total. Deduciendo que nuestro servicio esta poco solicitado por la juventud adolescente.

XI Seminario de la Red-CAPS

Visitas al hospital:

AÑO	TOTAL VISITAS	13-20 AÑOS	%VISITAS
2005	113.094	9.773	8,6%
2006	115.722	9.828	8,4%
2007	111.719	9.431	8,4%
2008	110.420	9.043	8,1%
2009 (01/06-2009)	57.203	3.840	

Si lo desglosamos por sexos veremos que las consultas son muy similares tanto en número

por año como por sexos. Vemos que no hay diferencias significativas.

Por sexos:

AÑO	CHICOS	CHICAS
2005	4.892	4.881
2006	4.934	4.894
2007	4.647	4.784
2008	4.462	4.581
2009 (01/06 2009)	1.966	1.874

Factores determinantes de salud

Los factores masculinos y femeninos referentes a la salud abarcan en primer lugar el sexo, puesto que sabemos que el sexo es algo clave que predispone nuestra salud. Según el sexo estamos predispuestos a padecer unas enfermedades u otras.

En segundo lugar la clase social como el factor económico que determina el acceso a unos medios que proporcionan salud. También la raza es un factor importante que sitúa las perspectivas y aun más si esta se relaciona con otras subcategorías o etnias.

La educación como algo que proporciona conocimientos y de esta forma da autonomía personal.

Los rasgos nocivos masculinos

Hemos tomado la descripción de Benno de Keijer que nos dice que los hombres se ca-

racterizan por obstinarse en mostrar una resistencia física y emocional que pretende hacerlos invulnerables. Con una tendencia a la sexualidad instintiva y descontrolada como algo que no se puede remediar y es indicativo de masculino. Y por último el concepto de enfermedad que sienten como algo propio de los débiles o las mujeres.

Causas de la pérdida de salud masculina

Existen ciertos hábitos, conductas o creencias que afectan la salud masculina. El riesgo por ejemplo, es una conducta que reafirma la identidad mediante conductas masculinas que provocan daño. La búsqueda del riesgo a través de actividades físicas peligrosas para reafirmar su ego de hombre valiente y arriesgado. Como si ello fuera necesario tal que en los antiguos tiempos en que era necesario morir en la batalla para ser un hombre de verdad.

En el mundo laboral exige un desprecio por las medidas de prevención, se suelen ignorar la formación o las medidas de seguridad como el arnés o el casco que evitarían tantos accidentes. La premisa masculina es de “hasta que el cuerpo aguante” y así veréis lo fuerte que soy.

Los hombres han de ser fuerza y potencia, serenidad y decisión. Los momentos de flaqueza no les están permitidos, o no lo estaban hasta hace muy poco. Ello les sumerge en un proceso de aislamiento que les deja incomunicados. La falta de fluidez de sus sentimientos masculinos adolescentes les puede colocar en una situación de desamparo recurriendo a las conductas adictivas como una salida de difícil retorno.

Los adolescentes que no pertenecen al grupo hegemónico se ven aislados del resto del grupo. Observamos en el aula que se unen a los grupos de chicas y se separan del grupo masculino.

Es aislamiento por tanto, se observa en los grupos que no pertenecen a la masculinidad hegemónica y también en los grupos apartados de su rol por edad, es decir el instituto o el trabajo. Estos chicos “fuera de lugar” no van a poder desarrollar su personalidad como adultos y tienen grave riesgo de pérdida de salud.

Los rasgos nocivos femeninos

Las conductas asociadas al rol femenino son también la causa de pérdida de salud, tales como la sumisión y la dependencia, relegando valores como la formación o la autonomía. Las chicas demasiado exigentes con su aspecto corporal lo hacen para gustar a los demás de una forma desmesurada. No se permiten concesiones que puedan perjudicar su aspecto físico. Esta auto exigencia se aplica también en sus estudios mientras piensan “he de ser la mejor” y “he de agradar a los demás” en una lucha continua entre su voluntad y su exigencias.

La exigencia de la belleza es un rasgo muy visible en las chicas jóvenes. La necesidad de gustarse a sí mismas y a los demás presionadas por el ambiente que han creado la publicidad o la moda. Los anuncios muestran constantemente imágenes distorsionadas de la realidad pero que las chicas jóvenes quieren para sí mismas. Los valores de juventud y belleza a costa de cualquier sacrificio como la dieta o la cirugía estética están en alza.

En su inicio de vida sexual persiste la idea de que utilizar métodos anticonceptivos disminuirá su atractivo frente a los chicos. Por lo tanto no les piden que lo hagan mientras siguen pensando que a ellos no les gusta. En el fondo es una idea sumisa que desvaloriza su persona, “como me ha escogido no le voy a decepcionar hablando de preservativos”.

La maternidad puede vivirse como única identidad femenina, aquella donde se va a poder realizar como persona. A ello contribuye la idea que se ha transmitido durante siglos de una maternidad creadora y como único objetivo femenino que es valorado por los hombres. También cabe resaltar la idealización de la maternidad como algo fácil y bello, desligado de su faceta responsable y de obligación.

Causas de la pérdida de salud femenina

La sumisión, el acatamiento y la subordinación a los deseos o voluntad de los otros. Acompañado de una visión negativa de ellas mismas que denota su falta de autoestima. Conductas que facilitan la aceptación del control y dominio por sus parejas que fácilmente pueden desembocar en violencia de género.

Las conductas de auto exigencia personal que requieren de grandes esfuerzos y renuncias. La idealización de la feminidad que persigue la imagen ideal femenina.

En ambos sexos su disposición a los estereotipos contribuyen su patrón parental y la sociedad con todos sus medios de difusión.

IDEAS ESTEREOTIPADAS MASCULINAS

Aquí tenemos un listado de los resultados obtenidos de las encuestas sobre estereotipos, estos resultados son todos significativos.

- El Hombre ha de dirigir con ternura a la mujer 58,6% P<0,01
- La opinión de los chicos tiene más peso que la de las chicas 34,3% p<0.01
- A las chicas les gusta que las protejan 71.9%.
- Las chicas cambian a los chicos 62%.
- Las chicas son manipuladoras 58,5%.
- Las chicas por naturaleza son pacientes y tolerantes 51,1%.

IDEAS ESTEREOTIPADAS FEMENINAS

- A las chicas nos gusta que nos protejan: 71,9%
- Las mujeres en general son más frágiles: 56,3%
- Una mujer frágil tiene más encanto: 40%.
- Las mujeres son más compasivas con su pareja: 74,6%.
- Creo en la pareja ideal: 24,8%.
- Lo ideal es vivir en pareja: 27,6%

Los síntomas y la enfermedad

Los síntomas son multi causales e inciden de forma directa en su salud. Actuar conforme a los estereotipos, masculinos o femeninos les condiciona para aceptar actitudes o acciones que revierten en su salud.

El “malestar” es un estado donde se mezcla lo bio-psico-social creando un disconfort que finalmente se manifiesta.

Vamos a incluir en este estado una serie de ideas estereotipadas de ellos y ellas. Este ideario contribuye a deteriorar la imagen de sí mismas/os y aunque sean afirmaciones que nos puedan resultar “anticuadas” siguen vigentes. Todas estas respuestas son significativas.

El malestar

Aquí tenemos una serie de frase que ellos afirman sobre los estereotipos que pueden desencadenar el malestar

- Existe la pareja ideal 54%
- Quien me quiera me hará sufrir 58,9%
- Las mujeres son más sentimentales y sensibles 54,7%
- Si un chico liga es más valorado por el grupo 67,5%
- Si una chica liga es una fresca 43,9%
- Quienes no ligan pronto son fracasados 18%
- Las chicas hablan y ellos no expresan sus sentimientos 60,1%

Resultados significativos <0,01

Ahora haremos un recuento sobre patologías discretas, a las que podríamos llamar molestias y que sin embargo pueden influir en la cotidianeidad por su persistencia, es la sintomatología de ese malestar. Todas las patologías que vamos a referir son diagnósticos de salida una vez se ha efectuado la visita.

Vemos en el cuadro posterior que las chicas tienen más acentuados estos síntomas característicos del malestar aunque en ellos también es significativo.

El malestar

SÍNTOMAS	CHICOS		CHICAS	
CEFALEAS	169	42,3%	230	57,7%
MIGRAÑAS	30	42,2%	41	57,7%
CEFALEA TENSIONAL	5	33,4%	10	66,6%
DOLOR ABDOMINAL	623	36,7%	1.090	63,3%

Resultados significativos p<0.003.

Asociamos estos síntomas con el malestar, al igual que las contracturas musculares y las tendinitis, todos son las causas más prevalentes de visita, muchos de ellos aparecen sin causa aparente. Sabemos que estas sintomatologías son multi causales pero podemos asociarlas al

malestar cuando no están ligadas a ningún tipo de contusión o lesión previa, la evolución de las mismas y curación es de forma espontánea, la mayoría no sigue tratamiento.

	CHICOS		CHICAS	
CONTRACTURAS MUSCULARES	444	50,6%	432	49,4%
LAS TENDINITIS	159	52,6%	143	47,4%
CRISIS DE ANSIEDAD	346	34,8%	647	65,15%

Resultados significativos $p < 0,01$

Las crisis de ansiedad

Las crisis de ansiedad son atribuidas al sexo femenino y podemos observar que el número de chicas que consultan es mayor. Pero no es nada desdeñable el número de chicos que padecen crisis de ansiedad. Hemos de tener en cuenta que estas crisis también se desencadenan tras el consumo de sustancias, en periodos de deshabitación y durante un largo periodo de tiempo. Por lo tanto chicos y chicas son vulnerables a las crisis por motivos diferentes pero que les afecta de igual forma.

A continuación tenemos dos afirmaciones, en la primera un número importante de chicos encuentran extraño que un chico manifieste sentimientos que tienen asimilados como femeninos.

Ellos: Mostrar ternura y/o sensibilidad es raro en un chico: 36,3 %.

En la segunda frase las chicas siguen en su papel de sumisión y creen que es normal aceptar conductas de fuerza y coacción.

Ellas: Es normal que me obligue a tener relaciones sexuales: 30%.

	CHICOS		CHICAS	
INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS	47	38,5%	75	61,4%

Las intoxicaciones medicamentosas corresponden en mayor número a las chicas. Las ingestas en los chicos suelen ser por fracasos amorosos mientras que sus compañeras lo hacen por diferentes motivos.

Las siguientes afirmaciones consolidan la idea de sumisión femenina puesto que una porción importante del estudio la afirma. Los

chicos reafirman su amor adolescente tras los celos. Sentimiento que nos revela más inseguridad propia que desconfianza en la pareja.

Ellas: Siempre cedo para que no se enfade, 30 %.

Ellos: Si me dice que tiene celos de los amigos es porque me quiere más, 38,5%.

	CHICOS		CHICAS	
INTOXICACIONES ETÍLICAS	273	48,7%	238	42,3%

Resultados significativos $p < 0,01$.

Según el ministerio de Sanidad y Consumo el 84,2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión. El alcohol es la droga más consumida con apenas 13 años. Las chicas registran mayor prevalencia de consumo pero en dosis menores.

Las chicas consumen alcohol cada vez más ya que las conductas masculinas son más exitosas. De esta forma copian a sus homólogos en una de sus facetas poco aceptables. Así vemos que el consumo está a punto de emparejarse al de los chicos.

Pero a pesar de todo, la conducta social adulta tolera el consumo de alcohol, menospreciando toda conducta que reprenda o castigue su consumo de forma irresponsable. En cierta manera parece que tan solo los jóvenes tomen alcohol mientras sus mayores también lo hacen. El patrón social lo acepta y no castiga con firmeza a quienes se saltan las normas cívicas.

El cuerpo y la belleza.

• *Ellas:*

Me gustan los chicos guapos y con un buen culo 55,9%.

Mi aspecto condiciona mi éxito 50,5%.

• *Ellos:*

Me gustan las chicas que se cuidan y hacen deporte 89,2%.

La imagen para una chica es muy importante 73%.

La opinión de las chicas manifiesta abiertamente sus gustos masculinos, algo probablemente impensable hace una década. Reconocen la importancia de su aspecto para obtener el reconocimiento de los/las demás. Posiblemente lo manifiestan en menor grado,

si tenemos en cuenta el cuidado que prestan en su atuendo diario o el vestuario que utilizan para ir al instituto un buen número de chicas.

Sus compañeros manifiestan de forma abierta que las prefieren cuidadas y deportistas. La imagen de una chica que es obesa suele asociarse a una persona que se cuida poco de su aspecto externo y tiene un aspecto poco adecuado. Saben y afirman que la imagen para una chica es muy importante.

La violencia de género

La antesala de la violencia de género es la idea del dominio del hombre sobre la mujer, el control que se vive como algo “normal y corriente”.

Las siguientes afirmaciones contienen una porción de sexismo hostil por parte de los chicos y una clara sumisión por parte de las chicas.

Ellos

• *Lo que piensan las chicas no tiene importancia 15,6%.*

• *Los chicos han de mandar a las chicas 32,5%.*

• *Me molesta que mi chica vaya enseñando el ombligo: 24,4%.*

• *La llamo con frecuencia y aunque parezca pesado tiene la obligación de decirme donde esta 29,3%.*

Ellas

• *Mi pareja me dice que ropa debo ponerme 12%.*

• *Alguna vez algún chico me ha tratado mal 37,1%.*

- *A veces mi pareja me da miedo 35%. Me molesta que mi chica vaya enseñando el ombligo: 24,4%.*

La sexualidad

Las visitas que han solicitado la PPC Pastilla Post Coital en el Hospital han sido 939 y las que la han solicitado en el PASSIR han sido 4.135.

Podríamos decir que la sexualidad adolescente se vive como algo necesario para no quedar atrás, para quedar como un campeón o no parecer una moji-gata. Quizás algunas chicas se confunden buscando cariño y afecto. Pero de una u otra forma la sexualidad está muy presente como algo que hay que probar y cada vez a una edad más temprana.

En general el preservativo tiene pocos adeptos y ellas no se atreven a pedirlo. Se acuerdan de él como un contraceptivo pero minusvaloran la propiedad de evitarles contagios. Para unos y otras es un riesgo no utilizarlo.

