

La salud de las mujeres como problema prioritario de investigación en América Latina *

Women's health as a prior problem to be investigated in Latin America

Doris Ospina Muñoz ¹

¹ Psicóloga; *Magister* en Salud Colectiva; *Magister* en Filosofía; docente en la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. doris@tone.udea.edu.co

RESUMEN *El análisis de la salud de las mujeres está permeado por las nociones de salud y de mujer introyectadas en nuestro sistema de pensamiento o referentes socio-cognitivos, mediante los cuales comprendemos y transformamos la realidad. El objetivo es reflexionar, desde la perspectiva de género, sobre factores que hacen que, a pesar de los cambios tecno-científicos, la mejora económica, el incremento en la esperanza de vida, por ejemplo, las mujeres sigan siendo una población vulnerable y priorizada para la investigación en salud en América Latina. Se concluye que el abordaje de la salud de las mujeres exige un análisis desde lo general pero también desde lo particular y la articulación de métodos de investigación. En la región es urgente la formación de talento humano en salud con perspectiva de género.*

PALABRAS CLAVE: *Identidad de Género; Salud de la mujer; Investigación en salud.*

ABSTRACT *The analysis of women's health is influenced by notions of health and of woman contained in our thought system or in our socio-cognitive level, from which we are able to understand and to transform the reality. The objective is to meditate about factors that do than in spite of changes techno-scientific, the economic improvement, the increment in the hope of life, for example, the women continue to be a vulnerable population and prioritized in research health on Latino America. Woman's health approach requires a general, but also a specific analysis, together with the articulation of research methods. In this region, formation of human expertise in the gender health perspective is urgent.*

KEYWORDS: *Gender Identity; Women's Health; Health research.*

* Ponencia presentada en la Universidad Nacional de Costa Rica, en el marco del programa *Construyamos Una Vida Sin Violencia*, Noviembre 19-23 de 2007.

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Desde mediados del siglo XX, la noción básica de salud, referida a un estado de completa funcionalidad del organismo, giró hasta entenderla como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social en un contexto determinado (OMS), concepción que refleja su complejidad (CARMONA et al., 2005). En este giro comprensivo se han realizado varios intentos de operacionalización para facilitar el acercamiento, las mediciones y las intervenciones. Así, se han desarrollado métodos de investigación, como es el caso de la epidemiología crítica (BREILH, 2003), que supera el enfoque positivista en la salud y alienta la mirada sobre la salud como un “conocimiento situado” y como un fenómeno continuo a lo largo del proceso vital humano (FRANCO, 1993), en el que las personas son sujetos y actores de los distintos procesos en que se desenvuelve la vida. Es decir, las personas, a partir de las prácticas sociales que crean y recrean, se convierten en parte activa de la construcción y transformación de sus condiciones de vida. Desde esta postura, las mujeres, en aras de romper con la exclusión histórica, de que han sido víctimas, son las primeras invitadas a liderar los procesos de cambio que han de dar lugar a una sociedad más justa y amigable.

A pesar de los avances en la comprensión de la salud como un fenómeno complejo, sigue habiendo en ella cierto grado de indeterminación, que tiende a escapar a cualquier intento comprensivo. Dicha indeterminación radica, creo, en el hecho de que ella es, ante todo un bien social, un valor, y como tal, una construcción social y colectiva en permanente cambio, en la que influyen,

sobre todo, elementos de orden ideológico no siempre concordantes con los ideales de la mayoría.

En el tiempo actual de América Latina, caracterizado por la transición en el modelo de desarrollo y las reformas al sistema de seguridad social y salud, los elementos ideológicos que operan en la concepción de salud nos hacen debatir entre comprenderla como un derecho de las personas, ligado a otros derechos fundamentales, o como un servicio, que se rige por las leyes del mercado más o menos reguladas por el Estado.

Gran parte del debate sobre la salud hoy día gira en torno a estas dos concepciones, para muchos complementarias, para otros antagónicas.

