

SISTEMA SANITARIO, CONCEPCIÓN DE LA SALUD Y CONDICIÓN DE LAS MUJERES

El equipo que inició esta experiencia está formado por psicólogas y médicas de diferentes especialidades (ginecología, medicina interna, psiquiatría, farmacología, salud pública), muchas de las cuales somos, a su vez, profesoras de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de esta Universidad. Nuestra experiencia en cuanto tales nos llevó a intentar una aproximación a la problemática de la salud menos parcelada y/o biologicista de la que habitualmente se imparte en nuestras universidades, además de incorporar una mayor sensibilidad a la problemática femenina, fruto de nuestra propia condición de mujeres y de nuestras experiencias clínicas y de investigación con personas de sexo femenino.

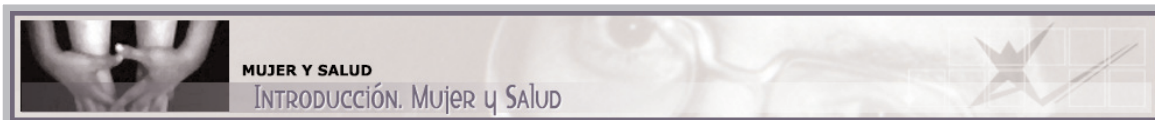
En razón de ello, el objetivo general de los cursos ha estado orientado a integrar en la teoría y en la práctica los aspectos sociales, psíquicos y somáticos relacionados con la mujer.

Las metas específicas que nos propusimos han estado orientadas, por una parte, a reunir diferentes especialidades relacionadas con la salud y con la mujer, para conformar un modelo interdisciplinar de trabajo que incorpore una visión integrada del proceso salud enfermedad. Por otra parte, deseábamos formar un núcleo de profesionales capaces de iniciar un nuevo tipo de prácticas preventivas, asistenciales y rehabilitadoras en relación a la salud física y mental de las mujeres.

Hemos utilizado tal metodología porque entendemos que la información sólo puede ser elaborada y hecha propia a través de un trabajo de concienciación que integre los aspectos racionales de los conocimientos con los emocionales que éstos despiertan o provocan. Por último, nos propusimos la tarea de publicar el material docente, tanto para futuras actividades como para contribuir a analizar y difundir nuevos métodos de aproximación al sufrimiento físico y/o psíquico femenino. El resultado de todo este esfuerzo es el que ahora presentamos, Si bien con la conciencia de sus múltiples carencias, que tienen que ver con nuestras propias deficiencias pero también con la intencionalidad bien precisa de resaltar de modo especial los aspectos subjetivos y sociales que intervienen en la salud de las mujeres, ya que si bien todos coinciden con la afirmación de la OMS de que el ser humano es un ser biopsicosocial, a la hora de la práctica ese principio fundamental no suele ser tenido en cuenta en sus dos últimas implicaciones.

Con todos estos recursos pretendemos sensibilizar a los profesionales de la salud a fin de iniciar un tipo de asistencia diferente al que actualmente se lleva a cabo en todas las instituciones sanitarias hospitalarias o ambulatorias, que está caracterizado por reducir al usuario de los servicios a un síntoma, un diagnóstico o un número de historia clínica.

En efecto, la ciencia y la tecnología médica están fundamentalmente centradas en el "órgano" y en la enfermedad, mientras el enfermo queda olvidado, ignorado en su peculiaridad e identificado con la



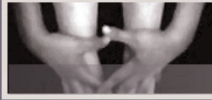
enfermedad. El análisis de lo "objetivo", lo analizable, lo medible, lo computabilizable es a costa de la subjetividad del ser humano que sufre. Negando la subjetividad de éste es más factible para quien desea (omnipotentemente o "generosamente") curarle negar los sentimientos que la fragilidad del enfermo despierta: la concienciación de la propia vulnerabilidad (la de todos los seres humanos) y los propios temores de muerte, que son exorcizados apoyándose en la estructura de poder que toda institución sanitaria representa.

La organización sanitaria está, además, impregnada de los mismos valores sociales imperantes: la eficacia, la productividad (ver muchos pacientes y/o sanar muchos órganos corporales en poco tiempo), la racionalidad..., pero al igual que en el ámbito laboral y social, todo ello es a costa de lo personal, lo emocional, lo relacional, ya que son descuidadas o ignoradas las condiciones socioambientales, las necesidades y características personales de los enfermos/as. Y, por otra parte, los conceptos subyacentes a la medicina biologicista vigente, esencialmente tecnicista y deshumanizada, son acordes con la progresiva despersonalización y deshumanización que caracteriza al mundo desarrollado actual.

El/la paciente, por tanto, debe adaptarse a la estructura, a su ideología y a su funcionamiento: debe no "importunar" para ser informado del estado de su enfermedad, su pronóstico y tratamiento; sufre un trato despersonalizado en el que es a menudo definido por su enfermedad (es un drogadicto, un cirrótico, un canceroso, etc., o simplemente un número de cama). Si está ingresado debe, además, cumplir horarios totalmente anómalos en la vida normal; aceptar la pérdida de la individualidad e intimidad; renunciar a la compañía continuada de las personas queridas, en un momento en que se ven acrecentados sus temores y angustias y ello no sólo en los internamientos, sino incluso en experiencias tan importantes para la vida de una mujer como la del parto (ya que en muchos hospitales la posibilidad de la presencia de la pareja u otro familiar está sujeta a la decisión del médico de guardia: en este caso sí se tiene en cuenta la subjetividad, pero la del técnico, no la de la mujer).

Del paciente se espera únicamente pasividad, sumisión y cooperación en los tratamientos: cualquier comportamiento que escape a este rol prescrito es censurado y definido como "desviado": es considerado quejica, demandante, impertinente, patológico, etcétera.