Ellos:

- *Ha de utilizarse el preservativo como herramienta de contracepción 87,3%.*
- *En una relación esporádica no me voy a contagiar 28,1%.*
- *Las chicas dicen que NO por cumplido, pero en el fondo quieren decir que SI, se hacen las estrechas 48,6%.*

Ellas:

- *A los chicos no les gusta utilizar el preservativo 52%.*
- *En una relación esporádica no me voy a contagiar 17,2%.*
- *Está bien utilizar el preservativo 59,5%.*
- *El hombre ha de dirigir con amor y firmeza a la mujer: 50,4%*

El riesgo

- *Los chicos para demostrar su hombría han de competir y asumir riesgos.*

- *Las chicas para integrarse en la sociedad copian conductas masculinas y las normalizan.*

Maternidad Adolescente

El número de partos en el hospital ha sido de 331 y el de abortos 46. A pesar de que el área de influencia del hospital sea grande muchos partos son en clínicas privadas, por lo tanto el número es poco real. La proximidad a la ciudad de Barcelona y la pertenencia a las mutuas enmascaran nuestros datos. No hemos tenido acceso a los datos sobre IVE que hayan sido solicitados. Sobre los abortos hay que tener en cuenta los que se hacen en clínicas privadas y la medicación abortiva que se solicitan a través de internet. Algunas chicas tras sus secuelas visitan el hospital, pero no se cuantifican los casos.

“Las adolescentes por miedo a no ser queridas, aceptan las relaciones sin protección. Cualquier decisión que tomen, condicionara de forma directa su futuro, afectara su salud mental y reproductiva”. Carme Valls.

Según el IDESCAT en Catalunya el año 2007 hubo 5.152 embarazos y 2.097 IVES. En la comarca del Maresme fueron 627 embarazos y 137 partos. El aumento en nuestra área de influencia fue del 23,9% de IVES.

Nuestra percepción ya era que la comarca del Maresme estaba creciendo en número de embarazos adolescentes y ciertamente se confirmo. Aunque la formación sobre sexualidad que ofrece el servicio del PASSIR y el centro de Bienestar y Salud del Ayuntamiento es correcta en su forma, queda claro que es insuficiente la atención que prestamos en la escuela a la educación sexual. Más aun cuando en el espacio exterior se magnifica el sexo por doquier, como una forma de relación fácil y esplendorosa.

La violencia Sexual

Fruto de las ideas de dominio y sumisión se ejerce la violencia sexual.

Aun mantenemos el recuerdo de la sexualidad “por obligación” de muchas mujeres adultas y la creencia masculina de que tienen derecho a ello. Esta forma de pensar dista mucho de haber desaparecido y lo que es peor, se transmite. Veamos que nos dicen en sus respuestas.

Ellas:

- *Es normal que me obligue a tener relaciones sexuales 30%.*
- *Tirarse a las chicas es normal para los chicos 63,2%.*

Ellos:

- *Tirarse a las chicas es normal para los chicos 48,5%.*
- *Mi chica, si salimos en serio, ha de tener relaciones sexuales con penetración, lo quiera o no 30,5%.*

Los traumatismos

Dentro de la gama de los traumatismos podemos observar alguna diferencia pero pocas sorpresas. Si hablamos de accidentes escolares los chicos van ligeramente por delante. Con referencia a los deportivos si hallamos diferencias. Los chicos hacen más deportes de riesgo con mayor frecuencia y se lesionan más. De la misma forma que en los accidentes laborales ganan lamentablemente los chicos porque en el mundo laboral y a estas edades la formación no abunda y la omisión a la prevención es habitual (en el ámbito de la construcción la siniestralidad es evidente). Si hablamos de los accidentes de tráfico las chicas van por detrás. Sabemos que son más prudentes y no necesitan competir al volante, lo saben incluso las casas aseguradoras.

	Chicos		Chicas	
Accidentes escolares	542	56,7%	413	43,3%
Accidentes deportivos	849	77%	263	23%
Accidentes laborales	519	64,1%	259	35,9%
Accidentes de trafico	1.522	60,1%	1.110	42,1%

Los traumatismos y la violencia

Ellos:

- *Dar puñetazos y gritar es normal cuando un chico se enfada 32,3%.*

En los traumatismos con violencia los chicos se llevan la peor parte. Anteriormente han manifestado que es normal que un chico resuelva sus problemas de forma violenta. También los adultos lo hacen y actualmente parece que el patrón se extiende y la tendencia a las agresiones por cualquier motivo se justifica.

La primera lesión, fractura del 5º metatarsiano es la típica del puñetazo sobre la mesa o contra la pared. También hemos visto algunas chicas ejercer este tipo de acto violento emulando a sus compañeros masculinos. Las agresiones masculinas son más numerosas aunque las chicas posiblemente irán en aumento y será interesante revisarlo más adelante.

Por último las revisiones policiales una vez la persona está detenida. Son un numero sensiblemente menor las chicas.

	Chicos		Chicas	
Fractura del 5° metatarsiano	256	84,7%	46	15,3%
Agresiones	748	67,3%	332	36,7%
Revisión Policial	192	89,6%	21	10,3%

Los patrones familiares

Las actitudes de los progenitores son algo clave para la transmisión de valores en la vida. Tal como seamos respetados o se respete a los demás se aprende desde los primeros momentos de la vida.

Sabemos que no todos los patrones han de copiarse a la fuerza, podemos encontrar padres maltratadores e hijos respetuosos con sus parejas. Pero sin llegar a estos extremos el contacto diario con los padres, su tono de voz, la respuesta hacia los demás y los mil y un detalles de la vida diaria son un aprendizaje continuo para los niños.

El dialogo con los y las adolescentes es algo complicado pero necesario. Si se abre una brecha es difícil conocer sus ideas, sus preferencias o sus amigos. Comprobamos con sus respuestas, que el dialogo es escaso entre los hijos e hijas y sus padres. Hasta aquí podríamos considerar esta respuesta como habitual por las características de la edad.

Pero lo que nos sorprendió es la falta de diálogo entre ambos padres puesto que si los padres difícilmente se comunican poco les podrán ayudar.

Ellos:

- *Mi padre no trata bien a mi madre 17,1%*
- *En casa no hay dialogo entre mi madre y yo 39,8%*
- *En casa no hay dialogo entre mis padres 31,9%.*

Ellas:

- *Mi padre no trata bien a mi madre 22,2%.*
- *En casa no hay dialogo entre mi padre y yo 36,9%.*

- *En casa no hay dialogo entre mis padres 31,7%.*

CONCLUSIONES

En primer lugar afirmamos nuestra hipótesis. Los adolescentes están condicionados por los estereotipos de género que la sociedad transmite. Hemos podido comprobar que los estereotipos sexistas están presentes de forma sutil en la vida diaria y los aceptan como normales. El sexismo hostil esa presente en un 13% al igual que el sexismo benevolente al que aparece en un 39%.

Los estereotipos de género condicionan de forma directa el actuar y pensar de los adolescentes aceptando situaciones de riesgo real para su salud.

La medicina es androcéntrica y además trata los síntomas sin visualizar el origen. Desde la mirada de enfermería tenemos más asumida una visión global, pero la mirada médica debe incluir mucho mas ver el cuerpo como un todo bio-psico-social para tratar de forma integral a las personas.

Los roles de género condicionan su percepción de salud, manteniéndose a través de las culturas y la sociedad. El rol de la mujer que ha de agradar a los demás, complacer a su compañero sexual y que ve en la maternidad una realización personal. El rol del hombre que ha de ser valiente y arriesgado como muestra de virilidad, afrontado peligros y desafíos, pero a su vez incapaz de manifestar abiertamente sus sentimientos lo que podría poner en duda su hombría.

Los síntomas masculinos están asociados al riesgo, la alexitima (dificultad para expresar

sus sentimientos) o la violencia. Los síntomas femeninos van asociados a la sumisión, desvalorización y a la dependencia.

El síndrome del malestar aparece en ambos sexos como algo inespecífico pero coarta su salud porque entorpece su vida actual y futura. La adolescencia es una edad frágil y de la que depende el futuro como adultos de las personas. Bajo el estigma de rebeldía o pasotismo se presta atención tan solo una parte de la persona. Si lo comparamos a un iceberg es como si tan solo viéramos la punta del hielo sobre el mar mientras el cuerpo helado por descubrir esta bajo nuestros ojos. Por lo que pensamos que un número importante de personas adolescentes está en situación de riesgo de salud.

REFLEXIÓN

Los sistemas de salud deben prevenir la enfermedad, incidiendo en la atención holística e incluyendo la visión de género.

El desconocimiento de la afectación del rol de género compartimenta la patología sin visualizar su afectación dando una atención sesgada.

La inclusión de la visión de género en el currículo de los profesionales de la salud mejorara la calidad de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Coeducación y sexismo en las enseñanzas medias. Isabel Alberdi 1987. Madrid Instituto de la Mujer.
- Análisis de los recursos desde una perspectiva no sexista. Espin, J.V. y Rodríguez Moreno, M.L. (1996).
- Mujeres Invisibles, Carme Valls Llobet, ed. Debolsillo.

- Dones i Homes: salut i diferències, ed. Columna.
- Aspectes emocional de les tècniques de reproducció assistida. Regina Bayo Borrás, Gemma Canovas. Col·legi Oficial psicòlegs catalunya 2007.
- Sexos, género y salud, Sara Velasco Arias, Minerva Ediciones.
- Máscaras masculinas, Héroe, patriarcas y monstruos, ed. Anagrama.
- Los nuevos Hombres Nuevos, Miguel Lorente Acosta, ed. Destino Imago Mundi.
- El fin del mito masculino, la entrada en el siglo de la mujer. Francisco Javier González Martín 2007, Ediciones Erasmus.
- Aprendiendo para el amor o para la violencia. Colección apertura. Elena Luque. Editorial Roure 2006.
- Feminismo en les aules. Esperança Bosch, Victoria Ferrer, Teresa Riera, Rosa María Alberdi. Edició Universitat de les Illes Balears. 2003.
- El Laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Esperança Bosch, Victoria A., Ferrer, Aina Alzamora, Antrophos Editorial. 2006.
- Teoría feminista de la ilustración a la globalización. Celia Amorós. Ediciones Minerva 2005.
- Descalza por la vida Yolanda García Serrano. Editorial Roca 2007.
- Joves i valors. Teodor Mellen Fundació Lluís Carulla. Esade.
- Interculturalidad feminismo y educación. Rosa Cobo. Ministerio Educación y Ciencia. Fete 2006.
- Mujeres y Hombres ¿un amor imposible? Manuel Castells y Marina Subirats, ed. Alianza Editorial 2007.

MORBILIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

Carme Valls-Llobet

Médica endocrina

Presidenta de CAPS

“Envejecer es un logro, un triunfo, no un castigo... Los estereotipos negativos acerca de la vejez en las sociedades occidentales afectan de manera especial a las mujeres. Estas son percibidas como mayores antes que los hombres, siendo invisibles mucho antes que ellos, tanto en la vida social como en los medios de comunicación. Además las mujeres mayores suelen ser evaluadas de manera más negativa que los hombres de su misma edad, especialmente en lo que a la apariencia física se refiere”. Anna Freixas¹.

Es evidente que cuantos más años se viva, más desgaste tendrá nuestro sistema musculoesquelético, porque las articulaciones habrán tenido que sostener todo el cuerpo durante más tiempo, sobre todo las caderas, las rodillas y la columna vertebral. Esta es una parte necesariamente negativa del envejecer, por el repetido impacto que han recibido nuestras articulaciones, trabajando en condiciones no ergonómicas. Pero como hemos visto este es un problema que no depende de la naturaleza sino de las condiciones de trabajo y por lo tanto no es imposible de corregir.

Pero a medida que avanza la edad otros problemas de salud se pueden presentar, como la hipertensión, las enfermedades de las arterias, de las venas o del corazón. Incluso con la edad se hace más difícil para el riñón fabricar de forma eficiente la vitamina D, que disminuye su producción hacia los 50

años en las mujeres y hacia los 60 años en los hombres. También la edad favorece que se produzcan más enfermedades autoinmunes, que pueden producir dolor en músculos, y articulaciones.

Si la autoinmunidad se produce contra las glándulas endocrinas como la tiroidea, avanza la tiroiditis autoinmune, y como consecuencia el hipotiroidismo que produce cansancio, pérdida de memoria y dolores musculares por miopatía.

Todos estos problemas no se producen por igual en toda la población, pero su aparición puede estar relacionada con la nutrición incorrecta, el exceso de sal en las comidas, por el uso de tabaco, o simplemente por una cierta predisposición genética a las enfermedades autoinmunes. Los cambios de hábitos pueden mejorar muchos de los problemas cardiovasculares y el diagnóstico diferencial correcto en los centros de atención primaria puede detectar los problemas metabólicos que son causa de dolor, osteoporosis, o deficiencia de la hormona tiroidea. Pero muchas mujeres acuden a las consultas de atención primaria, consultando porque tienen miedo a la menopausia, porque han escuchado en algún medio de comunicación que es un momento muy grave para sus vidas, y que puede tener consecuencias funestas para su salud, y muchas veces preocupadas por lo que han oído dejan de expresar incluso sus propios síntomas y malestares. ¿Qué es la menopausia? Si nuestras abuelas y tatarabuelas, la tuvieron sin grandes males ni consecuencias ¿por qué tantas mujeres tienen miedo de padecerla?

LA MENOPAUSIA

La menopausia es como su nombre indica el cese de la menstruación, una pausa del menstuo (situación gozosa para la mayoría de las mujeres, por otra parte). Este cese de la menstruación se produce cuando a pesar

¹ Valls-Llobet, Carme. Mujeres Invisibles. Barcelona: Editorial de Bolsillo, Plaza y Janés, 2006.

del estímulo de la hipófisis y del hipotálamo, el ovario ya no responde y deja de ovular y de producir en primer lugar progesterona y en segundo lugar a veces años más tarde estrógenos. Cuando dejan de producirse estrógenos en cantidad elevada, se deja de menstruar al menos cada mes.