Concebir la salud como un servicio regulado por el Estado implica ubicarse en el modelo económico neoliberal que, como sabemos, sobrepone el rendimiento económico sobre el social, argumentando que los altos rendimientos en el primero conducirán a mejores niveles en el segundo. Tesis cada vez más difícil de demostrar, dada la desigual distribución de recursos e inequidad que se gesta en su interior y que afecta principalmente a la mujeres: en las Américas, por ejemplo:

- los problemas de salud suelen ser más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Esto se debe posiblemente a diferencias culturales y sociales en la percepción de la salud (DACHS *et al.*, 2002);
- dado que las mujeres necesitan usar más los servicios de salud, sus gastos en efectivo en salud tienden a ser más altos que los de los hombres, una desigualdad de género que se vuelve aún más trascendente si se tiene en cuenta que el ingreso de las mujeres en promedio sólo llega a 70% del de los hombres (ALMEIDA, 2005; ESTRADA-ÁLVAREZ, 2007);
- como en la mayoría del los sistemas de salud el acceso está vinculado con el empleo en el sector formal,

las mujeres sufren una exclusión mayor que los hombres: a causa de sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres de la Región no tienen empleos remunerados y, cuando los tienen, en comparación con los hombres, es más probable que trabajen en el sector informal y en ocupaciones de tiempo parcial, en general, no cubiertas por el seguro social; además, si bien más de 30% de las familias de la Región están encabezadas por mujeres, las mujeres a menudo son dependientes que, junto con sus hijos, están supeditadas a que la persona que tiene cobertura de salud tenga empleo y permanezca en la familia (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Pensar la salud como un derecho nos ubica, primero, en la idea de un Estado Social de Derecho fuerte (CARMONA *et al.*, 2005), garante del bienestar de sus ciudadanos, y de ciudadanos (sujetos) que reconocen, reclaman y defienden sus derechos. Para ello, participan activamente en la promoción, construcción, mantenimiento y defensa del bienestar individual y colectivo; y segundo, en la idea de la salud como un bien social que se construye en las relaciones intersubjetivas y en correspondencia con factores de índole social, cultural, económico e histórico. La defensa de la salud como un derecho implica pensarla como un bien irrenunciable, articulador y necesario para el orden social. Se trata de un bien cuya defensa justifica el contrato social, pues los recursos necesarios o producidos para el cuidado de la salud deben ser, ante todo, un bien colectivo, público, al que todos tengan acceso, a fin de conservar sus posibilidades de acción en el mundo social.

La historia de la salud de las mujeres en el marco del Estado Social de Derecho está llena de vicisitudes. Por un lado nos deja un marco jurídico propicio para el desarrollo de una normatividad coherente con los derechos humanos, pero de otro, nos deja con importantes vacíos en cuanto a la reglamentación y cumplimiento de lo jurídicamente establecido. Esto se refleja de manera

ejemplar en el lugar y trato que las mujeres reciben en los sistemas jurídicos, espacios en los que se reproducen muchos de los estereotipos sociales y tabúes que conducen al trato injusto de las mujeres (ZUNIGA ANAZCO, 2006), y en la baja apropiación de hombres y mujeres con respecto de los recursos jurídicos existentes para liberarse de la violencia doméstica (SANTOS FERNANDEZ, 2005) y romper la tradición patriarcal de abuso a las mujeres (GOMES *et al.*, 2007). No son pocas las ocasiones en que las mujeres desisten de las denuncias por violencia intrafamiliar por temor a perder su vida, agravar la situación o perder la manutención de sus hijos. La aplicación de la norma las enfrenta a nuevos problemas para los que ni ellas, ni el sistema jurídico, ni el soporte social están preparados (OSPIN; JARAMILLO; URIBE, 2006; DINIZ; LOPES; RODRIGUES, 2007).

En cuanto a la noción de mujer, distintas investigaciones han demostrado que la categoría mujer no es una categoría universal, en cuanto sus comportamientos y roles varían de acuerdo a la cultura y al sistema social. Sin embargo, sin desconocer que existen elementos diferenciadores, no puede negarse que existen también elementos comunes entre las culturas, que en menor o en mayor medida pueden señalarse como prototipos tanto en el comportamiento femenino, como en las funciones familiares y sociales que desempeñan.

Hoy, se reconoce universalmente que las mujeres constituyen una población altamente vulnerable, pero a la vez, que los indicadores de salud materna están asociados a mejores niveles de calidad de vida y que invertir en el bienestar de las mujeres produce un “doble dividendo”, en cuanto también mejora la salud de los niños y de las familias (CARMONA *et al.*, 2005). Sin embargo, sabemos también que existen resistencias hacia el trabajo que busca romper el paradigma hegemónico y desnaturalizar lo cotidiano, y que en nuestras sociedades occidentales predomina una representación ambivalente y disminuida de las mujeres. Ambivalente por cuanto en los discursos