Todo ello tiene lugar porque el tipo de organización del sistema sanitario descuida el hecho de que el surgimiento de una enfermedad o determinados procesos biológicos (como todos los ligados a las fases reproductivas en las mujeres) hacen emerger diversos tipos de temores y angustias que atañen a lo más íntimo de uno mismo: la pérdida del control del propio cuerpo, el cual hasta el momento puede haber sido vivido como importante fuente narcisística (de seguridad física y estética, etc.); vivencias de fragilidad e incapacidad y la necesidad de depender de los otros, lo que puede ser muy angustiante para algunas personas, sea porque despierta sentimientos muy ocultos y negados de impotencia, inseguridad, etc (especialmente en quien está habituado a ocupar posiciones de poder social familiar, etc.), sea porque se teme ser una carga para los otros



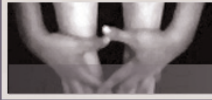
o porque se piensa en las responsabilidades abandonadas (frecuente en se carece de un entorno afectivo a la familia), o simplemente porque paciente, lo que agrava en éste/a sentimientos precedentes de abandono, soledad, etc.; por último, el temor por las consecuencias de la enfermedad en la vida futura, que pueden implicar invalideces o pérdidas corporales, cambios en el propio proyecto de vida o, en último extremo, la muerte.

La variedad e intensidad de tales sensaciones son específicas de cada enfermo/a y están relacionadas con su personalidad, su biografía y sus condiciones actuales de vida, en las que intervienen también factores étnicos, religiosos, culturales, de clase, sexo, edad, etc., además de las características de la enfermedad o del proceso fisiológico y las de la institución asistencial.

El descuido de todos estos factores en el actual sistema sanitario nos hace concluir que, al menos en nuestro país, éste es tributario de una concepción del proceso salud enfermedad exclusivamente somaticista: centrado esencialmente en el "órgano" enfermo y no en la persona enferma, su entorno socioambiental y sus características psíquicas, factores todos ellos que coadyuvan no sólo en el enfermar sino también en la evolución posterior del proceso (sea propiamente curativo o fisiológico).

Con estos trabajos pretendemos enriquecer el debate sobre modo de entender la salud y la enfermedad, en torno a sus condicionantes psicosociales (que abarcan desde el modo de producción económico hasta el sistema ético y su anclaje inconsciente, que tiene características peculiares en cada individuo) y acerca de las consecuencias que ello comporta en el enfoque dado al proceso preventivo, curativo y rehabilitativo, para, en función de todo ello, elaborar las propuestas correctoras a hacer. Es evidente que una transformación sustancial en el modo en que son tratados los usuarios/as requiere un cambio ideológico y metodológico en las ciencias médicas en la organización de los servicios de salud y en sus programas de actuación. Así pues, dicha transformación no debe quedar reducida exclusivamente a un "cambio de actitud" de los trabajadores sanitarios, pues los aspectos a cambiar son múltiples.

Un cambio global de enfoque requiere un análisis y cuestionamiento no sólo de los aspectos socioeconómicos, ambientales y éticos implicados (en el conjunto de la sociedad y, por ende, en el sistema sanitario), sino también un conocimiento y aceptación de los aspectos psíquicos que comportan y/o generan la enfermedad (o los procesos fisiológicos) para quien los vive y para quienes le asisten o comparten (sea en calidad de trabajador, de familiar, etc.). Se trataría de trascender esa ancestral y artificial separación cuerpo/mente que ha caracterizado históricamente toda la ciencia POSITIVISTA y que el psicoanálisis ha venido a poner en crisis pues aún en la actualidad las ciencias médicas afirman luchar objetivamente por "la salud" del ser humano, pero lo hacen en un sentido exclusivamente somaticista: es decir, negando la subjetividad de este.

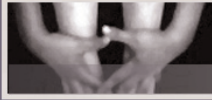


En relación a las mujeres, las deficiencias señaladas se hacen especialmente dramáticas, no sólo porque somos las mayores usuarias de los servicios de salud, tanto ambulatorias como hospitalarios (en este último caso, debido a los ingresos por parto), sino porque con mayor frecuencia el cuerpo femenino se "convierte" en el amplificador de un malestar y unos conflictos psíquicos que no pueden devenir conscientes ni ser expresados verbalmente, hecho que también se evidencia en que en casi todas las formas psicopatológicas típicamente "femeninas" (la histeria, la depresión, la anorexia, etc.) cursan con manifestaciones somáticas (de tipo conversivo o psicossomático).

A causa de ello, muchas mujeres realizan un largo peregrinaje por diferentes consultas e instituciones, hasta recibir con frecuencia un diagnóstico final desconcertante: sus dolencias son "funcionales" o debidas a "los nervios", por lo cual, según los casos, son remitidas a los servicios de psiquiatría o se convierten en adictas crónicas a medicación psicotrópica, recetada asiduamente por el médico de cabecera; en efecto, las mujeres consumen entre el 60 y el 70 % de dicho tipo de medicación, conformando, por tanto, un numeroso colectivo de drogadictas "legales" que, en cuanto no peligrosas, no tienen a su disposición la enorme cantidad de recursos que, por el contrario, se están poniendo en marcha para los toxicómanos transgresores .