Puede ocurrir que algunas mujeres en la etapa perimenopáusica o sea dos o tres años antes del cese total tengan una menstruación cada dos o tres meses que suele ser muy abundante y a veces claramente como si fuera una hemorragia. Esto se debe a que cesa la producción de progesterona pero todavía persiste la de estrógenos que hacen proliferar el endometrio (el tejido que recubre el útero) de forma exagerada. Muchas mujeres sufren estas alteraciones en silencio y con resignación, sin saber que el tratamiento en esta etapa de la vida reproductiva, es relativamente fácil y que las hemorragias pueden prevenirse con una dosis adecuada de progesterona natural administrada catorce días del ciclo.

Pero igual que la menstruación no había existido de forma clara para la medicina, la investigación de lo que ocurre realmente cinco o diez años antes del cese de la menstruación o dos años después de su desaparición, ha permanecido ausente o sus resultados invisibles o desconocidos para la mayoría de los profesionales. Existen todavía muy pocos estudios de la epidemiología de la menopausia, por lo que muchas veces las terapias recomendadas se basan en el terreno empírico y solo para paliar los síntomas, sin entender en profundidad los cambios fisiopatológicos que se producen en el cuerpo de las mujeres. De hecho las consecuencias clínicas del cese de la producción de hormonas por el ovario son fundamentalmente dos: Las sofocaciones o sofocos, y la sequedad de piel y vagina. Las sofocaciones se presentan sólo en el 30% de mujeres occidentales, y se deben a la pulsión de una hormona hipotalámica (la Liberadora de las Gonadotropinas). Cuando pulsa intentando

liberar las hormonas que estimulan habitualmente el folículo (FSH) o el cuerpo lúteo (LH) producen una sensación de calor en la cara o que sube desde la cintura hacia arriba, y se acompaña a veces de sensación de aceleración de la frecuencia cardíaca (palpitaciones), y algunas mujeres sienten también que se les va la cabeza. La sequedad vaginal puede producir dificultades para las relaciones sexuales, dispareunia, y es un síntoma molesto que puede permanecer invisible si el profesional sanitario no pregunta directamente por él.

Estos síntomas molestos que nadie consideró una enfermedad, se sufrieron a veces en silencio, o fueron minusvalorados. La estrategia normal hasta el año 90, dentro de la medicina, para enfrentarse a los años de más que la vida nos da a las mujeres era la de que nada de lo relacionado con la menopausia era importante y que las mujeres debían aguantarse porque ya pasarían los síntomas. Hasta finales de los 90 casi nadie había hablado de la Terapia Hormonal Sustitutiva.

¿Por qué entonces se introdujo en la práctica médica la “creencia” de que todos los males del envejecimiento SOLO DE LAS MUJERES se debía a la presencia de la menopausia? ¿En qué trabajos científicos se ha comprobado que la existencia de dolor e incluso la de las osteoporosis se deba a la ausencia de la menstruación o al declive hormonal? ¿En qué trabajos científicos se basaron las casas comerciales para introducir la denominada TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA que tenía como misión según la propaganda de algunos laboratorios farmacéuticos, secundada por algunos ginecólogos, impedir la osteoporosis, mejorar la hipertensión y los problemas cardíacos de las mujeres?

EL FRAUDE DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias creyendo que

las mujeres están protegidas por su misma biología ha sido precisamente la terapia hormonal substitutiva aplicada a las mujeres después de la menopausia, que es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y para el cáncer de mama, pero que se introdujo al principio de los años 90 como el paradigma de la prevención del envejecimiento y de la osteoporosis.

Cuando al principio de los años 90 se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y las sofocaciones con Terapia Hormonal Sustitutiva, (THS) las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) en mujeres sanas. Se observó que el tipo de mujeres escogido era sesgado respecto al resto de población, más delgadas, con ejercicio físico continuado, etc. Y en cambio la terapia en la práctica asistencial se aplicaba por igual a todas las mujeres, fueran obesas o simplemente con peso por encima de la media, sin atender al conocimiento científico de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplicaba por diez por cada Kg de sobrepeso de las mujeres. La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que la THS podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos y que podría prevenir fracturas, con un gran despliegue de propaganda y elementos de marketing, para convencer que sería la panacea del siglo XX.

Los primeros estudios en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidos durante más de dos años, con dinero público, no pagados por la industria farmacéutica, han sido el HERS I y HERS II, ensayos clínicos controlados en mujeres que ya habían padecido problemas cardiovasculares, y a las que se administró placebo y terapia hormonal con estrógenos y progestágenos, Aunque el estudio estaba planificado para cuatro

años y medio se tuvo que suspender a los 2 años por el incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, y un incremento de mortalidad por infartos de miocardio, entre las mujeres que tomaban THS, en mayor número que las que tomaban placebo. La pretendida función de prevención de problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I (1998) y se confirmó en el HERS II (2002).

En este campo la verdadera innovación se realizó en el año 1996-1997, cuando el NIH de EEUU, puso en marcha el Proyecto Women's Health Initiative, impulsado por la cardióloga Bernardine Healy. Este se ha convertido en el primer estudio a gran escala de población para deshacer los mitos que pesaban sobre la terapia hormonal substitutiva y las falacias que se habían introducido en el primer momento, y constituía un primer paso para desarrollar ciencia médica teniendo en cuenta precisamente las necesidades o intereses de las mujeres que tradicionalmente habían sido olvidados o despreciados

En un momento en que las informaciones sensacionalistas de los medios de comunicación han hecho pasar información como científica cuando no era o se han difundido noticias que se confunden con ciencia sin base experimental, el hecho de que un departamento de salud pública haya financiado un estudio a gran escala con más de 100.000 participantes durante 4 o 5 años, de hecho el estudio estaba diseñado para 10, constituye un hito muy importante en la historia de la investigación biomédica dirigida precisamente hacia las mujeres. Precisamente este estudio ha demostrado el mayor riesgo de padecer cáncer de mama, de endometrio, y patología cardiovascular y de vesícula biliar entre las mujeres consumidoras de Terapia Hormonal Sustitutiva a dosis altas y continuadas.

A finales del año 2000 se publicaron los primeros resultados del WHI (Women's Health

Initiative) con 16.608 mujeres postmenopáusicas seguidas durante 5,2 años aunque estaba previsto seguirlas hasta 8 años. Se suspendió parte del proyecto por incremento en uno de los grupos seguidos de enfermedades coronarias, ictus, Cáncer de mama invasivo y embolismo pulmonar, con una ligera disminución a los dos años de cáncer colorectal y fractura de cadera. El grupo que tuvo que suspender el seguimiento fue el que estaba tomando estrógenos y progestágenos a dosis altas y continuadas.

En el año 2003 un excelente estudio² con cohorte de 1.084.110 mujeres de 54 a 64 años mostró un incremento de riesgo relativo de presentar cáncer de mama invasivo entre las mujeres que estaban utilizando THS, 1,66(1,60-1,72), un incremento de mortalidad entre las que la utilizaban (1,22 (1,05-1,41) siendo el riesgo mayor entre las mujeres que utilizaban usaban estrógeno y progestágeno RR =2 (1,91-2,09) y tibolona RR = 1,45 (1,25-1,67).

Tibolona y cáncer de endometrio

La tibolona es un esteroide sintético con actividad estrogénica, progestogénica y androgénica, utilizado en los síntomas de la menopausia, aunque existen pocos ensayos clínicos sobre su eficacia. Se presentó como un gran avance en la THS porque no era “tan estrogénico”, por lo que se propuso como un tratamiento que no ponía a las mujeres en riesgo de cáncer de mama. Además por su alto contenido en andrógenos podía aumentar el tamaño del clítoris y hacia que las “mujeres estuvieran siempre preparadas para el coito”. El MWS (Million Women

² Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003 Aug 9;362(9382):419-27. Erratum in: *Lancet*. 2003 Oct 4;362(9390):1160.

Study)³ ha demostrado que el uso de la Tibolona se ha asociado con un aumento significativo del riesgo de cáncer de endometrio (RR1,79; 1,43-2,25), que fue más elevado entre mujeres que no eran obesas (RR 2,99; 2,08-4,30).

Este incremento de riesgo del cáncer de endometrio asociado a la administración de tibolona también se ha observado por el grupo DeVries⁴, en un estudio casos control entre mujeres que utilizan Terapia Hormonal Sustitutiva para la menopausia. El riesgo de cáncer de endometrio entre las mujeres que tomaban Tibolona fue mayor que las que utilizaban un combinado cíclico (RR 1,54; 1,03-2,32). El Boletín de farmacovigilancia⁵ recomienda limitar su uso a casos con síntomas vasomotores graves en la menopausia que no responden a la terapia combinada, siguiendo de cerca la proliferación de endometrio para disminuir los riesgos de su utilización. Aunque ya hemos descrito su relación también con el cáncer de mama.

THS y cáncer de ovario

Hace ya unos ocho años que varias publicaciones señalaban incrementos de cáncer de ovario en mujeres que tomaban o habían tomado Terapia Hormonal sustitutiva, pero los estudios daban algunos resultados contradictorios según el tipo de hormona usada y la forma de administración. El estudio realizado en Dinamarca por Lina S Morch⁶ y co-

³ Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2005; 365: 1543-51.

⁴ DeVries CS et al. Tibolone and endometrial cancer: a cohort and nested case-control study in the U.K. *Drug Safety* 2005; 28: 241-9.

⁵ Butlletí de farmacovigilancia de Catalunya. Vol 3 n° 4.2005.

⁶ Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009 Jul 15;302(3):298-305.

laboradoras, fue diseñado especialmente para seguir durante 8 años a 904.946 mujeres, de las que 3.068 presentaron cáncer de ovario. La excelente calidad del diseño ha permitido demostrar por primera vez en la literatura una correlación directa entre las mujeres que tomaban THS (OR 1,38 (IC 1,26-1,51), con todo tipo de formulación, dosis, tipo de progestágeno y ruta administrada. El riesgo disminuía a partir de dos años de cesar la administración. Una primera advertencia clara de incremento de Cáncer de Ovario con THS.

Los cambios en la prescripción de THS han disminuido la incidencia de Cáncer de mama

Los riesgos de la THS sobre el cáncer de mama y de endometrio, aunque sea difícil que lleguen de manera rápida a la comunidad científica, empezaron a modificar la prescripción de estrógenos por lo menos en EE.UU. De 80 millones de prescripciones de estrógenos anuales en 1998 año en que se publicó el primer estudio HERS se pasó a 60 millones de prescripciones en al año 2002, año en que se publicó el estudio HERS II y el WHI. Las prescripciones de estrógenos durante el 2003 cayeron a 20 millones, el mismo nivel del año 1995⁷. Alguna información había llegado a los profesionales que la recibían anteriormente, cuando en un año disminuyeron 40 millones de recetas, demostrando la utilidad de los estudios de población estimulados por los departamentos de salud pública.

Estudios epidemiológicos basados en datos de incidencia de cáncer de mama entre Agosto de 2002 y diciembre de 2003, en es-

tados Unidos, han demostrado por primera vez una clara disminución de un 7% de la incidencia entre todas las mujeres y de un 15 % entre las mujeres de 50 a 60 años, datos que se han atribuido a los límites de la terapia hormonal en la menopausia que se divulgaron a partir de la mitad de la década de los 90, en que se inició un gran estudio epidemiológico el Women's Health Initiative, pagado con dinero público, que ha hecho un seguimiento de mujeres a partir de la perimenopausia y de la menopausia, con diversas estrategias de promoción de salud y diversas dosis de tratamiento. Precisamente este estudio confirmó la relación entre terapia hormonal sustitutiva y la mayor incidencia de cáncer de mama, que ya habíamos sospechado desde el Congreso de Mujeres y Calidad de Vida del año 1990 en Barcelona. Al revisar los resultados epidemiológicos sobre cáncer de mama en USA, en la reunión de Palo Alto, de Noviembre de 2006, se observó una disminución de unos 14.000 casos en el periodo de 2002 a 2003. Los datos se revisaron cuidadosamente dado que era la primera vez en la historia desde el año 1945 en que el cáncer de mama no ha dejado de incrementar su incidencia y mortalidad, en que se constata una disminución.

Las razones que pueden causar esta disminución, son la menor utilización de THS, después de que los resultados de los primeros estudios epidemiológicos a gran escala como el WHI (Womens Health Initiative), que detectaron un incremento de cáncer de mama en los grupos que tomaban THS a dosis altas por vía oral fueron conocidos. La divulgación de estos resultados motivó una disminución del consumo de THS entre las mujeres de Estados Unidos. Aunque el debate está servido, y también puede influir el menor uso de insecticidas organoclorados en la agricultura, la buena noticia, es que todavía están entre nosotras 14.000 mujeres que podían haber muerto. La cien-

⁷ Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. JAMA. 2004 Jan 7;291(1):47-53.

cia bien hecha logrará destruir muchos mitos y falacias

La administración de isoflavonas de soja es inútil en la menopausia.

No existe ni un estudio de evidencia buena que justifique la utilización de isoflavonas de soja en la menopausia, aparte de mejorar los beneficios de los laboratorios que la comercialicen y tampoco se han encontrado evidencias de beneficios superiores en la nutrición frente a otras legumbres o cereales. Una vez más se extrapolaron conocimientos observacionales y no ensayos clínicos, a partir del conocimiento de que las mujeres asiáticas tenían menos sofocaciones que las europeas, pero también ocurre en nuestro medio entre las mujeres del mundo rural, que comen más verdura y fruta que también son ricas en estrógenos vegetales⁸. La utilización en las comidas no tiene riesgos elevados pero se ha de tener en cuenta que su alto contenido en ácido fítico puede hacer que arrastre vitaminas y minerales como el calcio, el hierro y el magnesio e impedir su absorción, Pero la administración de isoflavonas de soja a dosis más elevadas de 80 mgrs al día incrementa el riesgo de cáncer de mama y de vejiga de orina.

Repitamos desde aquí un pequeño homenaje a las investigadoras y en especial a la Dra. Bernardine Healy que ya en 1992 impulso desde el NHI el que se realizara una gran investigación entre mujeres sanas sobre los beneficios de la THS aplicada en un gran número de población. Los estudios poblacionales son siempre superiores a los observacionales o al de las mujeres que acuden a consulta. La Ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la Farma-pulación del cuerpo de las mujeres. Debemos continuar reivindicando el que no se utilicen fármacos, terapias alternativas o suplementos de soja sin que exis-

tan estudios de evidencia buena que pongan de manifiesto su utilidad terapéutica.