sobre las mujeres pueden establecerse pares de conceptos dicotómicos que parecen indicar la doble dimensión de lo femenino: puta y madre; bruja y diosa. Disminuida en cuanto se constata el lugar que ocupan las mujeres en el sistema social y que los estudios históricos y antropológicos explican debido a la fuerte asociación entre las ideas de vulnerabilidad, maternidad y naturaleza femenina (THURÉN, 1993). Ideas estas que dieron lugar a una división social del trabajo que, a pesar de la diversidad cultural y de los cambios en el acceso de las mujeres al mundo laboral, aún persiste, y que condujeron a las mujeres a ocupar el espacio privado y los lugares más bajos en la escala social, de tal manera que se vio afectado su desarrollo humano, sobre todo debido a que las múltiples responsabilidades asignadas retrasan e impiden el acceso de las mujeres a la educación, a la información, a la remuneración justa por el trabajo y a la participación política (CRUZ *et al.*, 2003; OLIVEIRA; AMANCIO, 2002; GAVILAN, 2002).

Los movimientos feministas hacen una ardua labor al intentar romper aquella dicotomía ambivalente al sostener hasta el cansancio y más allá que las mujeres somos “sujetos de derecho” que pertenecemos a la especie humana, con la misma dignidad que los hombres y por consiguiente los mismos derechos más aquellos que necesitamos para liberarnos de las consecuencias sociales negativas de la determinación biológica y la profecía social que dicta nuestra resignación a la maternidad (es decir los derechos sexuales y reproductivos).

Hoy día, la explicación sobre el origen de la subordinación femenina no cobra tanto interés como la explicación de su mantenimiento. En este sentido, un apartado importante de los estudios sobre mujeres, llamados ‘estudios con perspectiva de género’, intentan explicar y comprender las relaciones y dinámicas sociales que fomentan y mantienen la subordinación femenina (SALAS-GARCÍA, 1996; DE LOS RIOS, 1996; BREILH, 1996). A partir de estos estudios se plantean varias vertientes de trabajo: por un lado, todas las acciones orientadas al

empoderamiento de las mujeres y al incremento de su capacidad de *agencia* (SEN, 1999), cuyo supuesto básico es que las mujeres deben ser resarcidas por los daños sociales históricamente impuestos (ANGUITA, 1992), y que ellas tienen una capacidad transformadora tanto de sus condiciones de vida como de las de sus hijos y su familia. Del otro lado, están los estudios que enfatizan en la reconstrucción tradicional de la identidad femenina, el desarrollo de la sororidad, el incremento de la conciencia de género a nivel social y la vigilancia sobre el diseño e implementación de políticas sociales, de tal manera que no reproduzcan la subordinación femenina, lo que en cierto sentido es una preocupación por trascender de la satisfacción de las necesidades prácticas a las necesidades estratégicas de las mujeres (MOORE, 1999; SANCHEZ-AYÉNDEZ, 1993; LEÓN, 1993).

DISCUSIÓN

Como puede observarse, el trabajo en pro de las mujeres avanza fundamentalmente por dos vías: desarrollar correcciones para la desigualdad social y generar cambios profundos en la estructura del sistema social. La primera estrategia ha sido la acogida por la mayoría de los organismos internacionales que trabajan por el desarrollo humano; sin embargo, sus alcances serán siempre limitados y circunstanciales sino se avanza por la segunda vía, que es la que apunta al control de las causas de la desigualdad.

En este último punto considero útiles algunas de las ideas de Michel Walzer, expresadas en su texto ‘las esferas de la justicia’ (2001), y de Pierre Bourdieu (2000) en su texto ‘La dominación masculina’, para pensar la salud de las mujeres.

Según Walzer (2001), no es la eliminación de la desigualdad social la que conduce a una sociedad justa y

libre, sino la eliminación de la capacidad de dominación de unos sobre los otros. En nuestro caso, nos interesa entonces la eliminación de la capacidad de dominio de los hombres, del Estado y las estructuras sociales sobre las mujeres. Ello implica un profundo trabajo por develar las formas de dominación, sus instrumentos, sus contenidos, sus estrategias. De ahí la importancia de la rigurosidad y el compromiso ético de los estudios sobre la salud de las mujeres.

Para Walzer, la principal estrategia para eliminar la capacidad de dominio de unos sobre otros es la capacidad de reconocernos todos como pertenecientes a la especie humana: criaturas que producen cultura, crean y pueblan mundos llenos de sentido y buscan una nueva interpretación de los bienes sociales, que no puedan ser considerados como instrumentos de dominación.

Esta concepción se fundamenta más que en la concepción universalista de los derechos humanos, basada en la dignidad humana de una concepción pluralista de los bienes sociales, entendidos como consecuencia de una concepción compartida, local y particular (WALZER, 2001). Según él, la dominación se erradica sólo si los bienes sociales son distribuidos por razones distintas e “internas”.