Por otra parte, todos los procesos relacionados con la fisiología femenina anticoncepción, abortos (espontáneos o provocados), embarazos, partos, menopausia son tratados en sus aspectos puramente somáticos, obviando todos los factores psicosociales que los acompañan o generan. La misma concepción domina en las estrategias de prevención, dando lugar, por ejemplo, a la repetición de embarazos no deseados, de abortos, etc. Ello es aún más grave cuando se da en poblaciones de alto riesgo como la de las adolescentes, pues cuando se habla de prevenir embarazos en esa edad la idea común es que debe realizarse un trabajo de información sobre métodos anticonceptivos, lo cual, por otra parte, es obvio y necesario. Sin embargo, ese exclusivo planteamiento pretende incidir fundamentalmente en el aspecto somático, sin percibir que el adolescente, además de un cuerpo capaz biológicamente de procrear, está inmerso en unos determinados valores sociales, y tiene unas vivencias y unas características psíquicas personales que tienen que ver con esos valores y con la propia historia afectiva, con el género sexual al que se pertenece, con el momento evolutivo que se está atravesando,

Por ello, plantearnos un trabajo preventivo requiere implementar todos esos aspectos, lo que exige un análisis más detenido de todos esos. Por ejemplo, concretándonos en esta cuestión, habría que referirse a los valores sociales que enmarcan la sexualidad y a los procesos psíquicos que tienen lugar en la adolescencia. En relación a los valores sociales, hay dos aspectos esenciales que, a mi modo de ver, inciden particularmente en los embarazos en adolescentes (aunque no sólo en éstas). Por una parte, la existencia de una doble moral sexual: las prácticas sexuales enaltecen a los varones (les hace sentirse/mostrarse más hombres), pero desprestigian a las mujeres (las asimila a las prostitutas), lo que dificilmente ayuda a que las Jóvenes se perciban libremente como deseantes y se responsabilicen activamente de las consecuencias de ello. Por otra



parte, se resalta toda la componente genital de la sexualidad, que aparece centrada, por tanto, en el coito y son descuidados, en consecuencias, otros deseos. La prohibición sutil a las necesidades sexuales femeninas, tanto en términos de cantidad ("las mujeres no necesitan del sexo", se escucha afirmar), como de cualidad (respecto a la modalidad en que se desea la relación: muchas veces sólo caricias corporales y genitales, no necesariamente de cópula) impide que haya en muchas Jóvenes una actitud responsable respecto a la propia vida.

Pero más allá de estas cuestiones, quizá los aspectos fundamentales a ser tratados atañen a los procesos psíquicos que tienen lugar en la adolescencia a búsqueda de autonomía y la afirmación de la identidad sexual ya que se acentúan en estos momentos los conflictos en la identificación/autonomía/rivalidad en relación a la madre y dado que la maternidad remite al conjunto de todos estos conflictos, en muchas adolescentes éstos pueden derivar en una búsqueda de solución a través de la propia maternidad, la cual, por otra parte, es vivida como el modo esencial en que se define la identidad femenina. Por ello, todos los conflictos en relación a ésta pueden intentar resolverse, a niveles inconscientes, "abandonándose" a ser madres

Este tipo de factores han de ser tenidos en cuenta no sólo en la prevención de embarazos en adolescentes, sino en todos aquellos que, aun afirmándose conscientemente que no se desean, acaban produciéndose una y otra vez, dando lugar a abortos repetidos o a maternidades muy conflictivas. Por tanto, es también necesario que la prevención incluya un trabajo a este nivel, para que puedan hacerse conscientes y verbalizarse los conflictos inconscientes que subyacen a este tipo de situaciones. Ésta es, desde luego, una tarea a largo alcance, pero que no debe ser obviada, si queremos realmente hacer un trabajo serio de prevención, que no debe ser identificada simplemente con la información, si bien la incluya.

Algo semejante puede afirmarse para ese otro momento crítico de la vida femenina que constituye el climaterio, etapa que en la actualidad ha devenido objeto de interés asistencial al haber aumentado sensiblemente el nivel de esperanza de vida de las mujeres, a causa de lo cual un alto porcentaje de entre ellas podrán vivir casi treinta años después del advenimiento de la menopausia, lo que las convierte en pacientes de alto riesgo para algunas patologías (osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, etc.), debido fundamentalmente a la disminución de estrógenos.

Para prevenir tales patologías, se han comenzado a crear Unidades de Menopausia cuya línea de actuación coincide con la de la ideología médica al uso: la terapéutica utilizada se centra esencialmente en administrar tratamientos hormonales a las mujeres con el fin de paliar la desaparición de la actividad ovárica. Con ello se pretende no sólo eliminar las alteraciones neurovegetativas (entre las que se describen, colocadas al mismo nivel, desde las palpitaciones y sofocos a la inestabilidad emocional, la astenia y la depresión), así como también prevenir las fracturas óseas y la patología vascular

Una vez más ni siquiera es cuestionado, en este exclusivo enfoque terapéutico, el hecho de que los

estados de ansiedad y/o depresivos, además de guardar relación con factores hormonales, están muy conectados con las experiencias que viven generalmente las mujeres en este momento particular de sus vidas.

La variedad e intensidad de sintomatología "neurovegetativa", especialmente en lo que se refiere a la irritabilidad y estado de ánimo depresivo, parecen guardar estrecha relación con condiciones femeninas concretas, además de con la biografía personal, pues otras alteraciones vitales acompañan a las propiamente hormonales (incidiendo cuanto menos en la vivencia subjetiva de las que estas últimas generan), estando dichas alteraciones, además, estrechamente vinculadas a los valores sociales que preconizan lo que son, deben ser y hacer las mujeres

En efecto, en el climaterio las mujeres experimentan diversas pérdidas que están en relación con los "ideales de feminidad" vigentes.

Por una parte, la pérdida de la capacidad reproductiva, que aun siendo conscientemente deseada por muchas mujeres, marca, sin embargo, la desaparición de la potencialidad esencial por la que el género femenino ha sido definido y valorado durante milenios. la maternidad.

Por otra parte, esta pérdida, mediada por la biología sin olvidar la significación que ha adquirido para la mujer, suele llevar aparejada otra dolorosa experiencia, mediada en mayor medida por la función social adjudicada al sexo femenino, que puede ser vivida de modo mas dramático: la pérdida del rol maternal; pues la menopausia coincide a menudo con el momento del alejamiento de los hijos de la casa, lo que deja a las madres que han basado su existencia exclusivamente en ese papel, desprovistas de otra importante fuente de suministro narcisístico.