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV)

La invisibilidad de las mujeres y los sesgos en la valoración de síntomas, en el diagnóstico y en el tratamiento de las ECV han sido letales para las mujeres. En el momento actual de evolución del método científico y de la medicina basada de la evidencia, todavía se producen transgresiones que perjudican a las mujeres, como ha sucedido con la terapia hormonal sustitutiva (THS). Basándose en ensayos observacionales y partiendo de la creencia que las mujeres están más protegidas contra las ECV gracias a los estrógenos, hace unos años se recomendó y generalizó el uso de la THS en la menopausia. Estudios posteriores de cohortes han demostrado la nulidad de esta creencia, además de comprobar otros efectos nocivos. El desconocimiento real de la fisiopatología de la ECV femenina y la ignorancia de este desconocimiento, que es más grave, ha expuesto a muchas mujeres a unos efectos secundarios potencialmente graves y sólo ha servido para mejorar los dividendos de las empresas farmacéuticas

Entre los factores de riesgo cardiovascular, que son más frecuentes en el sexo femenino, queremos destacar la Diabetes Mellitus (DM) del tipo 2 o del adulto que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. A nivel mundial se considera que hay una prevalencia entre población blanca del 3 al 6 %. A partir de los 50 años aumenta ente el 10 y el 15 %. En el estudio italiano de⁹, la prevalencia en hombres es del 3 % y de mujeres del 3.4 %. Res-

⁸ Cervera, Montserrat. Barbies a los 50, no gracias. MYS 1999;3:1.

⁹ Garancini MP, Gobbi C, Errera A, Sergi A, Gallus G. Age-Specific Incidence and Duration of Known Diabetes. Diabetes Care 1996;19:1279-82.

pecto a la diabetes gestacional la prevalencia está entre un 2 y 12 %. La mortalidad de la DM2, en España está entre la 3ª y la 6ª causas de mortalidad, aunque queda enmascarada en la mortalidad cardiovascular. En mujeres la tasa bruta es del 29 % por cada 100000 y en los hombres del 16 %.

El estudio Nurses' Health¹⁰ ha seguido 84.941 mujeres desde 1980 a 1996, documentando 3300 nuevos casos de diabetes tipo II. El más importante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61%). Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares y la abstinencia de alcohol (consumo diario inferior a 5 grs)

Llama la atención la falta de datos diferenciados por sexos y por edades. Tampoco las complicaciones están diferenciadas, sólo en algunos casos por años de evolución desde el diagnóstico. En general el interés al explicar los datos de los estudios, está en hacer globalizaciones de resultados en la población y no se comentan las diferencias por sexos y tampoco por edades. Incluso en los datos del estudio UKPDS, el más importante en Europa sobre DM2, donde se valoran la disminución de las complicaciones de la DM2 con los distintos tratamientos farmacológicos y con el control intensivo de la glicemia, además de interferir sobre los factores de riesgo, aparecen datos muy escasos diferenciados por sexos.

En los estudios de Diabetes diferenciados por sexos, la prevalencia de la DM2, es mayor en los hombres hasta los 49 años y a partir de los 50 es más prevalente en las mujeres.

¹⁰ Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797.

En el estudio de Biderman¹¹ encuentran que no hay diferencias significativas respecto a la mortalidad entre hombres y mujeres (alrededor del 30%). Pero aparecen diferencias significativas en otros datos: la mortalidad en las mujeres está ligada a cifras más altas de Hb glicosilada y en los hombres, a la presencia de microalbuminuria. El ácido úrico y los TG aumentan en los hombres con DM2y en cambio en las mujeres lo que aumenta es la creatinina. En el estudio del Leicester general Hp¹², la prevalencia de ceguera en DM, es superior en las mujeres que en los hombres y no hay diferencias por etnia. En el estudio de incidencia de DM2 en Taiwan¹³, con 1000 mujeres y 1000 hombres, los resultados de los factores predictivos para la DM2, en hombres la obesidad y el hiperinsulinismo son factores independientes y en cambio en las mujeres el hiperinsulinismo acompaña a la obesidad.

En resumen, se puede decir que la DM2 es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado mayoritariamente en hombres. Faltan estudios sobre FR y evolución de la enfermedad diferenciados por sexos.

HIPERTENSIÓN

El sesgo de género que preside el inconsciente de muchos profesionales de la medicina

¹¹ Biderman A, Rosenblatt I, Rosen S, Zangwill L, Shalev R, Friger M et al. Sex differentials in predictors of mortality for patients with adult onset diabetes: a population-based follow-up study in Beer-Sheva, Israel. *Diabetes Care* 2000; 23:602-605.

¹² Hayward LM, Burden ML, Burden AC, Blackledge H, Raymond NT, Botha JL et al. What is the prevalence of visual impairment in the general and diabetic populations: are there ethnic and gender differences?. *Diabet Med* 2002;19:27-34.

¹³ Wang SL et al. Incidence of NIDDM and the effects of gender, obesity and hyperinsulinaemia in Taiwan. *Diabetologia*.1997 Dec;40 (12) :1443-8.

que les hacen creer que las mujeres son inmunes a los problemas cardiovasculares, ha hecho también creer de forma incorrecta que la hipertensión arterial era de predominio masculino, Nada más lejos de la verdad. La mayoría de personas hipertensas son del sexo femenino, con una proporción de dos mujeres con hipertensión, sobre todo por encima de los 50 años, por un hombre que la padece.

Las causas de esta hipertensión no están del todo claras y por lo tanto la posible prevención es difícil. ¿Por qué son más hipertensas las mujeres que los hombres? ¿En la era de las explicaciones genetistas como causa de los problemas de salud podemos explicar el doble de hipertensión entre mujeres por razones genéticas? Existen dos tipos de hipótesis que diversos grupos de investigadores están intentando demostrar, una biológica y una social.

La causa biológica está relacionada con el cese de la producción hormonal de progesterona en la menopausia o su declinar a partir de los 35 años. La progesterona es una hormona que entre sus propiedades tiene una acción antialdosterónica, o sea que tiene propiedades diuréticas. Su función en este aspecto durante el ciclo menstrual es neutralizar el exceso de retención de líquidos que producen los estrógenos. Cuando en la perimenopausia empieza a disminuir la secreción de progesterona y los ciclos menstruales se hacen más cortos, se inicia la retención de líquidos, y de sal (si la ingesta es excesiva), por lo que se crean las condiciones biológicas de la hipertensión. Este tipo de hipertensión se podría neutralizar con la administración de progesterona natural aunque sólo fuera con la aplicación de un gel de progesterona en la piel.

La causa psico social de la hipertensión tiene relación con el efecto cardiovascular y neuroendocrino del estrés físico y mental. El grupo de Marianne Frankenhauser del Insti-

tuto Karolinska, ya demostró en 1978, que las mujeres ejecutivas en igualdad de trabajo con hombres ejecutivos presentaban diferentes patrones de secreción de neurotransmisores que pueden causar hipertensión. Durante las mañanas en el trabajo tenían unos niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol, mucho más bajas que sus compañeros, y unos niveles de tensión arterial que incluso disminuía cuando llegaban al trabajo. Por la tarde, al llegar a su hogar, los varones disminuían sus niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol y su tensión arterial, mientras que a las mujeres les aumentaban los niveles sobre todo de adrenalina tres veces el nivel basal, y estos niveles persistían por la noche. Esta situación mantenida durante meses y años, condiciona riesgos cardiovasculares e hipertensión sobre todo de las 7 de la tarde a las siete de la mañana siguiente y esta hipertensión de predominio femenino, se relacionan con la doble jornada y el hecho de que a estas horas se debe continuar haciendo el trabajo doméstico, sean las mujeres ejecutivas, administrativas o amas de casa. Estas causas de hipertensión han permanecido invisibles porque se han investigado las causas de unas manifestaciones diferentes entre mujeres y hombres.

DEFICIENCIA CLÍNICA Y SUBCLÍNICA DE VITAMINA D, HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

Esta patología está presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica¹⁴.

¹⁴ "Vitamina D y salud" de Valls.Llobet C. Y Farrerons J. del Servicio de Documentación Científica del Grupo FAES.

La prevalencia se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina.

También son una causa muy frecuente de desmineralización el exceso de hormona paratifoidea, no tanto por adenomas autónomos que son muy raros, sino por el déficit de Vitamina D, que por resistencias congénitas se puede presentar desde etapas muy jóvenes de la vida y puede estar presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica.

Se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina. Aunque seamos un país con mucho sol las deficiencias de vitamina D son más frecuentes que en países del Norte de Europa. El metabolismo de la Vitamina D es complejo, ya que se requiere para estimular la provitamina D a través de la piel, que se tome el sol con el 30% del cuerpo descubierto, y que los rayos solares caigan perpendiculares a la piel. Esto sólo se produce de 12 a 4 de la tarde que son horas de máxima insolación y de calor por lo que muchas personas evitan tomar el sol. La piel a partir de los 60 años ya no produce la misma provitamina a partir de la insolación. Pero además esta provitamina se debe metabolizar primero en el hígado y después en el riñón para que sea activa, por lo que cualquier enfermedad hepática o renal modificará su producción. La edad es también un factor que disminuye su producción, 50 años en las mujeres y 60 para los hombres marcan un punto de inflexión nega-

tivo. En este momento el riñón disminuye la producción de vitamina D aunque se tomé el sol de forma adecuada. Por ello será recomendable la administración de calcio y vitamina D en las mujeres mayores de 50 años y en los hombres a partir de los 60 años y en todas las personas que presenten osteoporosis.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. Esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. Actualmente se define como una reducción de la densidad ósea a 2,5 Desviaciones Standard (SD) de la media de las densidades correspondientes a la edad del sujeto.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. Puede afectar al 30% de las mujeres de los países del norte de Europa y América. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea. Las consecuencias de la osteoporosis son las fracturas: Las del radio (antebrazo y muñeca) que se presentan ya desde antes de los 50 años (fractura de Colles); las fracturas vertebrales que aumentan su incidencia a partir de los 60 años; y las fracturas de fémur que se duplican cada cinco años a partir de los 70 años. La masa ósea se forma y se destruye a diario. La formación depende de unas células denominadas osteoblastos y la destrucción de unas células denominadas osteoclastos.

- Su remodelación depende del ejercicio físico, del aporte de calcio, vitamina D y proteínas y sólo en parte del estado hormonal.
- Los estrógenos se han demostrado útiles para impedir la pérdida ósea rápida sobre todo después de la extirpación quirúrgica de los ovarios, pero no en la formación del hueso.
- La progesterona natural es una hormona osteogénica capaz de formar hueso desde los primeros momentos de la pubertad.
- La densidad ósea de la columna vertebral (hueso trabecular) depende de más factores hormonales.
- La densidad del hueso del fémur (cortical) depende de los niveles de calcio y de vitamina D.

Existe un gran número de enfermedades que pueden colaborar en la presencia de osteoporosis desde etapas muy jóvenes de la vida. Cuando una persona presente dolor óseo o deformidad de la columna vertebral o de alguna articulación en las extremidades (como el arqueamiento de las rodillas) se debe pensar en la posible osteoporosis, sea cual sea la edad y el sexo de las personas afectadas. Ha sido muy frecuente considerar que la osteoporosis sólo se presenta entre mujeres después de la menopausia por lo que en este pequeño artículo quisiera demostrar que las causas de osteoporosis son múltiples y diversas, y que la osteoporosis se podría prevenir y a veces evitar si se pensara en ella.

La morbilidad diferencial de las mujeres a partir de los 50 años, no se corresponde por lo tanto al cese de la menstruación, sino a problemas diversos biológicos, psicológicos y sociales, y al hecho precisamente de poder vivir con el mismo cuerpo durante más de 50 años. Hemos de desarrollar en el futuro nuevas estrategias de prevención, más localizadas y enfocadas en la morbilidad, en sus causas y en sus tratamientos, evitando la medicalización innecesaria, pero atendiendo correctamente el dolor, y todas las demás patologías acompañantes.

OPORTUNIDADES VITALES DEL CAMBIO FRENTE A LOS ESTEREOTIPOS

Dolores Juliano

Antropóloga. Profesora jubilada UB

“A lo largo de nuestra vida nos mantenemos en silencio acerca de quiénes somos, acerca de lo que sólo nosotros conocemos y no podemos revelar a nadie. Pero sabemos que aquello sobre lo que callamos es la verdad. Somos lo que callamos” Sándor Márai. *Memoir of Hungary* (107) Kaufman, Paola. 2005. El lago. Buenos Aires: Planeta.

Vivimos más. La edad de la menopausia, que antes marcaba el comienzo de la vejez, es una etapa que ahora se encuentra en la mitad de la expectativa de vida. Además nos mantenemos activas a edades avanzadas. ¿Debemos acaso entender que se ha alargado nuestro tiempo de trabajo, dedicándonos al cuidado o reciclando como abuelas las tareas que ya hicimos como madres, como señala Anna Freixas? (Freixas Farré, 2003) o ¿Podemos calcular que este tiempo agregado es tan válido como el anterior y que podemos sacar de él todo el provecho que por diversos motivos no pudimos sacar de las etapas anteriores?

En un grabado veneciano de la segunda mitad del siglo XVIII, se consideraba que los cuarenta años eran la “perfecta edad” para la mujer. Si tenemos en cuenta que entonces la menopausia se producía a los 35 años (Esteban, 2001, p.26) podemos sospechar que detrás de esta asignación estaba el profundo alivio de las mujeres de dejar de correr el riesgo de parir, al mismo tiempo que se conservaba aspecto y vitalidad juveniles. El sesgo ideológico de estos documentos se ve mejor si observamos que en el mismo cuadro, para los hombres, la “edad fuerte y madura” la colocaban en los cincuenta años, es decir que les asignaban diez años

de ventaja vital, que ninguna estadística corroboraba.

Por esa época, la medicina comienza a tomar el relevo a la religión como marco legitimador de los juicios sociales. Aunque su eficacia sólo comienza a fines del XIX, y el aumento de las expectativas de vida puede asignarse más a motivos higiénicos, económicos y de organización social. Su credibilidad social hizo que se consideraran incuestionables sus funciones taxonómicas, que permitieron y legitimaron las clasificaciones raciales y sexuales; y sus funciones normativas, estableciendo los criterios de normalidad en lo que Foucault denominó “biopoder” (Foucault, 1992).