Con estas ideas, Walzer intenta superar aquellas teorías de la justicia distributiva, que centran la atención en la distribución de los bienes para formular otra que se focaliza en la concepción y creación de los bienes, antes que estos sean distribuidos. Su postura obedece a la necesidad de reconocer que, antes de ser distribuido de *x o y* manera, los bienes son concebidos y creados de una forma que determina su distribución. Esta perspectiva hace que se cambien las preguntas tradicionales de las teorías distributivas, como por ejemplo, ¿cuáles son nuestros derechos? y ¿qué necesitamos, queremos y merecemos? Por preguntas del tipo ¿qué y para qué son los bienes?

Según Walzer, después de la pertenencia, la seguridad y el bienestar individual y colectivo son los bienes

sociales que deben crearse y distribuirse, por medio de la *previsión mutua*, entre los miembros de la comunidad política y que se expresan de manera ideal por el camino de la participación política. Para el caso de la salud de las mujeres, es necesario repensar el concepto de seguridad y bienestar. ¿Necesitamos las mujeres el mismo tipo de seguridad que los hombres? ¿el mundo es diferencialmente inseguro para hombres y mujeres? ¿en qué medida es necesario crear distintos mecanismos de protección y bienestar?. Para el estado de la discusión, las respuestas a las preguntas son prácticamente obvias. El mundo es diferencialmente inseguro para hombres y mujeres y, por lo tanto, tienen necesidades diferentes de protección. Además de eso, Walzer habla de la necesidad de desarrollar el concepto de previsión mutua, lo cual implica una mirada a los aportes que cada uno hace para el cuidado del otro. En las relaciones entre hombres y mujeres, los roles tradicionales de proveedor y cuidadora, tienen una connotación de previsión mutua, pero la sistemática desvalorización de las tareas del cuidado hace parecer como si las mujeres fueran las que menos aportan en esta ley de compensación social. De ahí que sea muy importante insistir en visibilizar y valorar el aporte que las mujeres hacen a la seguridad y el bienestar, y permitir que este aporte se recree a medida que ellas optan de manera libre por formas nuevas formas de participación en el mundo. Esta vía, además de los valores de la cooperación y la solidaridad, reclama el reconocimiento pleno de las mujeres como parte indispensable para la vida social.

Siguiendo las ideas del mismo autor, la participación política, entendida en su sentido más amplio, es la condición primera para la creación de bienes sociales y mecanismos de distribución. De ahí que, si se quiere develar los mecanismos de dominación, es necesario romper con las ideas que apartan a las mujeres de la participación en la vida política, en el orden religioso, y obstaculizan la democratización de la vida doméstica.

Sólo urgando y desestabilizando las ideas instaladas, podrá conocerse a ciencia cierta el contenido de tales ideas, su fundamento y su justificación.

Pero la participación política es imposible sin libertad. Libertad física (referida a la movilidad) y libertad de autodeterminación. Pero las mujeres cedemos el único bien que no es posible ceder; lo cedemos en la autopostergación. Las mujeres nos postergamos en la intimidad, nos postergamos en el derecho a la recreación y el uso del espacio público, y nos postergamos en la reclamación del derecho a la autodeterminación (ESPINOZA, 2002; FACIO, 2008). (De ahí que sea mucho más fácil hacer que las mujeres se adhieran a causas medioambientalistas, de la infancia o de los animales, que a sus propias causas). Nos postergamos en la reclamación de ser liberarlas del subempleo, la doble y triple jornada laboral sin remuneración y la responsabilidad exclusiva sobre el trabajo doméstico.

Se trata de una autopostergación inculcada para materializar la profecía social de la subordinación femenina¹. Siguiendo a Bordieu (2000), la estrategia para la instalación de una nueva Profecía Social, con respecto a las mujeres, ha de ser la crítica con respecto a los esquemas de socialización y los mensajes constituyentes del inconsciente. La crítica a la “mitología colectiva”, que alimenta la reproducción social basada en analogías que se refieren a lo femenino como algo naturalmente disminuido, dominado, conquistado y de poco valor. En la imagen de la mujer, es necesario alimentar una ruptura del “habitus” (cuerpos socializados y prácticas rituales) que perpetúan los estereotipos de género y la fragmentación del mundo. Pero una ruptura pública, para diferir y socializar el alto costo que se genera cuando aquella ruptura se produce en privado (OSPINA; SOTO, 2001).