Por último, la decadencia física, con el envejecimiento paulatino que la menopausia acelera (flaccidez, arrugas, etc.) produce la pérdida definitiva de otro de los valores por el que las mujeres han sido "cotizadas": la capacidad de atractivo erótico; ya que para el sexo femenino éste está basado fundamentalmente en la belleza física y en la Juventud, mientras en los varones se valoran más aspectos de tipo económico y social, aspectos que en ellos mejoran con la edad. Además, esta última pérdida femenina suele conllevar la percepción de las dificultades futuras para rehacer una vida afectiva fracasada o ausente debido a la habitual preferencia masculina (que cuenta con el beneplácito colectivo, al contrario de cuanto sucede en el caso inverso) por mujeres mucho mas jóvenes.

Para muchas mujeres, pues, el período del climaterio es aquel en que, repentinamente en muchos casos, más expresivamente en otros, se adquiere una lúcida conciencia de la situación de injusticia y discriminación que caracteriza la condición femenina, en cuanto se percibe claramente que, a poco más de la mitad de la vida, se pierden aquellas capacidades, roles o valores por los que socialmente se ha definido la identidad y la función social de la mujer, y en virtud de los cuales ella ha basado su existencia hasta ese



momento.

Ciertamente, la mayor o menor intensidad en la vivencia de tales pérdidas guarda mucha relación con el balance que cada mujer pueda hacer de su biografía personal, en la que intervienen de modo prioritario en este momento la existencia o no de una sólida relación de pareja, así como de estrechos vínculos e intereses extrafamiliares sea porque se trabaja fuera del hogar o porque se desarrollan otras actividades culturales y sociales con los que compensar esas pérdidas y obtener otras gratificaciones narcisísticas.

Es evidente que en el poder cambiar las propias perspectivas de vida, en esa "posibilidad de futurizarse" (que constituye siempre un antídoto para la depresión) juega un importante papel la clase social de pertenencia (la situación socioeconómica, el nivel educativo, etc.), así como los recursos que la colectividad ofrece para favorecer una integración social (de tipo laboral, cultural, deportivo, asociativo, etc.). Por todo ello, un serio trabajo preventivo, curativo y rehabilitador en esta área de población femenina debe integrar un exhaustivo análisis de todos los factores y condiciones que intervienen en las diversas manifestaciones psíquicas y somáticas que tienen lugar en este momento de la vida de las mujeres, con el fin de incidir en todos ellos, pues hasta el momento la orientación terapéutica parece centrarse exclusivamente en aliviar los síntomas neurovegetativos o en prevenir el desarrollo futuro de patologías orgánicas.

En dicho tipo de tratamiento son ignorados (al menos en la práctica) los factores psicosociales y ambientales que pueden ayudar a desencadenarlos, mantenerlos o agravarlos, dejando a las mujeres inermes frente a una técnica que prescinde de su subjetividad y sin la posibilidad de elaborar sus vivencias en torno a todas las transformaciones que están teniendo lugar tanto en su cuerpo como en la imagen de sí misma y en su modo de vida. A su vez, este reductivo enfoque tecnicista impide la toma de conciencia por parte de la mujer de la diversidad de factores que intervienen en su malestar, el cual es vivido, por tanto, como un problema psicológico individual lo que aumenta su autodesvalorización y sus sentimientos de inadecuación, impidiéndole analizar las raíces sociales que presenta toda esta problemática y las soluciones colectivas que requiere.

Todo lo dicho hasta aquí se encuentra magnificado cuando se aplica a ese otro período importantísimo para la vida de la mujer (y del futuro hijo/a) constituido por el proceso gestacional en sus diferentes momentos: embarazo, parto, puerperio. Resulta enormemente llamativo el desinterés de la asistencia perinatal actual por todos los factores no propiamente somáticos o incluso la falta de perspicacia para captar la mediatización de éstos por los psicosociales. Este análisis puede ser aplicado a los diversos momentos del proceso.

Durante el embarazo algunas veces los síntomas son tratados exclusivamente mediante fármacos (las náuseas y vómitos, por ejemplo), siendo desatendidos en su posible significado psíquico, y otras veces son

despectivamente calificados de "psicológicos", lo que conlleva el que no merezcan consideración alguna o que la mujer pueda sentirse acusada de rechazar al hijo. Raramente se prevé una ayuda psicológica a la mujer embarazada y a su pareja, excepto en pacientes de alto riesgo, e incluso la preparación para el parto que se lleva a cabo en los lugares más "avanzados", suele circunscribir ésta a los ejercicios de relajación, respiración e información sobre puericultura

De igual modo se pretende tranquilizar con meros recursos técnicos (las ecografías, por ejemplo) los miedos y angustias de la embarazada, sin percibir que éstos tienen no sólo una base real (su salud y la del feto), sino que remiten a temores más profundos y a fantasías arcaicas en las que entran en juego vivencias experimentadas a lo largo de toda su existencia en relación a las figuras parentales, de modo especial en relación a la madre, así como la inseguridad sobre la propia capacidad para el desempeño de la función materna, lo que tiene que ver también con los valores sociales en torno a ella. Igualmente se niegan las dudas y ambivalencias que todo embarazo desencadena, al resaltar sólo una imagen de obligada felicidad y plenitud, impidiendo con ello que la futura madre pueda verbalizar y/o elaborar sus pensamientos y sentimientos "negativos" para no ser calificada, ya desde entonces, como una mala madre.

A causa de todas estas deficiencias en el abordaje integral de las experiencias que conforman el proceso gestacional, los profesionales especializados en esta área limitan su actuación a la proliferación y perfeccionamiento de medidas técnicas, sin percibir la importancia que la relación humana, mediante un trato atento y protector, desempeña en este momento tan regresivo para muchas mujeres.