Teniendo en cuenta el poder de estos marcos de referencia, me referiré brevemente a dos temas que parecen no tener mucho lugar cuando hablamos de mujeres de edad avanzada: la belleza y el amor. En ambos casos los modelos sociales van en nuestra contra, pero precisamente es contra esos estereotipos que realizamos nuestras conquistas, a veces cuestionando los modelos abiertamente, pero con más frecuencia transgrediéndolos en silencio.

En tanto que mujeres maduras hemos acumulado experiencia y sabemos que se nos permite más fácilmente transgredir las normas que cuestionarlas. Como dice la mejicana Angeles Mastretta, a menudo es prudente “*seguir uno de los muchos buenos consejos que he recibido de Edith Wharton: uno puede hacer en la vida lo que quiera, siempre y cuando no intente justificarlo*” (Mastretta, 2006, p.141). Pero la estrategia del silencio no permite acabar con los estereotipos, nos transforma en infractoras silenciosas y silenciadas, de las cuales se puede seguir suponiendo que están de acuerdo con los modelos, aunque no los cumplan. Los avances realizados en la última mitad del siglo XX nos permiten enfrentar los prejuicios pasando de la transgresión al cuestionamiento, aunque esto no nos garantiza salir indemnes de los costes.

Tradicionalmente las expectativas sobre cómo debían ser, qué aspecto debían tener y qué debían sentir las mujeres, no se realizaban a partir de sus propios proyectos y deseos, sino desde la mirada masculina. La visión androcéntrica del mundo valoraba en las mujeres aquellos rasgos que los hombres buscaban en ellas, los que les permitían mantener sus privilegios. Así, junto con la belleza y la juventud que las hacía deseables, se esperaba docilidad, dulzura y vocación de servicio, que las hacía manipulables. Las mujeres mayores constituían el anti modelo, ya no eran tan hermosas, y en cambio eran experimentadas y escépticas. La mujer sabia era un riesgo. Adquiría poder al mismo tiempo que perdía atractivo. El balance era desolador. Todo lo que se adquiría de experiencia vital se vivía como pérdida de feminidad. Afortunadamente todo eso “puede” escribirse en pasado aunque parte de los estereotipos siguen funcionando. El uso de los tintes para el cabello y la frecuencia del recurso a la cirugía estética nos hablan de la dificultad persistente de considerar los cambios físicos relacionados con la edad como escalones de una escala de superación (como lo veían los antiguos chinos) y señala la persistencia de la asignación diferencial por género, de los elementos que otorgan prestigio social. La industria farmacéutica y la cosmética se nutren de estos prejuicios y los potencian. Así las mujeres son las principales usuarias de sus ofertas. Sólo un cambio en la mirada, puede permitir la aceptación de la edad, sin la “vergüenza” que implica sentirse por debajo del patrón exigible.

Otro tanto sucede con las relaciones afectivas. En la actualidad, a partir de expectativas de vida mucho más largas (sobre todo para las mujeres) y de un aumento importante de su autonomía y de su autoestima, muchas mujeres reorientan su vida sentimental, sus opciones sexuales y/o su proyecto de vida, a una edad avanzada.

Esto implica una diferencia sustancial con la pareja adolescente, unida por el amor romántico. Éstas carecen (o se creía que era deseable que carecieran) de experiencias sexuales y sentimentales previas y establecían un vínculo de tipo fusional (ver Clara Coria 'El amor no es como nos contaron') con un compromiso de entrega y durabilidad tendente a facilitar la procreación y la atención de las criaturas. En realidad cada uno de los elementos del amor romántico estaba pensado para esta situación. La fidelidad garantizaba la paternidad y asociaba al hombre con su prole, la división de roles aseguraba una interdependencia que permitía mantener la convivencia, aunque resultara desagradable para alguno de los integrantes del grupo, y la idealización del amor permitía transformar lo que podía ser un acuerdo puntual en un proyecto 'para toda la vida'.

Ninguna de estas condiciones se da en las relaciones en la segunda edad adulta. Por definición surgen como consecuencia de experiencias previas en que las personas han ido aprendiendo los límites y las posibilidades de sus deseos y de sus capacidades de convivencia. No se trata así de relaciones ingenuas, si no de opciones reflexivas. Además no se trata de una asociación centrada en la reproducción. Los hijos y las hijas no son el motivo de la convivencia, sino (con frecuencia) un obstáculo a la misma. Además, el vínculo de fusión ha perdido gran parte de su atractivo para personas que han conseguido, con considerable esfuerzo, desarrollar proyectos de vida autónomos, que son precisamente los que les permiten plantearse una nueva relación.

Tampoco resulta clara, en estos casos, la necesidad (o conveniencia) de la complementariedad de roles. De hecho en estas relaciones son frecuentes las opciones homosexuales, que garantizan mejor los acuerdos y las semejanzas que facilitan la convivencia.

La creatividad y la fluidez pueden caracterizar estas opciones, que ya no son tributarias de los antiguos modelos.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Esteban, Mari Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino*. Donostia: Ed. Gakoia.
- Foucault, Michel (1992). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Freixas Farré, Anna (2003). Abuelas. La solidaridad en los linajes femeninos. *Mujeres y Salud. Dossier 11, Nº 11-12*, 29-31.
- Mastretta, Angeles (2006). *El cielo de los leones*. Barcelona: Seix - Barral.

EL CUERPO EL ESLABÓN OLVIDADO. TIEMPO DE RECONCILIACIÓN

Malen Cicerol

Lo que quisiera transmitir en esta comunicación es la importancia y el significado de habitar el cuerpo.

Llamo al cuerpo "el eslabón olvidado", porque tanto si nos ocupamos especialmente de su imagen, como si tomamos la vía más esotérica o espiritual, lo que yo considero su verdadero significado queda desatendido.

No es fácil cuando se cumplen los 50 escapar al bombardeo de los mensajes mediáticos que nos consideran enfermas en potencia, o que nos empujan a una patética lucha contra el tiempo y contra nosotras mismas.

Cuanto más mayores nos hacemos más esfuerzos hay que hacer para no parecerlo, y si pasamos de ello, no nos podemos librar de un cierto sentimiento de culpa.

Pero, nuestro cuerpo no debe ser nuestro problema, sino nuestro mayor aliado.

Cuando hablo de habitar el cuerpo pienso en este eslabón que nos conecta con el exterior pero que también nos conecta con nuestra

vida emocional, con nuestra historia, con nuestro espacio interior y con el universo. Somos mucho más que una imagen, mucho más que una pieza del puzzle familiar y social.

Cuento una pequeña historia:

María asistía a uno de mis grupos desde hacía algún tiempo.

Ella siempre quería trabajar las piernas porque sus piernas no le gustaban. Las quería estirar, las quería afinar. Sin embargo tenía unas piernas más bien bonitas. Pero no le servía que sus compañeras de grupo se lo dijeran. A ella no le gustaban. Decía que tenía complejo de piernas.

Al cabo de un tiempo de participar en un grupo, en uno de los trabajos grupales en el que propuse, como ya otras veces, ponerse con la espalda al suelo y las piernas apoyadas en la pared, María se quedó mirando sus piernas y se puso a llorar con mucho sentimiento. Lloraba y lloraba mirando sus piernas, y cuando le pude preguntar qué era lo que la hacía llorar, ella solamente podía decir:

– ¡Son **mis** piernas!, ¡son **mis** piernas!

¡Por fin había podido habitar sus piernas!

A raíz de habitarlas, en el proceso de elaboración, apareció también la información que guardaban. Se acordó de que su padre cuando era pequeña, le decía con cierto desprecio que tenía piernas de futbolista.

Y ello fue suficiente para bloquear su percepción interna, su conexión con ellas y proyectar la mirada desde fuera de su padre sobre sus piernas. No gustaban a su papá.

El cuerpo es la materialización de los otros niveles de nuestra realidad

Es donde se ha materializado nuestra vida emocional. Es el instrumento que bloquea o deja circular las energías de vida. Es el que cierra con sus tensiones crónicas las informaciones que en su día fueron conflictivas.

Cuando queremos recuperar la armonía, la identidad y encontrarnos con nuestro sentimiento de plenitud, el trabajo corporal es para mí un medio ineludible, porque el cuerpo es lo que podemos ver, sentir, tocar y aprender a comprender.

Es desde el cuerpo que podemos abrir las vías que nos permitan transitar por los diferentes niveles de consciencia: físico, energético o sutil, emocional y espacio interno. Y estar conectadas de forma natural con estos diferentes niveles es lo que nos permitirá recuperar o encontrar nuestra sensación de integridad.

Si nos paramos a observar nuestras sensaciones corporales, detectaremos muy probablemente zonas de tensión, quizás una sensación de bloqueo, o una dificultad de percepción interna en alguna parte de nuestro cuerpo.

También, si nos miramos detenidamente en el espejo podremos apreciar que ello se manifiesta de diferentes formas: por cambios de color, de textura de la piel, de volumen, de densidad, que nos indican donde bloqueamos el paso de la energía de vida.

La forma de nuestro cuerpo ha ido estructurándose mediante las múltiples respuestas o inhibiciones que hemos ido grabando en él a lo largo de nuestra vida.

Nos hemos ido adaptando al medio, a la exigencia, a nuestras dolencias... Y así es como, teniendo básicamente los mismos huesos y músculos, somos todas tan diferentes.

¿Cómo nuestra historia llega a materializarse en nuestro cuerpo?

Pongo otro ejemplo:

Una niña puede haber recibido una educación moralista. Todo lo sexual, todo lo que tiene que ver con las “partes bajas”, es sucio, es malo, es pecado.

O bien, puede haber sufrido abuso sexual y necesita bloquear las sensaciones que vienen de la pelvis para no sufrir más.

Sin embargo la naturaleza es lo que es y las informaciones de todo tipo, ambientales, hormonales etc... aparecerán en algún momento con sus estímulos.

Para que ello no le cause conflictos, la orden inconsciente actuará y bloqueará estas informaciones en lo posible. Para ello, por ejemplo, se tensarán sus muslos, especialmente los que tienen que ver con la cadena posterior: isquio-tibiales, (los que van por detrás), y abductores (en la parte interior del muslo hasta el pubis). Ello provocará rotación interna de los muslos cerrando el pliegue de las ingles.

También para disminuir la intensidad de los sentimientos y las sensaciones, limitará la respiración tensando el diafragma.

Utilizamos tod@s este mecanismo para disminuir la intensidad de las emociones. Retenemos la respiración, por ejemplo, para disminuir el miedo al pasar por un callejón oscuro, o para disminuir el dolor al quemarnos una mano.

En nuestro ejemplo, la crispación del diafragma se habrá hecho crónica formando una barrera a la sensación y la información. La pelvis quedará, en parte, energéticamente aislada cerrado el paso al nivel de las ingles y en el de la cintura.

Si bien se habrá conseguido en gran parte el objetivo: no sentir, el problema aparecerá cuando todo lo que era malo o conflictivo se haga deseable. Por ejemplo cuando se enamore.

Pero los mecanismos de cierre seguirán allí. ¡Son físicos! Habrán sido fijados por los circuitos nerviosos de inhibición (¡peligro si sientes!) que a su vez estarán fijados por el acortamiento de las cadenas musculares.

Y al nivel fisiológico, estos músculos tensos van a ralentizar la circulación, a presionar las vísceras, a bloquear los nervios, a desplazar algún segmento. Todo ello para disminuir la percepción de los mensajes que continuamente vienen desde los sentidos.

Entonces podrán aparecer todo tipo de problemas desde físicos (reglas dolorosas, problemas ginecológicos, dolores lumbares y de espalda), emocionales (¡no puedo abrirme! ¡angustia!) y de desidentificación (no puedo habitar, acceder a MI pelvis)

Este es un ejemplo bastante común. Aunque este mismo conflicto pueda ser organizado físicamente de formas diferentes según la estructura caracterial de cada una, según sean las circunstancias que llevaron al bloqueo.

Poder de nuevo habitar la pelvis, como en este ejemplo, y en otras circunstancias las piernas, el pecho, los brazos... implica poder, en cierta manera, abrir estas barreras y aceptar sentir y expresar.

Estas tensiones, que fijan estos circuitos de bloqueo no están organizadas de cualquier forma sino que siguen exactamente las cadenas musculares que describió Françoise Mézières en su día.

En Diafreo, desde el trabajo físico, buscamos mediante posturas, estiramientos, desbloqueo de la respiración trabajo de conciencia corporal, masaje etc... soltar las tensiones musculares.

Es entonces, que se da la posibilidad de que aparezcan las informaciones retenidas, las causas que las provocaron. Porque, al abrir el bloqueo se liberan los mensajes químicos, que mediante las billones de posibilidades del sistema nervioso habían quedado bloqueados en determinadas vías con toda la información que contienen.

Sin embargo habrá que transitar una y otra vez, estas vías abiertas mediante la energía, la conciencia, para que como sucede cuando abrimos un camino en la hierba, no se cierran de nuevo.

La circulación energética

La circulación energética no es algo esotérico, hablo de una capacidad de la que, con un

poco de atención, podemos ser bastante conscientes.

Si nos concentramos, nos relajamos e intentamos imaginar que podemos dejar circular la energía por nuestro cuerpo, quizás podemos constatar que hay zonas donde parece fácil encontrar la sensación de que podemos dejar circular algo. Y sin embargo nos podemos encontrar con otras en las que no logramos ni llegar con la consciencia. Como si hubiera algo parecido a una barrera.

Abrir estas barreras es lo que nos permite conectar con nuestra vida emocional. Podemos ver qué hay guardado allí. Es entonces importante poder elaborar estas memorias, poder expresar, no solamente con la palabra, sino corporalmente, lo que en su día no se pudo.

Aprender a echar hacia afuera los rencores viejos, los odios enquistados, los miedos que continúan actuando de forma sorda en nosotras nos ayuda a soltar las antiguas estructuras que han condicionado la forma de nuestro cuerpo, de nuestro pensamiento y la conciencia de lo que somos.

El espacio interno.