La nueva Profecía ha de ser inculcada hasta objetivarla, hacerla real; materializarla mediante sistemas de educación incluyentes y no-sexistas que promueven la autoestima y el autorespeto. Para Walzer, la autoestima es un concepto relativo que depende de la estructura social a la que se pertenezca y de los referentes que esta ofrezca para establecer comparaciones y de las cuales se puede deducir el lugar dentro del sistema social. El autorespeto en cambio, lo ve Walzer como un concepto normativo, pues lo que esta en juego no es el valor social sino la dignidad de la propia persona que ocupa un lugar social. “Así, el autorespeto es asequible a cualquiera que tenga cierta noción de su dignidad *propia* y cierta capacidad para ponerla en acción” (2001). Ponerla en acción para cambiar los referentes y el lugar que le ofrece el sistema social es decir para hacer uso pleno de la ciudadanía.

Siguiendo a Walzer, la tiranía y la dominación comúnmente se expresan en la manera como los agentes del Estado dejan de velar por las esferas de la distribución y sus significados sociales. De ahí que enfatice en la idea de que el poder debe ser, al menos, controlado por quienes experimenten sus efectos de manera inmediata (2001). Para este autor, la capacidad de gobierno va más allá de la *techné* o el conocimiento especial sobre cómo gobernar y sobre los fines humanos; ella tiene que ver con una relación especial de un conjunto particular de seres humanos, en medio de la cual el gobernante es autorizado por los ciudadanos para definir, según el significado común y la nociones políticas de los ciudadanos, los destinos y los riesgos presentes en cada situación. De ello se deduce la importancia de trabajar, para que los llegan al gobierno tengan o desarrollen sensibilidad frente a los problemas de las mujeres.

¹ Inculcar: repetir con empeño muchas veces una cosa a uno; infundir con ahínco en la mente, una idea, un concepto, etc., inculcación. Infundir: provocar cierto estado de ánimo, sentimiento o impulso moral. *Comunicar Dios al alma un don o gracia*. VS Enseñar: instruir, dar advertencia, ejemplo o escarmiento. Indicar, dar señas de una cosa. Mostrar o exponer una cosa para que sea vista y apreciada. Acostumbrarse, habituarse.

De los problemas prioritarios para la investigación e intervención en salud, establecidos por consenso, al largo de las últimas décadas, por los Gobiernos y las agencias internacionales, a saber, los enunciados en los “objetivos del milenio”, cinco están en íntima relación con la salud de las mujeres (erradicación de la pobreza; lograr la primaria básica universal; promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA). Para muchos, más que una agenda estratégica es una agenda política que amerita una importante mirada desde la perspectiva de género, a fin de no perder la oportunidad de avanzar hacia la equidad, manteniendo la idea de que la perspectiva de género debe ser trasversal a todo el enfoque de reducción de la pobreza, pues esta está altamente feminizada en América Latina. En este caso, no se trata solamente de la mejora en el ingreso y el empleo para las mujeres, sino de fortalecer las redes sociales para el cuidado de la familia, de tal manera que ellas puedan acceder en mejores condiciones de empleo, se trata de la protección laboral de las mujeres, la capacitación para el empleo y el autoempleo que les permita lograr mayores niveles de autonomía e incrementar su capacidad de decisión para dirigir su desarrollo (SEN, 1999). Su participación en la fuerza de trabajo remunerada en los últimos 20 años, si bien aumentó el ingreso y el poder adquisitivo de las familias, ha representado una carga de trabajo excesiva para muchas de ellas, ya que continúan siendo las principales trabajadoras domésticas, una función que, paradójicamente, es descuidada cada vez más; no obstante, aun cuando las mujeres ocupen puestos tradicionalmente asignados a los hombres, suelen recibir una remuneración menor (CARMONA *et al.*, 2005).

Erradicar la pobreza no será posible si no se hacen esfuerzos para enfrentar sus causas, tales como el bajo acervo de capital humano, bajas tasas de crecimiento económico, baja productividad y políticas económicas y sociales poco efectivas (CARMONA, *et al.*, 2005). Es necesario desagregar los datos, recuperar las voces y capacidades de las víctimas

y los sobrevivientes; todo ello para humanizar los resultados y visualizar las desigualdades y los distintos tipos de pobreza que se ocultan tras las tablas y gráficos, que tienen el poder de, con un solo golpe de vista, impactar nuestra capacidad de raciocinio, pero también la debilidad, para vincularnos en un propósito común de cooperación y voluntad de transformación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Obviamente, los problemas priorizados en la lista del milenio no son todos los que deberían. Me parece que a esta lista se escapan los problemas de salud mental de las mujeres. Éstos constituyen un problema relativamente explorado, muchos de los problemas mentales de las mujeres se medicalizan y se explican por una supuesta base hormonal y subjetividad en la percepción de síntomas, como en el caso de la depresión y los trastornos del ánimo. Con mucha frecuencia, se deja por fuera el marco explicativo de la salud mental su relación con las circunstancias histórico-políticas y los determinantes sociales de la salud. Según Daskal (DASKAL, 1992), los problemas de salud mental de las mujeres son una “denuncia de un estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de auto postergación”.

EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS MUJERES

En un contexto que tiende a la globalización, que en muchos sentidos puede entenderse como homoge-

nización, el abordaje de la salud de las mujeres exige un análisis desde lo general pero también desde lo particular. Es decir, ante miradas homogenizantes, como las que se revelan en documentos de los organismos internacionales, cada país está en la obligación de discutir sobre lo que considera o no una prioridad de investigación e intervención en lo social en el marco de sus condiciones históricas, culturales, políticas y económicas. Ojalá estas discusiones se realicen en espacios amplios, involucrando a varios sectores de la sociedad y serán orientados a generar opinión pública y movilización social. Es necesario mostrarle a la gente por qué los problemas de investigación son problemas de investigación. La gente debe abandonar la idea de investigadores como personajes aislados del mundo, encerrados en laboratorios llenos de instrumentos o oficinas atiborradas de papeles y libros que tratan sobre asuntos que sólo son de interés del investigador. La gente debería estar demandando resultados de las investigaciones, atenta a los procesos de investigación y por qué no, sugiriendo y denunciando problemas que ameritan ser investigados. Así como la empresa le demanda a la Universidad investigaciones aplicadas, la sociedad debería exigirle investigación básica, comprensiva de problemas sociales, y tendiente a mejorar el bienestar, la calidad de vida y la organización social. Esto, más aún en un mundo que tiende a la mercantilización de todas las esferas de la vida cotidiana.

Un proceso similar debe seguirse con las metodologías que han de utilizar para acercarse a los fenómenos de interés. En este sentido, para el estudio de los problemas de las mujeres con enfoque de género, podemos hablar de que existe una cierta preferencia por los estudios cualitativos (histórico-hermenéuticos y crítico sociales), debido a su capacidad para abordar problemas complejos, entrar en el mundo simbólico de los actores, identificar aspectos culturales, recuperar las voces, formular nuevas preguntas y movilizar la acción

frente a un problema (LAFURIE VILLAMIL, 2006). Los métodos cualitativos también tienen su lugar en la indagación sobre lo que llamamos las “zonas grises del conocimiento” en relación con la equidad de género: características de los agresores, interfases de la salud de las mujeres con la salud de los hombres, interdependencias entre masculinidad y feminidad, mecanismos de protección y resiliencia frente a la violencia en diferentes contextos culturales (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001).

Sin embargo, hoy estamos abocadas a diseñar proyectos de investigación interdisciplinarios y transdisciplinarios, capaces de mirar simultáneamente a hombres y mujeres en dinámicas relacionales que afectan diferencialmente su desarrollo humano, como por ejemplo: la salud sexual y reproductiva, la violencia y los problemas asociados al desarrollo a través del proceso vital (FRANCO, 1993). En muchos sentidos se entienden superados los antagonismos entre los métodos cualitativos y cuantitativos pues, cada vez, más los metodólogos que se ocupan de mostrar que el análisis de los datos, independientemente de su carácter, implica procesos cualitativos. De tal manera que el dato numérico no significa algo del mundo social por sí mismo, sino por procesos de valoración e interpretación que hace el investigador (CERDA, 1993).

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

A pesar de los avances en cuanto al reconocimiento de la salud de las mujeres como un problema prioritario de investigación e intervención social en América Latina, y a pesar de saber que son las mujeres las que más usan los servicios de salud en la Región, estos no contemplan aún las diferencias de género en la atención y no parecen

estar preparados para los problemas que las mujeres presentan (CEPAL, 2007). Esta es una situación paradójica, considerando que las mujeres constituyen casi 70% de la fuerza de trabajo en el campo de la salud.