La experiencia del parto no constituye, desde luego, una excepción en este panorama asistencial, es más, podría casi afirmarse que es justamente el momento en que se evidencia de modo más llamativo la alienación femenina, no sólo de su subjetividad, sino también del control sobre su propio cuerpo. En efecto, desde la posición de la camilla hasta la utilización o no de anestesia y la modalidad de ésta, así como el contexto ambiental en que el parto se desenvuelve (en cuanto a iluminación, ruidos, compañía, etc.) escapa generalmente a la voluntad de la mujer, estando tales condiciones circunscritas a las características, recursos y hábitos de la institución, el número de parturientas atendidas por cada profesional, la disponibilidad de la matrona, la voluntad del médico (que puede hacer uso indiscriminado del fórceps y la anestesia general, acelerar artificialmente los tiempos, etcétera).

Todas estas circunstancias a menudo impiden a la embarazada ser protagonista activa de su parto, dejando toda la iniciativa al ginecólogo o a la matrona. De este modo, no sólo el desarrollo de la tecnología está contribuyendo a tratar como patológico un proceso natural, ya que casi todo está controlado técnicamente (excepto el bienestar emocional de la parturienta), sino que la preocupación por la salud física de la madre y el hijo acaba por cosificar a éstos, al ser tratados como meros organismos biológicos, sin percibir la enorme importancia que adquieren para ambos y su futura relación determinadas experiencias afectivas. Así pues, el



avance tecnológico parece estar al servicio de la mujer, pero, sin embargo, acaba privilegiando los intereses de los técnicos y/o las instituciones, y prescindiendo de la subjetividad, el bienestar y el protagonismo de las mujeres.

Esta paradójica situación patentiza del modo más evidente la desvalorización real de que es objeto toda experiencia femenina pues, tal como advierte la maldición bíblica, este sublime privilegio de las mujeres ha sido convertido por el poder patriarcal en vivencia obligada de dolor, angustia y alienación.

En efecto, el mito de la maternidad, la glorificación de la madre es el mecanismo sutil bajo el que se esconde la absoluta expropiación a las mujeres de esta experiencia que queda irremisiblemente destinada a ser vivida sin el apoyo necesario durante el parto, y posteriormente, ya desde el comienzo del puerperio, con toda la sobrecarga doméstica y la responsabilidad exclusiva que se le ha adosado, lo que a menudo la ha hecho devenir aprisionante, generadora de ansiedad y restrictiva, impidiendo en muchas ocasiones la posibilidad de gozarla plenamente o compartirla con otros intereses.

El desinterés habitual y/o la mistificación de las diferentes disciplinas científicas en relación a la vivencia femenina de la maternidad nos ha impulsado a dar especial relevancia en este seminario a todo lo atinente a estos procesos, dando lugar a diferentes trabajos desde diversos enfoques.

Con ello queremos contribuir a la revalorización y apropiación por parte de las mujeres de esta importantísima experiencia.

Nuestro decir como mujeres y profesionales de la salud en torno a las vivencias femeninas pretende que éstas comiencen a tener una significación y valoración social real y no mistificatoria, no sólo para redimensionar la diferente categorización con que han sido definidas las diversas capacidades, actividades o valores según el sexo que las poseyera o llevara a cabo, sino también para ayudar a las mujeres a vivir sin tanto conflicto todas las ambivalencias y dudas que la maternidad genera, conflictos que se ven acentuados en este momento de transición por las antagónicas exigencias entre una nueva identidad como mujeres y la identidad como madres, consecuencia de un mundo dividido artificialmente en público y privado, en roles masculinos y roles femeninos.

Esperamos que los textos que siguen puedan ser de interés y complementarse, a su vez, con los ya publicados por otros seminarios o congresos en torno a estas mismas cuestiones.

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ DE CHÁVEZ FERNÁNDEZ

(doctora en Psicología y coordinadora del Seminario "Mujer y Salud" de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)



CONCEPTO DE SALUD Y SU EVOLUCIÓN. EL SER HUMANO

ARACELI DE ARMAS

1. EPIDEMIOLOGIA: EVOLUCIÓN DE LA CAUSALIDAD Y PROPUESTAS OPERATIVAS

El concepto de salud y de enfermedad ha ido cambiando a lo largo de la historia. También el concepto de ser humano.

Influidos por concepciones religiosas se pensaba que el ser humano era un ser dual, compuesto de alma y cuerpo. Ello ha tenido una influencia nefasta para la medicina, lo que le condujo a entender de forma dicotomizada la atención a la salud del ser humano, es decir, la medicina del alma o mente era atendida por los psiquiatras y la medicina para el cuerpo era atendida por los otros médicos, como si el ser humano estuviera fraccionado en sí y desde sí mismo con el medio que le rodea.

Para comprender mejor este problema tenemos que remitirnos a la evolución histórica de la sociedad humana y observar cómo el desarrollo económico y científico, que ha ido paralelo y en crecimiento de acuerdo a esas sociedades, sustentaban una manera de entender la salud y la enfermedad y han tomado medidas para mejorar el estado de salud, de acuerdo a esa comprensión y a los intereses económicos e ideológico sociales sanitarios que dominan en cada época histórica.

El ser humano, a diferencia de los animales, no se adapta a la naturaleza, sino que la transforma según sus necesidades, de modo que hoy podemos afirmar que el ser humano es un ser biológico/psicológico y social. Al transformar la naturaleza queda condicionado por ella.

El sistema nervioso es el que mediatiza la integración de "lo social" y "lo biológico", de forma que el ser humano responde como una "unidad integrada" a las informaciones del "exterior" o social con su "interior" o biológico a través de su cerebro, con su sustrato material y su producto o psicología, que a su vez es el resultado de múltiples y complejas influencias microsociales (ambiente familiar, educacional, barrio, etc.). El estado de salud de los individuos y colectividades sería la expresión resumida o sintética de las necesidades satisfechas y no satisfechas de la población en un momento histórico determinado.

La salud es considerada como un estado de equilibrio en el cual factores múltiples y diversos se equilibran. La enfermedad aparece cuando el equilibrio es perturbado por la fuerza con que actúan uno o varios factores.