Cuando hemos liberado un bloqueo, ocupado la zona con nuestra energía, dejando aparecer las causas del bloqueo y expresando con nuestro cuerpo y nuestra voz lo que entonces fue inhibido, tenemos el camino preparado para pasar a un plano aún más profundo. Lo que yo llamo EL ESPACIO INTERNO.

Se trata de una incursión a una región de nuestra propia conciencia, un espacio donde el pensamiento, tal como lo conocemos, no tiene vigencia,

El espacio interno no es algo abstracto o imaginado. Es una experiencia real, una capacidad, una dimensión de nuestro ser que nos suele ser ajena a pesar de estar presente en tod@s nosotr@s. Aunque en nuestra cultura cada vez más volcada hacia el bienestar exterior, hacia la imagen, nadie ni ninguna

enseñanza nos suele ayudar a conectar y escuchar este espacio.

En física cuántica se le ha llamado el punto neutro, o el espacio no circunscrito, donde todo es potencialidad. También podríamos llamarlo el punto cero donde estaría el programa de las células, la información del sistema.

En el ser humano es el espacio de luz, conocimiento y paz que está presente en todas nosotr@s detrás de las barreras de nuestros bloqueos.

Es por lo tanto el núcleo de donde surge toda transformación, donde existe de nuevo la posibilidad de reencontrar la misteriosa llave que nos conecta con NUESTRA PROPIA INFORMACIÓN para vivir la experiencia de LA UNIDAD. Aunque hay mucha literatura al respecto hoy en día, en este pensamiento nuevo, suele haber siempre un eslabón olvidado: el cuerpo. Continúa siendo disociador tener que prescindir de él para llegar a estos espacios profundos.

Habitar totalmente y con placer nuestro cuerpo no tiene porqué desligarnos de nuestra parte más espiritual.

Lo importante es la unidad, y las grandes barreras que separan este espacio más inmaterial y nuestra parte más física están formadas, en principio, por las emociones retenidas, a su vez mantenidas por las tensiones; creando una brecha entre lo que aparentamos y lo que realmente somos en nuestro interior.

Transitar por todos nuestros espacios sin barreras es lo que nos puede llevar a sentirnos enteras, a encontrar nuestras propias respuestas, y sentirnos dueñas de nosotras mismas.

Ésta es la función del trabajo corporal

Si podemos hacer este proceso de recuperarnos, de encontrar este estado de paz de nuestro cuerpo, de nuestras emociones y aceptar la energía de vida, la belleza, para nosotras, será otra cosa: será sentirnos bien en nuestro cuerpo, en nuestro ser;

Y esto se irradiará.

**BIENESTAR EMOCIONAL LAS MUJERES
A PARTIR DE LOS 50: NIDO VACÍO,
AGENDA LLENA**

Jocelyn Guerrero

Psicóloga y Psicoanalista

INTRODUCCIÓN

Con esta ponencia quiero explicar cómo viven las mujeres la menopausia desde el punto de vista psicológico, desde su psiquismo. Hablaré del planteamiento terapéutico que realizo, con la finalidad de que las pacientes logren un **bienestar emocional**, tal y como queda enunciada en esta ponencia, para ello voy a situar este tema desde el punto de vista biosicosocial.

El cuerpo colonizado

Los poetas, los pintores, músicos y trovadores de todos los tiempos se han inspirado en el cuerpo de la mujer. Cuerpo deseado, admirado, pintado que, a su vez, ha llevado a los hombres a querer poseerlo sexualmente, pero no sólo. El deseo de posesión les ha llevado a quitar a los cuerpos de las mujeres su libertad, a imponerles unos cánones de belleza inalcanzables, a intervenir en su maternidad, así como al rechazo del cuerpo marchitado, proyección de sus propios miedos a la decadencia y a la muerte, unido a su envidia y fantasías inconscientes sobre nuestra supuesta omnipotencia. Las mujeres entonces quedamos colocadas en un lugar de amenaza frente a ellos mismos, en la que peligra su poder sobre nosotras.

Las mujeres hemos tenido que lidiar con esta apropiación; situación difícil si tenemos en cuenta que son nuestros padres, compañeros e hijos es decir, toda la saga masculina los que se encuentran enfrentados a nuestra femineidad. Esta compleja situación contradictoria y ambigua nos produce, por supuesto, malestares psíquicos. Pero no hay que olvi-

dar que lo psíquico está asentado en lo físico. En lo biológico. Con esto quiero decir que vivimos en un cuerpo, nuestra primera morada, y esta unión es indivisible por estar interconectado lo uno y lo otro.

La etapa de la menopausia, como todas las etapas de la vida de la mujer pasa también por las presiones religiosas, científicas y médicas. Ejemplo de esto lo tenemos en la actualidad: por un lado, la presión de la iglesia contra el aborto o a favor de la sexualidad sólo para la procreación, por otro, de la industria con la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, o la negación de la vejez a través de la eclosión de la cirugía estética. Es lo que algunas autoras llaman *El cuerpo colonizado*.

Un cuerpo a la espera

Dice la psicoanalista uruguaya Elina Carril, que el cuerpo femenino siempre **está a la espera**. Por sus orificios emana sangre, leche, flujo, puede parir, hasta que comienza a marchitarse. Es decir cada periodo de la vida de las mujeres, conlleva diferentes momentos fisiológicos, y yo diría que psíquicos, muy marcados.

Esta realidad nos hace constatar que las mujeres por serlo, vivimos en una actitud anticipatoria de lo que nos vendrá a través del cuerpo. Por ejemplo sabemos el número de días de nuestro ciclo menstrual, sabemos cuándo ovulamos, incluso cuál de los ovarios está realizando su función cada mes o, en la menopausia, las horas de los calores.

Esta percepción de nuestro cuerpo nos lleva al concepto de Temporalización. **La Temporalización** es la manera en que cada mujer se organiza según el tiempo respecto a su reloj interno. Es decir las féminas tenemos que recrear cada nuevo cambio corporal según el ritmo de nuestro cuerpo. Ante un nuevo acontecer, las mujeres intentamos tomar, dentro de nosotras mismas, una nueva perspectiva de la circunstancia con la que nos enfrentamos. Respecto a la menopausia, enton-

ces, el tiempo se vivirá según la forma en que la mujer aprendió a esperar dicha etapa vital. Un ejemplo sería la edad en la que tuvo el climaterio la abuela, la madre o la hermana mayor.

La perspectiva de género

Cuando se trabaja desde la perspectiva de género, que es mi referente, las mujeres y los hombres son concebidos como construcciones teóricas surgidas en determinado momento histórico y en una cultura dada, nunca como categorías ni esencias de la naturaleza. Por lo tanto, no hay una feminidad ni masculinidad única, sino que aparte del género y la anatomía, estimaremos el sentimiento **de sí mismo** de cada persona.

La teoría del género piensa a las mujeres en su contexto temporal, social y espacial, liberándola de este modo de un análisis que las condenaba a un futuro eterno e inmodificable desde su nacimiento solo por tener clítoris y vagina. Por lo anterior dicho, el concepto de cuerpo de las mujeres cambia de acuerdo al momento histórico y al imaginario social. Debido a las presiones sociales, las mujeres nos hemos visto arrojadas a expresar a través del cuerpo situaciones a las cuales no le podíamos poner palabras. La histeria, por ejemplo es una forma de protesta inconsciente al poder patriarcal, el cuerpo se enferma como manifestación de un malestar psíquico.

Existe el cuerpo material, real y existe un discurso acerca de lo que es un cuerpo femenino. El discurso va construyendo un cuerpo singular en cada persona. Por ejemplo las mujeres se sienten guapas a partir de un patrón no solo social, (antes mencione a los pintores, artistas, que imponían su criterio de belleza,) sino familiar. Cuando un padre, abuelo o hermano se excita o admira unos pechos grandes, está construyendo un ideal de mujer, de lo que se debe tener, de lo que tendría que ser idealizado.

Estas presiones externas son interiorizadas por nosotras, por ello es importante lograr sostener un dominio de nosotras mismas y conocimiento de lo que deseamos. Es decir a tener una postura crítica ante las presiones sociales. Tomar el poder sobre nosotras y nuestras vidas. Lo que se denomina **empowerment**.

Este poder sobre nosotras mismas se logra de muchas maneras, pero cuando nuestras propias fuerzas no llegan a más e intentamos una ayuda psicoterapéutica, esta debería tener en cuenta no solo lo real, sino lo inconsciente, que es lo que nos domina.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Voy a pasar a explicar algunas pautas que tengo en cuenta cuando hago intervenciones psicoterapéuticas con mujeres en este caso, en la etapa de la menopausia.

La mujer que pide ayuda a la profesional de la psicología pone en marcha un proceso de comunicación intersubjetiva. Este proceso está estructurado por una dimensión afectiva, que va más allá de la demanda o el motivo original de la consulta. Las corrientes afectivas van desde la ternura, tristeza, temores, miedos, fastidios incertidumbres, esperanzas y también fantasías. Sentimientos mutuos que proceden de cada una de las partes, es decir, de ellas y de mí, y a su vez de las promesas o esperanzas que ofrece la psicología. Estos sentimientos, llamados transferencia y contratransferencia, que no siempre son conscientes, juegan un papel tan importante que incluso influye en el resultado final del tratamiento.

Cuando tengo una paciente que no necesariamente viene por un problema relacionado con la menopausia, pero que por la edad, sé que se encuentra en esa etapa, lo primero que hago es prestar especial atención a su discurso, a su demanda, para extraer que efectos se están produciendo debido a este periodo de la vida.

La menopausia produce lo que las psicólogas llamamos herida narcisista. El narcisismo es el amor por uno mismo, necesario para sobrevivir y valorarnos. Lo alimentamos a base de logros y satisfacciones. Dependiendo de la etapa de la evolución psíquica de la persona, puede estar centrada solo en uno mismo, etapa infantil, o teniendo en cuenta también a l@s demás, esto sucede cuando logramos madurar. Esta herida en nuestro narcisismo, producida por las pérdidas y limitaciones que acarrea la menopausia (perdemos la capacidad de procrear) es un golpe a nuestra integridad física y psíquica que nos viene marcada desde el cuerpo. Implica renunciaciones, readaptaciones y duelos, y ocasiona unas consecuencias determinadas cuyas resoluciones dependerán del psiquismo y biología de cada mujer.

La menopausia forma parte de un periodo vital de gran complejidad que va a ser vivido, según el narcisismo de cada mujer.

Las demandas

Voy a mencionar algunas de los temas con los que me encuentro cuando las consecuencias que origina la menopausia no han sido elaboradas con éxito en el psiquismo de las mujeres:

En primer lugar, están las mujeres que han puesto su narcisismo solo al servicio de la maternidad, corren el riesgo de sufrir del llamado **síndrome del nido vacío**. Los hij@s en los cuales se había depositado todo el éxito de una buena maternidad, llena de abnegación y cuidados, comienzan o siguen su vida de adultos dejando atrás las necesidades afectivas de las madres. Las mujeres sufren por la sensación de insatisfacción, los hijos no se comportan como ellas había idealizado. Es decir no cumplen con las expectativas de las madres por lo que ellas no se sienten compensadas en su esfuerzo.

Cuando el conflicto de la mujer está relacionado con su satisfacción sobre la materni-

dad, analizo sus fantasías de fertilidad. Muchas medicadas con THS tienen una pseudo-menstruación que les ofrece la ilusión de ser fecundas. Es entonces cuando analizamos las fantasías de que su útero está todavía disponible para la fecundación.

La paradoja es que en estos momentos de crisis económica muchas madres se encuentran con el problema contrario, están en una encrucijada: tienen hijos mayores que vuelven a vivir en la casa materna o que vuelven a depender económicamente de ellas. Esta situación crea nuevas dificultades que van desde la falta de espacio hasta temas de dependencia ya que los hijos a su vez piden autonomía para sus actos.

Otro tema que me encuentro cuando hago psicoterapia es el de la **sumisión**.

Dada la estructura psíquica de la mayoría de las mujeres, intento neutralizar la tan conocida sumisión frente a lo que las concierne, en este caso su salud integral.

La sumisión es un tema espinoso, ya que, debido a nuestro sometimiento ancestral, es más un tema de mujeres. Cuando una mujer, que es muy sumisa, se siente rechazada por los hombres, se le crea la necesidad compulsiva de volver una y otra vez a intentar lograr lo que desea, para ver si en la nueva oportunidad el resultado es por fin favorable. Nada fija tanto al otro como la necesidad de que se deshaga la "afrenta narcisista", la necesidad de lograr que el otr@ sea como deseamos, que sienta las necesidades con igual intensidad, que nos desee de la misma forma que nosotras. En la menopausia a veces este tema se manifiesta en una excesiva necesidad de gustar a la pareja.

Los años que rodean la etapa del climaterio son también tiempos en que usualmente uno pasa cuentas a la vida. Dependiendo de la conformidad entre lo realizado y las posibilidades de realizar parte de nuestras metas, sentiremos la satisfacción personal o la sensación de haber perdido el tiempo. Marta

Nausbaum (2002) escribió que “el hábito, el miedo, las bajas expectativas y las condiciones injustas de fondo deforman la elección de la gente e incluso sus deseos para sus propias vidas”. Confundir con preferencias lo que en realidad no es más que la adaptación a los abusos es lo que la autora llama “preferencias adaptativas” de los grupos subordinados.

Otro grupo, son las féminas que tienen su narcisismo, su autovaloración, asentado fundamentalmente en el físico, que en la etapa de la menopausia comienza a decaer, corren el peligro de ser candidatas a la cirugía plástica o cualquier otro método agresivo, que intente negar el tiempo que marca la entrada a la madurez-vejez.

Las mujeres hemos sido concebidas como objeto erótico. Debido a ello una de las metas de una psicoterapia sería el poder pasar a ser un **sujeto erótico**.

Otra preocupación, que traen las mujeres en la etapa madura es el tema de la seducción: tema espinoso, que cambia si uno está en pareja, y que depende de cómo está la “salud” de dicha pareja, ya que en esta etapa vital, existen diferencias en cuanto al deseo sexual de uno y otro. También difiere el logro de la satisfacción sexual, que cambia según el partenaire de la paciente, y de ella misma.