Este panorama plantea serios interrogantes a los procesos de formación del recurso humano en salud en Latino América. En una revisión más o menos reciente sobre el tema (OSPINA-MUNOZ, 2008), encontré que las relaciones de género entre terapeuta y paciente no ocupa un lugar destacado dentro de la literatura. Los más aventurados sobre el tema plantean que, en la relación terapeuta-paciente, se reproduce el mundo social en vez de transformarlo; seguimos teniendo procesos de atención en salud verticales, centrados en el modelo biomédico y ostentosos del poder de las disciplinas sobre el cuerpo y los procesos humanos (TURNER, 1999). Se trata de procesos de atención homogenizantes, tratantes de la patología, no de la persona ni del ser social y cultural. Si bien, en el proceso de acceso a la salud debe cumplirse la norma de no discriminación por razones del sexo, género, raza, religión, partido político, etc., en el proceso de atención en salud, en un mundo caracterizado por la pluralidad como el contemporáneo, es un imperativo ético la diferenciación. Esto porque las diferentes doctrinas comprensivas del mundo también otorgan significados y contenidos a salud.

El reconocimiento de la diferencia hace que el terapeuta, tradicionalmente ubicado en el lugar de la certeza, la verdad y la razón, tenga que ceder terreno ante los nuevos poderes que emergen del trasegar histórico en cada contexto sociocultural y que se encarnan en sus instituciones, imágenes, artefactos y palabras (BERLIN, 1995). Antes que un curador, el terapeuta de hoy se representa como un mediador entre distintos saberes y poderes, entre ellos los que otorgan la identidad cultural y de género, la educación, el uso de la tecnología y el mercado.

Para concluir, por todas estas razones, los expertos coinciden en señalar que la relación terapeuta-paciente será

el eje central del modelo organizativo en salud, y que los profesionales de la salud deberán adaptarse a ella debiendo, por tanto, generar en los profesionales del futuro, a través de la formación en valores, las actitudes que les permitan entablar un nuevo tipo de relación terapeuta-paciente, más igualitaria, en la que los pacientes son conscientes de su derecho a la información, a la autonomía y no aceptan de quienes los atienden actitudes paternalistas o autoritarias. La utilización del consentimiento informado de los pacientes, como prueba de que se les ha informado, y no como salvaguarda del profesional, debe convertirse en una práctica profesional (ORTIZ-POMMIER, 2004).

Estas reflexiones ponen, a quienes tenemos el reto de formar profesionales en salud, frente a la necesidad de reconocer el cambio de paradigma en la atención en salud y a reconocer que todo cambio lleva consigo determinada apreciación de los valores que le justifican y otorgan validez. Por tanto, es necesario buscar las maneras para que los profesionales de la salud obtengan una comprensión valorativa, que ayude a la interpretación de las causas de todos estos cambios. Es decir, que obtengan un pensamiento axiológico que les permita comprender la base ideológica de su actuación en el entorno laboral a la luz de las exigencias de la época (PÉREZ SÁNCHEZ, 2003).

B I B L I O G R A F Í A

ALMEIDA, C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerenc. Polit. Salud*, v. 4, n. 9, p. 5-60, 2005.

- ANGUITA, G. *La Identidad femenina en situaciones de conflicto*. Corporación participa. Chile: Editorial Andrés Bello, 1992.
- BERLIN, I. *El fuste torcido de la humanidad: capítulos de historia de las ideas*. Barcelona: Península; 1995. p. 28.
- BORDIEU, P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama. 2000.
- BREILH, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- _____. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador: Taller Arco Iris, 1996.
- CARMONA, L.D.; ROZO, C.M.; MOGOLLÓN, A. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, v. 3, n. 1, p. 62-77, 2005.
- CEPAL. VII Conferencia regional sobre la mujer. [Sede Web]. Disponible en: http://www.choike.org/documentos/beijing_betrayed/al_salud.pdf. Acceso: noviembre 1 de 2007.
- CERDA, H. *La investigación total*. Bogotá: Magisterio, 1993.
- CRUZ, A.C., NORIEGA, M.; GARDUNO, M.A. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud: las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1129-1138, jul./ago. 2003.
- DACHS, J.; NORBERTO, W.; FERRER, M.; FLOREZ C.E.; BARROS, A.J.D.; NARNÁEZ, R.; VALDIVIA, M. Desigualdades de salud en América Latina y el Caribe: resultados descriptivos y exploratorios basados en la autotificación de problemas de salud y atención de salud en doce países. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 11, n. 5-6, p. 335-355, maio./jun. 2002.
- DASKAL, A.M. *Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres*. Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental (1992). SERNAM; 1994. p. 27.
- DE LOS RÍOS, R. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En: GÓMEZ, E.G.(Editora). *Género, Mujer y Salud en América*. Organización Panamericana de la Salud. Washington: Publicación Científica. n. 541. 1993, p. 16.
- DINIZ, N.M.F.; LOPES, R.L.M.; RODRIGUES, A.D.; FREITAS; D.S. Mujeres quemadas por los maridos o compañeros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 321-325, jul./set. 2007.
- ESPINOZA, H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan American Journal Public Health*, v. 11, n. 3, p. 149, 2002.
- ESTRADA-ÁLVAREZ, J. Dimensiones básicas del neoliberalismo económico. *Revista Espacio Crítico* [En línea]. Disponible en: <http://www.espaciocritico.com/articulos/je-a12.htm>. Acceso: Noviembre 1 de 2007.
- FACIO, A. Engenerando nuestras perspectivas, *Revista otras miradas*, v. 2, n. 49-79, 2002. [Online] Disponible en: http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev2_2/articulo2_1.pdf. Acceso: abril de 2008.
- FRANCO, S. *Proceso vital humano: proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. En: SEMINARIO MARCO CONCEPTUAL PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD. U. Nacional 1993.
- GAVILAN, V.V. Buscando vida: hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungará (Arica)*, v. 34, n. 1, p. 101-117, jan. 2002.
- GOMES, N.P.; DINIZ, N.M.F.; ARAUJO, A.J.S.; COELHO, T.M.F. Comprendiendo la violencia doméstica a partir de las categorías género y generación. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 504-508, out./dez. 2007.