Esos factores que condicionan ese estado de salud podrían esquematizarse de la siguiente forma:

FACTORES ECONÓMICOS Y SOCIALES

(Medio social)

educación y modelo educativo

cultura

condiciones de trabajo

libertad

FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE TIPO HEREDITARIO

(Individual)

FACTORES SANITARIOS

(Políticas y organización de la salud)

ESTADO DE SALUD (o salud como resultado) FACTORES NATURALES

(del medio físico)

Estos factores han ido cambiando a lo largo de la historia y, por consiguiente, la resultante que es el estado de salud también. Por lo tanto, el proceso salud enfermedad no es algo estático sino que es cambiante, se manifiesta de manera diferente, de acuerdo a cómo han ido cambiando esas condiciones de vida, trabajo y ambiente a lo largo de la historia de la humanidad.

Las enfermedades infectocontagiosas, las epidemias de peste, viruela, etc., eran propias de una época con unas condiciones de vida concretas y un nivel científico y político determinado. Hoy todavía en países pobres podemos ver esos altos índices de mortalidad general e infantil y gran cantidad de enfermedades infectocontagiosas.

En nuestro medio también podemos ver esa diferencia de enfermar, según las condiciones de vida y trabajo en la que viven las distintas clases sociales.

Sin embargo, en la actualidad predominan las enfermedades crónicas, como consecuencia de los cambios de esos factores que condicionan el estado de salud. Las afecciones cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto cerebral y miocárdico), las depresiones, la diabetes, etc., son las principales manifestaciones, aunque varían su distribución, también de acuerdo a los distintos grupos sociales.

La comprensión de estos procesos ha ido complejizándose y profundizándose a medida que se ha



desarrollado la ciencia, lo cual ha permitido explicar cada vez más integralmente y con mayor precisión esa "expresión individual" y colectiva de la salud y la enfermedad.

La ciencia epidemiológica, en su búsqueda de la causa y distribución de la salud enfermedad se ha ido enriqueciendo a lo largo de la historia de las sociedades humanas.

En la primera etapa, en la época de las comunidades primitivas, prevalecían las explicaciones mitomágicas para entender este proceso de la salud y la enfermedad.

En la segunda etapa, etapa esclavista sociedad clasista con una gran división del trabajo , existían hombres libres y hombres esclavos. Las tendencias filosóficas científicas que se daban para entender eran unas materialistas y otras idealistas. Las civilizaciones más desarrolladas de este período fueron las de Grecia, Roma y el antiguo Oriente. En esta última, se opinaba que la causa de la salud era la interacción de tres principios filosóficos: aéreo, mucosidad y hiel. En los textos de Ayurveda (siglo IV III a.C.) se recogían como causales de enfermedad no sólo "la ira de los dioses", sino también factores materiales externos al hombre, tales como los cambios del clima y el tiempo, el incumplimiento de la dieta, etc. Concepción claramente materialista, en la cual se toman elementos naturales como posibles agentes causales del desequilibrio orgánico en el hombre.

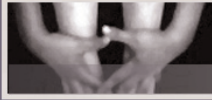
La medicina sacerdotal presentaba una tendencia opuesta a la anterior, ya que atribuía las causas de la salud y la enfermedad a la acción de los espíritus benignos o malignos (dioses o diablos) dirigidos por la voluntad de los dioses.

En el otro extremo, Grecia y Roma tuvieron un desarrollo filosófico muy superior al del antiguo Oriente. Surge la pugna entre Demócrito (materialista) contra la línea de Platón (idealista).

En la sociedad esclavista se desarrolla un tipo de atención médica clasista: para los dueños o esclavistas, se desarrolla un tipo de medicina, basado entre los griegos en el amor a la belleza y el culto a la perfección física. El esclavo, no considerado como hombre, sino como "animal parlante", como medio de trabajo, recibía otro tipo de atención a cargo de otro tipo de médicos y orientada por el interés de asegurar la supervivencia de un medio de producción.

En la tercera etapa o etapa feudal, el esclavo pasa a ser siervo y debe velar por su salud y la de su familia. Es una etapa de estancamiento científico, encerrándose éste en los castillos y conventos.

Los señores feudales recibían atención médica de sus médicos personales de palacio. Los médicos más famosos surgen en las cortes y conventos. Los siervos, carentes de atención médica profesional, recurrían las más de las veces a curanderos, brujas y comadronas y a las prácticas religiosas como formas de alcanzar la felicidad eterna. La explicación al problema de salud y enfermedad era una mezcla entre lo mágico y lo natural externo.



Es en la etapa capitalista cuando se da un desarrollo vertiginoso de las ciencias particulares y, por consiguiente, cuando se comienza a comprender mejor la causalidad de la salud/enfermedad. Sin embargo, es en esta primera revolución burguesa cuando entran en pugna dos tendencias para explicar los procesos sanitarios. Los burgos y los siervos se asociaron frente al poder político feudal para destruirlo. Es en este contexto en el que se dan dos explicaciones:

1. Una, liderada por Virchow, Salomón Newman, etc., que venía a decir:

1.1. La salud del pueblo es un asunto que concierne a la sociedad entera.

1.2. Las condiciones económicas y sociales tienen un importante efecto sobre la salud y la enfermedad, sosteniendo que esas relaciones deben someterse a la investigación científica.

2. La segunda explicación decía que los microbios de esa época fueron los descubrimientos bacteriológicos de Pasteur eran el factor causal de las enfermedades.