Las metas de la terapia

Para trabajar desde el punto de vista psicoanalítico intento desenmascarar las fantasías renovadas respecto a la sexualidad. El Desear, ser deseada y mejorar su placer sexual. En este tema tengo que hacer hincapié en la pareja, porque en esta sociedad patriarcal, la decadencia tiene que ocultarse, por lo que las mujeres se encuentran con circunstancias que no dependen estrictamente de ellas. Por ejemplo un posible partner de una señora en la etapa de la menopausia, buscará a una jovencita que le permitirá negar que él también está en una etapa de decadencia.

Decadencia que se manifiesta entre otros, en la dificultad para tener erección, el tiempo de erección, y depresión a veces ocultas bajo un mal humor constante, etc. Y es que los hombres se conciben a sí mismos como “cuerpos anhelantes” es decir son cuerpos dispuestos a ser satisfechos; en cambio para ellos el cuerpo de la mujer que es el “cuerpo deseable” por lo tanto este siempre tiene que estar idealmente perfecto y listo para satisfacerlos.

Otra meta posible en la psicoterapia es lograr de la paciente que sea **activa** en el tratamiento es decir que la paciente se incluya en su propia singularidad como sujeto.

Porque las mujeres con nuestra asignada vida doméstica que se desarrolla fundamentalmente en el hogar, cubriendo las necesidades ajenas, nos convertimos en simples ejecutoras de los deseos y necesidades de los otros miembros de la familia.

La experiencia profesional me enseña que las mujeres que han basado su narcisismo en algo diferente al cuerpo joven, a la belleza, o solo maternidad o servicios a otros exclusivamente, viven la menopausia con más aceptación y elaboran los cambios con menos dolor psíquico. Son mujeres que han tenido vida privada, es decir han cultivado su individualidad, han construido su singularidad, han gestionado su propio tiempo. Ellas han sabido diversificar sus intereses y han escuchado sus propios deseos, porque es también en este periodo en el que somos más sabias, tenemos más experiencias acumuladas y más donaire. Usualmente es una edad de más libertad, menos compromisos familiares. Somos éstas las que tenemos **la agenda llena**.

Muchas de las quejas de las mujeres en etapa de menopausia, relacionadas con la edad, parten de la sumisión al *desideratum*, es decir, al mandato social. Mandato **No natural** creado para sostener el poder de quienes lo ostentan y que nosotras ayudamos a soste-

ner en la medida en que no nos cuestionemos si tenemos que vivir sólo para satisfacer el narcisismo del l@s demás, o satisfacernos más a nosotras mismas.

La psicóloga Montserrat Guntín habla de la **paidética** como el conjunto de las capacidades que venimos desarrollando desde tiempos ancestrales, tales como el saber interpretar, comprender y secundar sentimientos y emociones del otro, incluso sin mediación de la comunicación verbal. La capacidad sensible para captar y devolver estados de bienestar y malestar del otro, con el fin de conducirlo a la autonomía emocional, la capacidad de proteger a los otros a lo largo de sus vidas, así como la de reconocer al otro en su especificidad y su diferencia, con la finalidad de que pueda descubrir su propia identidad, es decir que se reconozca a sí misma.

Las profesionales que intervenimos en la problemática de las mujeres en este período, no solo las psicólogas, debemos discernir la demanda explícita, de la implícita. Una demanda explícita sería por ejemplo una señora que puede sentirse fea y no querida pero su discurso versa sobre malestar que provocan los calores, sofocos, mal humor... cambios en el cuerpo, hinchazón. Si utilizamos el tiempo que necesita la escucha, tan difícil en nuestro sistema sanitario, podemos oír la demanda implícita. Por ej. "Siento que se me va a terminar la vida... Mis sensaciones son insoportables... Nunca más tendré pareja". Demanda constituida por contenidos psíquicos profundos, desconocidos para la misma mujer que tienen relación con su sufrimiento mental, con su manera subjetiva de vivir su declive vital.

La mujer madura se mira en su madre, a veces las enfermedades que sufrió su progenitora en la edad en que las pacientes se encuentran, despiertan un temor de repetir, desde lo psicológico a lo genético, el mismo camino que hizo la madre, o la abuela. Quiero decir con esto, que la psicóloga tiene que

enfrentar a la paciente a recuerdos conflictivos que a veces no son conscientes. Las acompaño a explorar, las invito a descubrir otras dimensiones, a lugares más escondidos del psiquismo, les ofrezco un espacio para reflexionar sobre dolor psíquico-fantasmático.

Para concluir insisto en que en la construcción de la subjetividad femenina intervendrán las fantasías personales unidas a las vivencias temporales y las significaciones culturales sobre nuestro género, quiero decir que los cambios corporales no estarán determinados únicamente por los procesos fisiológicos inherentes al sexo femenino.

Todo lo que menciono no se resuelve con la terapia hormonal sustitutiva. Ya que esto constituiría un reduccionismo. No tengo la solución a sus problemas lo que sí podemos contemplar son las diferentes preguntas y respuestas que cada una se puede hacer si se cuestiona si su malestar, su modo de vida, sus valores son suyos o buena parte vienen de la sumisión a lo impuesto.

¿QUIEN CUIDARÁ DE NOSOTRAS CUANDO NO ESTEMOS MUERTAS? ¡CUÍDATE TÚ PARA CUIDAR MEJOR!

Vita Arrufat Gallén

Medica del Centre de Salut Pública de Castelló

Desde los años 70, en los que inicié la licenciatura en Medicina y cirugía en la Universidad de Valencia, he tenido un grupo de referencia de mujeres como yo, mis pares, con las que he mantenido relaciones a lo largo del tiempo. En el grupo nos hemos informado y también estudiado temas inmersos en nuestra cotidianidad de mujeres ciudadanas, profesionales de la salud y de la educación. Temas como: las relaciones madres e hijas, la maternidad, la muerte, la interrup-

ción del embarazo, el amor, las relaciones sexuales, el autoerotismo, la anticoncepción, el parto natural, el autoconocimiento, la violencia de género, las mujeres cuidadoras... Muchos temas a lo largo de casi treinta años de relaciones.

Mantenemos actualmente estas relaciones sobretodo virtualmente y nos vemos con ocasión de funerales, inauguraciones, presentaciones de libros de las miembros del grupo, congresos y feminarios. Algunas seguimos poniendo en común las reflexiones y descubrimientos sobre la vida cotidiana, en reuniones más o menos periódicas. Siempre alguna toma notas, incluso grabamos algunas sesiones..., y tenemos fotos de las reuniones.

En estas sesiones en el grupo de mujeres, he aprendido que mis amigas se cuidan. No se cuidan consumiendo productos como el estereotipo de mujeres que llamamos burguesas, o consumistas, y que tanto les gustan a los creativos de los anuncios de la "tele". Nos cuidamos escuchándonos, preguntándonos, hablando de todo lo que nos ocurre, o exponiendo dudas, expresando y estudiando nuestras emociones, mostrándonos apoyo o solidaridad, discutiendo entre nosotras, realizándonos masajes o caricias, preparándonos para la meditación, y cantando. Sí también cantamos, con letra y música. En resumen intercambiando entre nosotras las lecturas que hacemos de la realidad, nuestras subjetividades.

Con ellas he aprendido que si yo no estoy bien, los que están conmigo tampoco lo están. Esta es la base del empoderamiento, la información transmitida y sobretodo la formación aprendida de las experiencias que hemos tenido como profesionales y como seres humanas. He iniciado el aprendizaje de prescindir de las ataduras (dependencias y sumisiones), a priorizar, atender lo que hay que hacer sin pensar que todo lo puedo solucionar, he aprendido sobre los límites y las li-

bertades, he aprendido la solidaridad, y aquello de "cuidate tú para cuidar mejor"

He aprendido hasta qué punto soy la responsable de mi salud (ver figuras 1 y 2). Y sé que puedo cuidar, como mujer, a los que me rodean, sólo si quiero y me produce placer. Cuidar de una misma y a otras personas genera humanidad, lograr entender a una persona "normal" o "no estándar" te hace desarrollar la inteligencia y habilidades emocionales.

Cuidar es estar, escuchar, estudiar, acompañar, informar, comer bien, moverse, es... todo aquello que se aprende viviendo. Y cuando los cuidados salen bien aprendemos la Resiliencia¹.

Cuidando a las personas con problemas graves de dependencia, como las personas con DCA, desarrolla las capacidades, y esa capacidad de reaccionar ante la adversidad se denomina Resiliencia.

Si no te cuidas tú misma ¿quién te va a cuidar? La autonomía, el autocuidado, son valores de las mujeres libres y tienen que ver con la capacidad de poder satisfacer una misma, o en el entorno más cercano, desde las funciones de supervivencia básicas a las más elevadas².

¹ Resiliencia, Década de los 70 se buscan e identifican los factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de los niños y las niñas que se adaptan positivamente a pesar de vivir en condiciones de adversidad. Estudio longitudinal de Emmy Wemer & Ruth Smith en Hawai, 1992; Seguimiento de 505 personas durante 32 años, desde el periodo prenatal (1955) hasta la adultez. Resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, a pesar de vivir en un medio no sano. Los procesos ocurren a lo largo del tiempo, dando combinaciones afortunadas entre los atributos del niño/niña y su ambiente familiar, social y cultural. M. Rutter 1992. Red de Escuelas promotoras de Salud y promoción de la resiliencia 2003. Bonnanno, G. A. 2004

² Pirámide de Maslow: Fisiología, seguridad, afiliación, reconocimiento, y autorrealización.

Las mujeres siempre estamos aprendiendo de los cambios, aprendemos ¡por dentro y por fuera! Parece que utilizamos la metodología para adaptarnos a los cambios que se emplea en la Educación para la salud:

Informarnos para conocer cómo abordar el problema

Búsqueda de documentación e investigación

Formación teórica y práctica

Trabajo con las actitudes y conductas a seguir con la nueva información y

Evaluación de los cambios adquiridos, mediante la evaluación continua, de procesos y resultados.

La sociedad nos ha colocado a las mujeres en general, y por ser madres en particular, en el histórico papel de “cuidadoras”. Cuidadoras de hijos e hijas, de madres y padres ancian@s, de tíos, y tías, solteros, sobrin@s, incluso suegros, y en zonas rurales aunque cada día menos, cuidamos de vecin@s...

María Angeles Durán, pionera en los estudios económicos, apunta en su libro *Los costes invisibles de la enfermedad* (1999) que, en el Estado Español, de un total estimado de 5.000 millones de horas para el cuidado de enfermos, sólo el 12% es cubierto por personal sanitario profesional, recayendo el resto en familia y amigos. Estos cuidados suponían más de 276 millones de jornadas de ocho horas, por lo que los costes de dicha atención ascendían a 34.531 millones de euros anuales. Pagadas al precio del salario mínimo interprofesional en el momento de la publicación del informe³.

Cuidar de un@s por pérdida de autonomía por la edad, de otr@s por discapacidades di-

versas, la más frecuente en jóvenes después de la discapacidad física son las secuelas del Daño Cerebral Adquirido⁴. Estos cuidados han sido invisibilizados, aunque formen parte de la cultura de las mujeres en el interior de la familia, y en el espacio social. Cultura que nos han transmitido las madres con el beneplácito de los padres, hasta que ¡por fin!... Los cuidados a ancian@s y enferm@s crónicos han entrado en la cesta de la compra con la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley ha supuesto la necesaria evaluación previa al pago, de la autonomía de personas con discapacidad o ancianas, y posterior diseño del PIA (plan individualizado de atención) según el cual se ofrecen las prestaciones: Ayuda al domicilio, paga al Cuidador principal, cuyo perfil más abundante es mujer trabajadora 98%, mayor de 60 años. Centros de día, residencias..., ¿este es el camino para que los cuidados realizados por las mujeres se incluyan en el PIB? Algo tendremos que decir las mujeres! Y las profesionales, economistas, juristas..., ante la monetarización de los cuidados a enfermos crónicos y personas con discapacidad.

Algunas preguntas:

Suponiendo la plena participación de las mujeres en la sociedad, en condiciones de igualdad con los hombres:

¿Qué cuidados estamos dispuestas a pagar?

¿Qué papel queremos nosotras?

¿Qué papeles no queremos nosotras, ni nadie?

¿Pueden pagarse los cuidados informales?

¿Pagarán por lo que hacemos por amor, amistad, vecindad?

¿Tendremos que dejar la vida laboral por la vida de cuidadoras?

³ Por un sistema público de atención ala dependencia. De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados. 2003 Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS, ISEDIC, 2004, MS&D MA Durán, 2004.

⁴ Federación Daño Cerebral Adquirido. FEDACE: <http://www.fedace.org>

¿Es parte de la calidad de vida el cuidado y el autocuidado?

¿Sabemos las diferencias entre precio y valor de los cuidados?

Algunas propuestas:

Urge implantar convenios de conciliación de la vida laboral y familiar en las empresas públicas y privadas. La mujer que ha trabajado fuera de casa dispone de tiempo de cotización para recibir la prestación por jubilación, enfermedad o minusvalía. Esto aumenta la autonomía de las mujeres.

Hemos de potenciar la solidaridad entre vecin@s, familiares, amigas..., para que siga existiendo la “diferencia Española en los cuidados⁵”

Las mujeres que tenemos experiencia, hemos de seguir formando en cuidados formales e informales a hombres y mujeres

Las mujeres estamos formadas por y en la cultura patriarcal, que se trasmite de madres a hijas, mediante palabras, gestos, actitudes..., tenemos la responsabilidad de ser felices y hacer felices a quienes nos rodean. Para ello tenemos a nuestro favor la cultura que nos transmiten las madres, o la representante familiar de la autoridad materna, es la cultura de cómo sobrevivir en las mejores condiciones en la sociedad patriarcal!

La cultura sanitaria que proponemos, se basa en:

La concepción bio-psíco-social de la salud y la enfermedad⁶.

Las características del enfermar: el binomio salud y enfermedad incluye no solo las características biológicas determinadas genéticamente, sino también las cualidades físicas

y psíquicas desarrolladas por la individuo, el entorno y la cultura del cuidado

Modelo “mujer, salud y trabajo” desde la perspectiva de género⁷

Las mujeres sanitarias no queremos que la salud de las mujeres sea definida por la cultura de la supervivencia: **¡queremos salud y calidad de vida!** Y queremos calidad de vida para todos y todas. Un ejemplo, las mujeres queremos decidir cuántos hijos e hijas tenemos, cuando, y con quien l@s compartimos.