- LAFURIE VILLAMIL, M. La Investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: aportes a la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería*, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2006.
- LEÓN, M. El género en la política pública de América Latina: neutralidad y distensión. *Revista Análisis político*, n. 20, p. 39-52, 1993.
- MOORE, H. Antropología feminista: nuevas aportaciones. En: *Antropología y feminismo*. Traducción de BONAFÉ, J.G. Instituto de la Mujer. Universidad de Valencia. España, p. 217-229, 1999
- OLIVEIRA, J.M.; AMANCIO, L. Libertades condicionais: o conceito de papel sexual revisitado. *Sociologia*, v. 40, p. 45-61, set. 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud en las Américas 2007*. [sede Web] Washington: OPS: 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/index.html>. Acceso: Noviembre 1 de 2007.
- _____. Programa Mujer, Salud y desarrollo: Modelo integral de atención a la violencia Intrafamiliar. Deconstruyendo la violencia intrafamiliar: estado y sociedad civil, el papel del sector salud. *Serie Género y salud Pública*, n. 10. San José de Costa Rica, oct. 2001.
- ORTIZ-POMMIER, A. Conflicto de intereses en la relación clínica. En: *Revista Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42(1): 29-36. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acceso: noviembre 17 de 2004.
- OSPINA, D.; JARAMILLO, D.E.; URIBE, T.M.; Cabarcas G. Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de psicología*, v. 38, n. 3, p. 523-534, 2006.
- OSPINA, D.; SOTO, C. Entre el rito y la rutina: el rol de cuidadora de las mujeres de Medellín. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín-Colombia, v. 19, n. 2, p. 58-65, 2001.
- OSPINA-MUNOZ, D. La relación terapeuta paciente en el mundo contemporáneo. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín-Colombia, v. 26, n. 1, p. 166-122, 2008.
- PÉREZ SÁNCHEZ, A.M.; MARTÍN LINARES, X. Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. En: *Revista Cubana Salud Pública*, v. 29, n. 1, p. 65-72, 2003. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu10103.htm
- SALAS-GARCÍA, B. *Desarrollo de capacidades y valores de la persona*. Orientación para la Elaboración del Proyecto Coeducativo. Santafé de Bogotá, Colombia: Mesa Redonda Magisterio, 1996.
- SANCHEZ-AYÉNDEZ, M. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: El caso de Puerto Rico. En: GÓMEZ, E.G. (Editora). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: Publicación Científica. n. 541, 1993, p. 286-291.
- SANTOS FERNANDEZ, M.D. La ley española de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Revista Utopía y praxis latinoamericana*, v. 10, n. 30, p. 105-120, set. 2005.
- SEN, A. *Desarrollo y libertad*. Colombia: Planeta, 1999.
- THURÉN, B.M. El poder generalizado. *El desarrollo de la Antropología Feminista*. Madrid: Editorial Instituto de Investigaciones Feministas, 1993.
- TURNER, B. Profesiones, conocimiento y poder. En: DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (Comp). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 187-222.

WALZER, M. *Esféras de la justicia*. 2.ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2001. p. 10-324.

ZUNIGA ANAZCO, V. El derecho como representación-deformación: un análisis de su construcción adversarial en clave de género y derechos fundamentales. *Revista Derecho Valdivia*, v. 19, n. 1, p. 33-59, jul. 2006.

Recibido: Abril/2008
Aprovado: Junho/2008