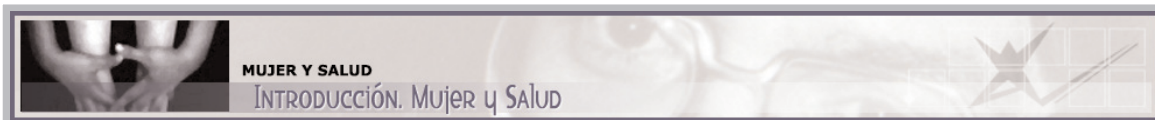
Esta última explicación es la que prevaleció y lejos de enriquecer con el descubrimiento microbiológico la primera explicación, lo que hizo fue reducir el marco del conocimiento causal de la salud y enfermedad.

La bacteria, el parásito y más tarde el virus desplazaron de acuerdo a la nueva concepción hegemónica al complejo de condiciones sociales que expresaba Virchow, como objeto de las investigaciones. Aparecen así los hospitales, los medicamentos, la tecnología orientada a la solución de esas causas, olvidando toda la amplia red de factores que condicionan la salud.

No fue algo casual el desarrollo unilateral de la causalidad, pues de haberse aceptado la primera explicación de Virchow, enriquecida con la teoría microbiológica, ¿cómo explicarían los burgueses su toma de poder económico y el desplazamiento de sus asociados o aliados en esa revolución los siervos a esa nueva clase de explotados? De haberse aceptado las teorías de Virchow, no se justificaba de nuevo la instalación de un nuevo poder económico clasista.

Sin embargo, el desarrollo de las ciencias en nuestra sociedad actual sociedad capitalista desarrollada, ha permitido enriquecer las teorías de causalidad del fenómeno salud enfermedad y así llegamos a la explicación de que la salud enfermedad es la expresión o el resultado de las necesidades satisfechas y no satisfechas y que refleja el grado de gestión social y económica y el grado científico que el poder político pone a disposición de la población para preservar la salud y que tiene que ver con los intereses económicos que representan

Esa primera lucha dejó reducida la epidemiología al papel secundario de recopiladora de estadísticas



colectivas acumuladas bajo el enfoque naturalista, mediante los sistemas de notificación de ambulatorios, hospitales, etcétera. En la década de los sesenta, como consecuencia de una mayor intervención estatal y las épocas de crisis económica, surge un interés del Estado para planificar la salud, introducir nuevas modalidades prácticas y coherentemente buscar la aplicación de concepciones sobre la salud enfermedad abiertas a lo "social". La imposibilidad de abarcar con el reducido enfoque unicausal la trama compleja de problemas, cuya relación con la salud enfermedad fue intuyéndose a través de la praxis epidemiológica, acabaron estimulando una serie de investigaciones acerca de un marco alternativo para la interpretación del fenómeno epidemiológico.

La apertura "social" o visión más amplia del llamado concepto etiológico se plasmó en la teoría de la multicausalidad, que tuvo como su mayor exponente a Brian MacMahon. Este autor rompió las ataduras del molde unicausalista, argumentando que la enfermedad no era el resultado automático del ingreso al cuerpo soluble de un agente patógeno, sino que: "La etiología de una enfermedad tiene una secuencia que consta de dos partes: a) eventos causales que ocurren antes de cualquier respuesta hasta b) las manifestaciones características de la enfermedad".

Tras los estudios de Robert Smith y otros investigadores, surge en el terreno de la medicina la conocida trilogía ecológica o triángulo epidemiológico "hombre agente medio" que fue planteada por Cockburn en 1963 y desarrollada formalmente por Leavell y Clark en 1965, como un sistema de acciones preventivas formulado alrededor del concepto "de una historia natural de las enfermedades" En su obra *Preventive Medicine for the Doctor and His Community*, Leavell y Clark expusieron este modelo.

Triángulo epidemiológico

FACTORES AGRESORES

(ó factor de riesgo ó agente)

MEDIO / \ ***POBLACIÓN Susceptible***

(O vías de transmisión) ó HUÉSPED

Con este trabajo el positivismo médico llegó a su expresión más evolucionada, incorporando los principios de la epidemiología para elaborar un método de interpretación más abarcativo y dinámico

Funcionalización de la epidemiología

CUADRO 1. Historia natural de la enfermedad (Leavell y Clark)



Nivel primario Nivel secundario

Fases

es Diagnóstico precoz ' Limitación de

Fases

Promoción de I Protección la salud.I pecífica.

coz y tratamiento I incapacidades.

_ to oportuno. I

Nivel terciario .

Fase .

Rehabilitación.

I CONCEPTO de salud y su evolución. El ser humano 7

El esquema preventivo de tres niveles que plantea, constituye ahora, sin lugar a dudas, el marco metodológico explícito o implícitamente inscrito en el diseño de los planes y programas de salud de muchos países.

La doctrina preventivista de Leavell y Clark constituye un avance con respecto a las anteriores concepciones epidemiológicas y más específicamente con relación al concepto de multicausalidad. Aunque su matiz teórico neopositivista es el mismo, sin embargo logra un perfeccionamiento en la sistematización de los elementos, integra la idea de movimiento o proceso histórico de la enfermedad, aunque lo condene a un nivel biológico evolutivo y mediante la explicitación ordenada de las manifestaciones empíricas ocurridas en las fases sucesivas del proceso natural que describe, permite adecuar las acciones a diferentes momentos de la historia de la enfermedad, posibilitando un claro discernimiento de las etapas de prevención.

En la medida que ha logrado una mayor sistematización de lo empírico propicia una operacionalización técnica con mayores posibilidades de éxito.



Nosotros hacemos la propuesta de integrar el triángulo epidemiológico en cada etapa de los niveles de prevención para operativizar aún más las acciones integradas.
Habría que hacer aclaraciones.

Respecto al huésped: se debe tener en cuenta toda su complejidad, en cuanto a considerar al hombre no sólo en su dimensión biológica, sino biopsicosocial. En las enfermedades no transmisibles, la receptividad del organismo va a ser dependiente de la resistencia general inespecífica, que está condicionada por los estados constitucionales, genético, que están subordinados a factores socioeconómicos (educación, nutrición, afecto, etcétera).

Factores de agresión o factores de riesgo. Se entiende por ello cualquier tipo de circunstancias, agente o elemento del medio natural y social que induce o está asociado a una probabilidad mayor de enfermar, invalidarse o morir por determinada enfermedad.

Existen diferencias entre los factores de agresión en las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Así el agente de agresión en las enfermedades transmisibles, dentro de la complejidad multicausal, se caracteriza por su gran especificidad, permitiendo medidas de acción más precisas. Mientras que los agentes de agresión en las enfermedades no transmisibles no tienen un componente tan específico, sino que se trata de un complejo sistema de factores del que hay que descifrar la correcta jerarquización, por métodos matemáticos, para precisar la determinación causal de cada uno de ellos y tomar las medidas de acción al respecto.

RELACIONES ENTRE LAS ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO

SIN ASOCIACIÓN Estadística SIGNIFICATIVA

*ASOCIACIÓN NO CAUSAL
(Secundaria)*

*VARIAS FORMAS DE
ASOCIACIÓN
INDEPENDIENTE*

1.1. Vías y mecanismos de transmisión



CON ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA SIGNIFICATIVA

ASOCIACIÓN CAUSAL

(Principal)

| *INDIRECTA* | | *DIRECTA*

Esto se realiza en el marco de un proceso complejo en el cual se unifican la acción de los factores del medio natural con los factores del medio social, entre los cuales es necesario destacar el papel especial que corresponde al ambiente educacional y a la naturaleza de las relaciones sociales.

Tenemos pues un grado de desarrollo científico que nos permite operativizar las acciones (desarrollo epidemiológico).

Tenemos un perfil epidemiológico que corresponde a enfermedades crónicas, multicausales.

La magnitud y complejidad de los componentes del proceso epidemiológico de las enfermedades crónicas, exige el enfrentamiento social del problema, mediante formas de acción higienicosociales y medicosanitarias, que superen las formas de atención eminentemente curativas~ aportada mediante campañas y programas de los servicios de salud, pasar a una estrategia preventiva y garantice una atención integral en los tres niveles de la prevención y en correspondencia con las características de los factores de agresión, de las vías y mecanismos de difusión y del estado de receptividad del organismo humano, requiriéndose para ello de un salto cualitativo en las relaciones interdisciplinarias de la epidemiología con las restantes ciencias médicas, sociales y económicas, es decir, crear un sistema de ciencias que permita integrar la compleja información y que permita, por otra parte, operativizar las acciones.

11. ESTRÉS Y SALUD

Hasta este momento de nuestro proceso de conocimiento en este Seminario, sabemos que el proceso salud enfermedad es un concepto dinámico, histórico y cambiante, y por otra parte, que las manifestaciones de salud y enfermedad también han ido cambiando a lo largo de la historia, lo que denominamos cambio en el patrón o en el perfil epidemiológico y que es a su vez reflejo o resultado de cómo se articulan los distintos modos de producción, como es el "proceso de trabajo". y la "distribución de bienes).

Las nuevas investigaciones epidemiológicas tienen como propósito principal aclarar la intermediación entre "proceso de trabajo y distribución de bienes" y "los procesos patológicos".

En esa línea, varios investigadores han avanzado utilizando la noción de estrés, como mecanismo de intermediación entre lo colectivo social y lo individual biológico.



Con esta introducción hemos entrado al tema de hoy:

PROCESO DE TRABAJO COLECTIVO Y DISTRIBUCIÓN DE BIENES SOCIAL

INTERMEDIACION

PROCESOS PATOLÓGICOS LO INDIVIDUAL
BIOLÓGICO

Intervención de los factores socioeconómicos, de las condiciones de vida y de trabajo del hombre en la aparición, distribución y gravedad de las manifestaciones clínicas y epidemiológicas de muchas enfermedades extendidas en grandes grupos de población, es tenida en cuenta desde tiempos remotos y tiene gran valor hoy en día.

El medio social que ha ido construyendo el hombre constituye el marco en el cual se construye, en las etapas de la evolución ontogénica, la salud de las sucesivas generaciones. El medio social marca su impronta sobre las características individuales humanas, desde los estadios más tempranos del desarrollo. La ecología humana tiene en cuenta que los efectos más importantes e irreversibles del medio tienen lugar en las primeras fases de la vida del hombre, cuando se establecen sus caracteres anatómicos, las funciones metabólicas y los patrones de comportamiento. Por ello se considera que el aseguramiento de condiciones favorables de desarrollo biológico y mental del niño constituye la orientación más económica y más eficiente para el mejoramiento continuo de la salud de la población.

Las particularidades de los ecosistemas humanos difieren de una etapa histórica a otra y dependen del nivel de desarrollo de las fuerzas productivas, de la zona climática y geográfica; el medio natural en que se ubican los asentamientos humanos respectivos y la evolución de los mismos (ecosistemas) depende de la dialéctica de los factores biológicos, sociales y culturales. Los estudios epidemiológicos y ecológicos de los últimos años han evidenciado el desajuste pronunciado de un equilibrio ecológico que han generado nuevas y variadas fuentes de enfermedad y que han condicionado, en gran medida, la aparición de unas enfermedades no transmisibles, complejas, fuertemente dependientes de las relaciones en constante cambio del hombre con su medio de vida, de trabajo, natural y social.

Estas enfermedades no transmisibles de carácter masivo son hoy causa mayor de morbilidad y mortalidad general y determinan una parte importante de las causas de incapacidad temporal y definitiva de trabajo.



MUJER Y SALUD

INTRODUCCIÓN. MUJER Y SALUD



En los países industrializados, la población está expuesta a numerosos factores de agresión sobre la salud: contaminantes, radiaciones, ruidos, accidentes y otros grandes y variados tipos de estrés. El hombre, más protegido ante las enfermedades infecciosas, producto de los logros obtenidos en este campo y por el mismo desarrollo económico y social.

Jose Luis de la Mata