Las mujeres hemos aprendido que:

El estilo de vida influye en la salud y la enfermedad (medida en reducción de mortalidad, Dever, G.E.A 1976)

Entre las causas de mortalidad se encuentra la yatrogenia (La mortalidad atribuible al Sistema Sanitario en 1997/98 en España es de 84 muertes por 100.000 habitantes, Mortalidad atribuible al sistema sanitario en 2002/03 es de 74 muertes por 100.000 habitantes)

Los problemas de salud de las mujeres causados por los estilos de vida van a ser diferentes según las etapas de la vida. (Sandra P Levisson, 1994)

Para conocer la comunidad en la que hemos asentado hay que realizar el Diagnóstico de salud de las mujeres con perspectiva de género. (CAPS 1995, Dones treball i salut)

Hemos de visibilizar con las investigaciones y las acciones las causas que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las mujeres: autonomía económica, nivel de estudios, vida laboral, profesión, servicios de salud, acceso a ocio sostenible, dieta mediterránea..., y las que no: abuso de medicamentos y drogas, lesiones por violencia...,⁸

⁵ Según recientes estudios la hipótesis dice que la calidad de vida en España estaría relacionada con la dieta Mediterránea y las redes de cuidados informales entre la ciudadanía,...

⁶ Congrés de Metges i biòlegs en llengua catalana Benicassim 1978. OMS, Alma Ata, 1976

⁷ M. Frankenhauser y Ulf Ludberg, 1994 Caps Mujer Salud y calidad de vida

⁸ CVV-psi: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/453141>

Respecto a los cuidados no vamos a equivocarnos pensando que somos las únicas receptoras de este patrimonio de cuidados..., ¡los hombres pueden cuidar! Aunque somos el género mayormente agraciado. Por ello nadie mejor que las mujeres para la formación en cuidados. Muchas aprendimos de las madres y lo hemos transmitido a las hijas e hijos. Este patrimonio necesitamos compartirlo con los hombres!!!

Tres reflexiones:

Coexisten diferentes culturas y patrones de transmisión, no hay una única transmisión de la cultura del cuidado⁹.

De momento no ha habido Universidad de las mujeres..., la herencia de nuestras antepasadas las brujas, son las Universidades!

En España no hay Espacios específicos de Promoción de la salud liderados por mujeres en los que trabajar la información, formación y el empoderamiento. Ejemplo de espacio de Promoción de salud: Hotel de las mujeres hotel saludable¹⁰

Queremos ser mujeres autónomas, solidarias y libres a lo largo de nuestra vida! Y esto comienza con: Cuídate tú, para cuidar mejor!

Para cuidarte necesitas autonomía: ¡Be emancípate be active! Decían en 1992 las mujeres de la biblioteca del centro de mujeres víctimas de la guerra (CVW-Zagreb) y también siempre lo ha dicho Rita Levi-Montalcini, que nace en Turín en 1909, descubre el FCN en 1951 y recibe el Nobel en 1986. El Factor de crecimiento neuronal demuestra que las células del cerebro (neuronas, Glia...)

hacen conexiones nuevas toda la vida. A más movimiento más conexiones: Sí el envejecer nos permite utilizar más cerebro ¡se puede aprender siempre!

Para cuidarte necesitas compartir tus pensamientos con un grupo de mujeres, como he podido hacerlo con mi grupo de mujeres y las emociones, y desde Mujeres por la salud y la paz.

Hay mucho que hacer y que negociar para que la calidad exista en la atención socio-sanitaria pública, por ello “prepara el Hammam y... Si puedes, mejor en compañía de las mujeres que han emigrado por un mundo mejor!¹¹ Como la red de mujeres africanas y españolas por un mundo mejor¹² En el mercado globalizado, las mujeres pedimos que cotice la solidaridad!

Los datos que apoyan las reflexiones escritas:

1.- Movimiento natural de Población según sexo en 2007

– Nacimientos: 491.183, 48,4% mujeres, 51,6% hombres.

– Defunciones: 385.087, 47,8% mujeres, 52,2% hombres.

– Saldo vegetativo (1): 2,3 mujeres, 2,3 hombres.

Saldo vegetativo: diferencia entre nacimientos y defunciones.

2.- Cálculo de la distribución porcentual por sexo para el año 2015

50,7% mujeres y 49,3% varones. N° mujeres/ n° varones = 1,03.

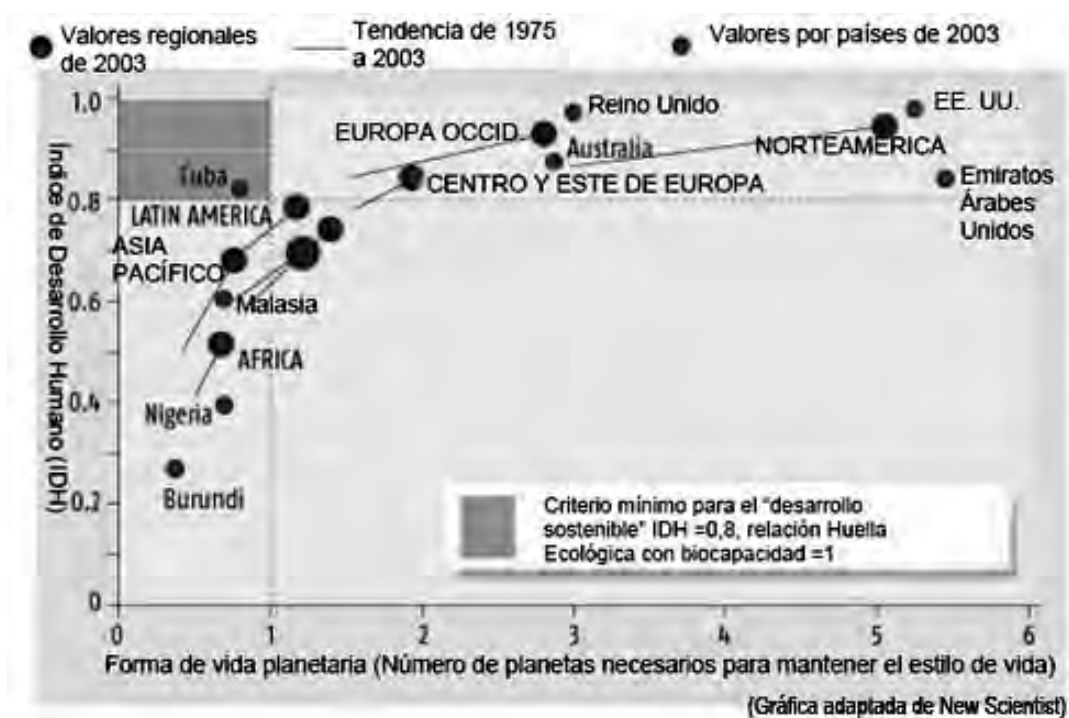
⁹ Ver antropología cultural: Facultad de Medicina Universidad Alicante, Universidad Granada.

¹⁰ Registro de la propiedad intelectual 2002

¹¹ <http://www.grupogie.org/?l=es>

¹² <http://www.mujeresporunmundomejor.org/>

3.- Desarrollo sostenible según el Índice de desarrollo humano New Scientist



4.- Encuesta de discapacidad: Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. INE

Personas con alguna discapacidad o limitación por sexo grupo de edad (tasas por mil habitantes)		
total	69,5	17,6
0-5 años	25,2	17,6
6-16	23,1	13,2
17-24	19,5	12,9
25-34	24,9	18,9
35-44	39,3	37,8
45-54	60,0	73,2
55-64	97,1	128,6
65-69	138,6	169,9
70-74	175,9	253,6
75-79	262,8	343,3
80-84	336,2	484,5
85-89	505,8	610,7
90 y más años	668,1	783,4

2,3 millones de mujeres afirman tener una discapacidad frente a **1,55 millones de hombres**. Las mujeres superan las tasas de discapacidad en todas las edades excepto menores de 44 años.

Tipo de discapacidad como: movilidad reducida en primer lugar, para la vida doméstica, para el autocuidado.

5.- Enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por sexo. Población de 16 y más años (%)

E. crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses por sexo.			
Varones		Mujeres	
Dolor espalda crónico (lumbar)	19,0	Dolor de espalda crónico (cervical)	↑ 31,5
Hipertensión Arterial	17,2	Artrosis, artritis o reumatismo	↑ 29,1
Dolor espalda crónico (cervical)	15,5	Dolor espalda crónico (lumbar)	↑ 28,8
Artrosis, artritis o reumatismo	14,0	Varices en las piernas	↑ 26,2
Colesterol elevado	13,9	Hipertensión arterial	↑ 20,6

F: Encuesta Nacional de Salud 2006 MSC e INE. Mujeres y hombres en España

6.- Esperanza de vida en buena salud por sexo. 2006

EVBS por sexo 2009	Varones		Mujeres	
	Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años
Esperanza de vida	77,6	17,2	↑ 84,1	↑ 21,7
Esperanza de vida en buena salud	= 63,7	= 9,9	= 63,3	= 9,4
Años con mala salud	13,9	7,3	↑ 20,8	↑ 12,3

Fuente: Esperanza de vida: Tablas de Mortalidad. Datos provisionales INE. Mujeres y hombres en España 2009
 Esperanza de vida en buena salud: Indicadores Estructurales. Eurostat

7.- Modelo que el Servicio nacional de salud inglés para los cuidados sociosanitarios a largo plazo. Para conseguir los mejores resultados: el empoderamiento e información de los pacientes, se necesitan decisiones clínicas tomadas con las mejores herramientas de soporte a las decisiones. En todos los

apartados del modelo hace falta la perspectiva de género de los cuidados. Tanto en la infraestructura como en la gestión de la enfermedad, en los cuidados de salud y en la promoción, se requiere la participación activa de mujeres y hombres formados con la perspectiva de género: Ética de los cuidados

The National Health Service and Social Care Long-Term Conditions Model

Infrastructure Community resources (recursos de la comunidad)		Delivery System Case management (Gestión de casos)		Better outcomes
Decision support tools and clinical information system (NpFIT) (Herramientas de soporte a las decisiones)	Supporting →	Disease management (Gestión de la enfermedad)	Supporting →	Empowered and informed patients (Empoderamiento e información a los pacientes)
Health and social care System environment		Supported self-care		Prepared and pro-active health and social care teams
Fuente: Department of Health 2005a.		Promoting better health		

Managing Chronic Conditions Experience in eight countries European Observatory on Health Systems and Policies Ellen Nolte, Cécile Knai, Martin Mackee. Observatory Studies Series n° 15.

Figura 1.- Factores que influyen en la Salud/ Enfermedad

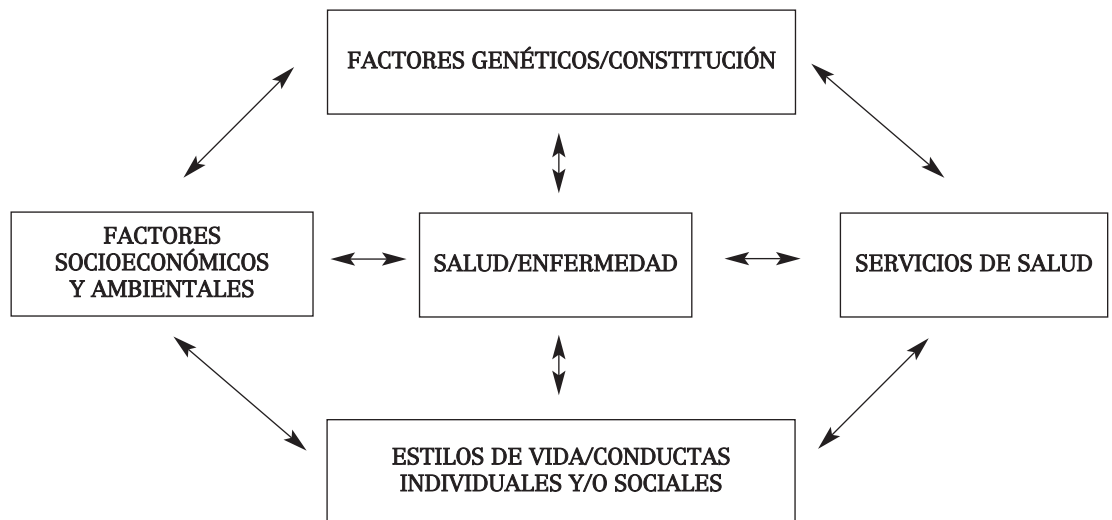
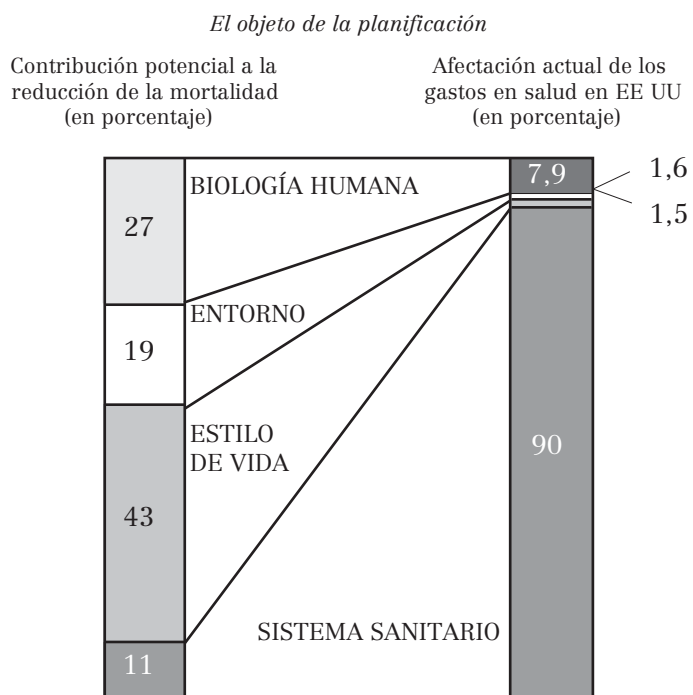


Figura 2. Determinantes de la salud y afectación de los recursos



Fuente: extraído de Dever. G.E.A.: "An Epidemiological Model For Health Analysis"
Soc. Ind. Res. 1976. vol. 2. p. 465



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER