

LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER: UN COMPROMISO DEL PERSONAL DE SALUD

Diva Estela Jaramillo Vélez¹
Tulia María Uribe Jaramillo²

Resumen

El presente artículo introduce el modelo biomédico como paradigma que ha guiado la promoción e intervención de la salud de las mujeres, cuyas características y formas de ver el cuerpo y la salud han generado rupturas y diferencias entre el saber científico y la mirada de las mujeres en la interpretación del proceso salud enfermedad. En una segunda parte, se propone promocionar la salud de la mujer desde una perspectiva de género, con énfasis en el cuidado de la vida y la salud, reivindicar la atención integral, promover la equidad de género en la función reproductiva, reconocer problemas específicos de género e impulsar el autocuidado como práctica personal y como estrategia básica para encausar la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana. Si el profesional de salud involucra estas reflexiones en sus prácticas de cuidado se lograrán cambios significativos en su labor, lo cual mejorará las condiciones de salud de las mujeres.

Palabras clave

Salud de la mujer

Género

Autocuidado

¹ Magister en Salud Pública. Docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: fcabarcas@epm.net.co

² Magister en Desarrollo Social. Docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: turibe.catios.ude.edu.co

THE INTEGRAL HEALTH CARE TO WOMEN: A COMMITMENT OF THE HEALTH PERSONNEL

Summary

The present article is divided into two parts. In the first part, the biomedical model as the paradigm that guides health care in the promotion and intervention in women's health is introduced. The characteristics and points of view of women's body and health has generated a gap between scientific thought and the women's own interpretation of health and disease. In the second part, the author proposes to promote women's health from a gender perspective, with an emphasis in life and health care, to insist on the on integral health care, to promote gender equity in the reproduction function, to recognize a specific gender problem and to impel self-care as a personal practice and a basic strategy to guide the search of the daily integral welfare. It is concluded that if health professionals include these ideas in their care practices, significant changes will be obtained in their work, thus improving women's health conditions.

Key words

Women's health

Gender

Self care

En Latinoamérica el ejercicio de las profesiones de la salud para promocionar e intervenir en la salud de las mujeres, se ha regido por el modelo que guía la práctica médica y por los enfoques que orientan las políticas económicas para el desarrollo. Por su parte, la práctica médica ha seguido el modelo biomédico fundamentado en el paradigma positivista de la medicina, el cual hace énfasis en la objetividad de la ciencia. Este modelo ha reproducido y perpetuado, a través de su práctica, estereotipos creados culturalmente, que generan valoraciones discriminatorias y situaciones no equitativas para las mujeres.

Como ilustración a lo anterior se pueden enunciar algunas prácticas y conceptos que hacen parte del modelo biomédico: la concepción fraccionada del cuerpo en sistemas no relacionados, reduce la salud de la mujer a la disfunción de sus órganos y sistemas. La mujer es pensada, básicamente, desde su función reproductiva en términos de *mujer útero*, con énfasis en las funciones fisiológicas del embarazo, parto y lactancia. La preocupación por los síntomas constituye uno de los ejes estructurales de la práctica médica, que lleva a ocuparse más de la curación que del cuidado de la salud. La adopción de una posición hegemónica para apropiarse del saber, ha generado un discurso ininteligible que circula sólo entre quienes manejan ese saber y ha convertido a la mujer en objeto del saber médico, que, con la medicalización, ha intervenido en exceso el

cuerpo femenino y los eventos normales que le competen. En este sentido, la mujer es objeto de programas y acciones planeadas e impuestas desde este saber y con frecuencia es expropiada de su capacidad de decidir en los eventos de su salud y su enfermedad.¹

Además, el modelo ha hecho caso omiso de la dimensión cultural como aspecto importante en las construcciones sociales y en las percepciones que de la salud y la enfermedad tienen las mujeres. Es así como existe una disparidad entre el saber científico y la mirada de las mujeres en la interpretación del proceso salud enfermedad, en cuanto para la práctica médica, la salud y la enfermedad son verdades fundadas en presupuestos naturales, o sea, no hay explicaciones sino desde lo clínico y lo patológico; mientras que en el concepto de las mujeres se tiene en cuenta lo subjetivo y el cuerpo como escenario básico de las situaciones conflictivas, personales y familiares que se manifiestan en los signos y síntomas. Así desde este paradigma, las vivencias de malestar psíquico que manifiestan las mujeres no se identifican como problemas de salud, ni se tienen en cuenta para atenderla.² Por otro lado, como modelo preocupado por avanzar científicamente en el conocimiento de la enfermedad para curarla, prevenirla o rehabilitar al paciente, no ha tenido en cuenta otros problemas relacionados con la vida humana y sus condiciones de existencia como las diferencias de género, clase, étnia, procedencia y edad, lo cual genera situaciones de inequidad y desventajas entre las personas.³

En lo referente al sistema de salud y las instituciones formadoras del recurso humano en salud, incluyendo la enfermería, puede decirse que ha adoptado y conservado este modelo. En las instituciones de salud ha predominado la atención dirigida, fundamentalmente, al núcleo materno infantil con exclusión del hombre de la responsabilidad de la salud reproductiva, de la salud sexual, de la crianza, la paternidad y la regulación de la fecundidad, al no solicitar su presencia en los programas de consulta prenatal, vacunación, crecimiento y desarrollo, y planificación familiar entre otros, y negándosele el derecho a participar en el proceso de nacimiento de sus hijos.⁴ En el caso de la regulación de la fecundidad es la mujer quien debe responsabilizarse y asumir los riesgos asociados con el uso de los anticonceptivos. Un ejemplo de esto es la distribución porcentual de los métodos usados por las parejas; en Latinoamérica más del 80% de la responsabilidad y los riesgos de los métodos anticonceptivos recaen sobre la mujer.⁵ Las tasas mundiales de esterilización de mujeres y hombres son desproporcionadas, para 1995 de los 202 millones de personas esterilizadas, 163 millones fueron mujeres (81%), de las cuales 161 millones viven en países en desarrollo.⁶

Igualmente, la política para el desarrollo enfatiza el papel de la mujer como cuidadora utilizándola, como proveedora de servicios de salud, transmisora de prácticas sanitarias, protectora de la salud y previsor de enfermedades familiares y aun comunitarias.⁷ Dentro de este contexto, la atención de la salud a la mujer es importante en cuanto se constituye en vehículo para la atención de otros. Los programas y proyectos de salud familiar y comunitaria han fomentado el desempeño de roles domésticos, reproductivos y de cuidadora de la salud como forma de cumplir con un servicio filantrópico necesario para el desarrollo.⁸ En resumen, el sistema de salud y las instituciones formadoras han considerado a la mujer como inversión o vehículo para el bienestar de otros, aun a costa de su propio bienestar.⁹ Lo anterior podría explicar por qué después de varios decenios

dedicados por la OMS al mejoramiento del bienestar y la salud de la mujer, sus condiciones de vida y salud continúan siendo iguales o incluso peores.

Una nueva concepción de la salud de la mujer

Las nuevas tendencias internacionales planteadas por las mismas mujeres, se orientan hacia la búsqueda del desarrollo integral de la mujer, lo cual exige el replanteamiento del enfoque de la atención en salud y la formulación de propuestas alternativas que respondan a las necesidades específicas de las mujeres desde una concepción integral y humana. Para esto es necesario entender que la mujer, además de sus necesidades biológicas y psicológicas, tiene una serie de problemas derivados de su posición en la sociedad, razón por la cual la atención de su salud requiere una mirada integral.

En esta línea de pensamiento surgen nuevos conceptos para atender y promocionar la salud de las mujeres, como la propuesta de género en el desarrollo ⁹, la cual propone estrategias concretas, desde una perspectiva de género centrada en el desarrollo humano y en la promoción de nuevas prácticas de vida y salud, entendida la vida como el proceso de existir bien ³ ampliando la mirada a todas las categorías que le hacen posible una vida humana en condiciones de equidad. Entender la salud desde una perspectiva de género es comprender que los problemas de las mujeres adoptan formas diferentes en las distintas etapas de su vida y en las distintas ubicaciones sociales y regionales, por ejemplo en algunas partes las mujeres pueden morir por no tener acceso a los servicios de salud, y en otras pueden sufrir por exceso de medicalización o el uso inapropiado de tecnologías ultramodernas. Atender a la mujer en el marco de las necesidades humanas fundamentales en condiciones de equidad, implica la incorporación de algunas prácticas y conceptos como:

1. Reconceptualizar la salud y el proceso salud enfermedad, entendiéndolos *como bienestar, como sensación y percepción placentera y agradable; como garantía de una sobrevivencia digna.*¹⁰ Esto está en concordancia con el concepto integral de salud que tienen las mujeres, concepto desarrollado por ellas mismas en la investigación *Mujeres y salud*. Estar saludable es *"estar contenta, feliz, sin dolores, optimista, con ánimos, estar aliviada"*. *"Por ejemplo yo me siento muy bien, con muchos ánimos, con muchas cosas positivas, cuando yo veo que las cosas me están saliendo bien, digamos pues que en mi trabajo, en mis compromisos, en todas las labores que tengo y no existen problemas con nada ni con nadie, me siento plena"*. Para ellas la salud es un proceso social que tiene que ver con el sentir y las posibilidades de hacer cosas. Desde esta perspectiva, la salud abarca un conjunto de elementos necesarios para poder sentir bienestar y desempeñar un rol social.¹¹

2. Reconocer a la mujer como un ser integral. Una mirada totalizante de la mujer trasciende la mirada del cuerpo femenino como reproductor biológico, y lo ve como una persona con múltiples roles y con diferencias de género asignadas por la cultura; diferencias que le han imprimido unas características específicas en cuanto a sus condiciones de vida y salud. Además, mira a la mujer no como un cuerpo que padece

(paciente), sino como una persona con capacidad de reflexión y decisión. Con una vida compuesta por un conjunto de condiciones construidas por un amplio tejido de interrelaciones generadas, entre otras, por su edad, su étnia, su medio social, su organización familiar, sus relaciones afectivas, laborales y sociales, y sus opciones ideológicas y religiosas que le hacen posible su vida. Es necesario entender, entonces, que es en este tejido social donde ella nace, crece y muere, y es aquí donde actúa y toma las decisiones de su vida, incluso las de su salud. El reconocimiento integral de la mujer implica cuatro prácticas importantes. La primera es trascender el síntoma y llegar a lo íntimo de la familia y lo cotidiano, entendiendo que en la salud de las mujeres influye su vida familiar, donde tienen lugar las prácticas de socialización de la salud y la reproducción social.¹² La segunda es desarrollar la capacidad de escucha como requisito para conocer y acercarse más a las mujeres y poder entender su cotidianeidad, pues escuchar permite tener en cuenta las explicaciones que hace la mujer de su salud y su enfermedad. La tercera es otorgar una atención en el marco del respeto a la dignidad humana incorporando elementos cognitivos, culturales, religiosos, afectivos y de su historia personal con una sensibilidad a los problemas y necesidades específicas de las mujeres.¹³ Es decir, afianzar el protagonismo contra el paternalismo, que fortalezca la capacidad de resolver por ella misma los problemas sin sufrir discriminaciones, coacciones ni violencias, y permitirle tomar iniciativas por su salud. Hacer énfasis en la corresponsabilidad que la mujer tiene en la apreciación de los problemas de salud sin generar relaciones de dependencia. Y la cuarta, tener en cuenta el tiempo de las mujeres y sus múltiples roles y responsabilidades.¹⁴

3. Establecer condiciones favorables para la salud reproductiva. Significa entender la salud de las mujeres no sólo como la salud ligada a los eventos de su reproducción y a la ausencia de dolencias que se relacionan con el sistema reproductivo, sino ubicada en el marco del bienestar físico, mental y social, con una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procreación. De igual manera, la salud integral para las mujeres debe potenciar su salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales, del reconocimiento de los derechos reproductivos, del consentimiento voluntario e informado y de la incorporación de su punto de vista en lo que compete a su vida sexual. Además, cuida el derecho a la intimidad y confidencialidad.

4. Promover la equidad de género. Esto es promover el cambio de percepciones, actitudes y comportamientos hacia una nueva mirada de la salud reproductiva, mediante la realización de un trabajo en pareja donde se incentive al hombre en la responsabilidad e importancia de su participación en el proceso reproductivo, de planificación familiar y crianza de los hijos, previa información que lo capacite en la forma de asumir responsabilidades inherentes a la paternidad, a su conducta sexual, y la prevención del sida y otras enfermedades genitualmente transmisibles. Es necesario convocar al hombre a los diferentes programas institucionales y permitirle el acompañamiento de la mujer en todo lo referente al proceso de reproducción, lo cual permite romper los estereotipos que refuerzan el papel de la mujer como única responsable de la función reproductiva.

5. Reconocer como objeto de atención de la salud de la mujer, problemas específicos de género hasta hoy encubiertos como: la violencia conyugal, la violencia contra la mujer en las instituciones de salud, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral

de la mujer, (como el estrés por sobre carga de trabajo) y la construcción estereotipada de la identidad femenina.

6. Adoptar un enfoque preventivo que privilegie en la mujer el autocuidado en salud. Esto requiere promover el autocuidado como práctica personal y como estrategia básica para encausar la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana. El autocuidado debe ser entendido como el conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral. Por lo tanto, un autocuidado en la salud de la mujer trabaja por el autodescubrimiento, la autoestima, la autoconstrucción del cuerpo y la salud, el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su cuerpo, los afectos, las opciones y la sexualidad, el empoderamiento y el protagonismo de la mujer como sujeto.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la meta de la atención integral y promoción de la salud de las mujeres debe estar dirigida hacia el logro de una mujer saludable, es decir, a que ella que se sienta satisfecha consigo misma, se sienta llena de vida y vitalidad, tenga buenas relaciones sociales, posea autocontrol sobre su vida, tome decisiones por convicción propia, disfrute de las cosas que hace, tenga un proyecto de vida y compromisos con la comunidad y disfrute de una sexualidad sana y placentera

Por último, para que el cumplimiento de estas prácticas y no se queden en el terreno de las utopías, se requiere de voluntad política desde las instancias de poder, de compromiso de las instituciones formadoras del recurso en salud para capacitar profesionales conscientes de la necesidad de brindar una atención integral en salud a la mujer. Además, se requiere de participación activa de las mujeres en el diseño y ejecución de la atención en salud de acuerdo con sus necesidades.

Referencias bibliográficas

- 1 Colombia, Ministerio de Salud. *Salud para las mujeres, mujeres para la salud*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1992:19.
- 2 Schapira VM. Representaciones del proceso enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de la mujer. *Cuadernos Médico Sociales* 1993(65-66): 41-54.
- 3 Franco S. Proceso vital humano. Ética, Universidad y Salud. Memorias Seminario Marco conceptual para la formación del profesional de salud. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional; 1992:66.
- 4 Londoño A. Mujer y sida. Una visión sobre la diferenciación de género. *Salud, Culturas de Colombia* 1995(15):3-5.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Washington, DC: OPS; 1990:143; Publicación Científica 524.
- 6 Terwiel C. Anticoncepción. *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos* 1995; 49:16.
- 7 Londoño A. La Mujer en el desarrollo y/o el crecimiento de las mujeres. Memorias del seminario mujer, historia, desarrollo y vida: realidades y utopías, Medellín: Municipio de Medellín, UNICEF;1993:21-39.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. La salud de las mujeres en América latina y el caribe: Viejos problemas nuevos enfoques. Programa Mujer-salud y desarrollo. Washington, DC: OPS; 1994: 4.

- 9 De los Rios R. *Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción*. Washington, DC:OPS;1993:13
Publicación científica 541.
- 10 Franco S, Ochoa D, Hernández M. *La promoción de la salud y la seguridad social*. Santafé de Bogotá:
Corporación salud y desarrollo;1995:3-28.
- 11 De la Cuesta C. *Mujeres y Salud*. Medellín:Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Sección programas
y proyectos; 1995; 37 - 38.
- 12 De los Rios, R. Género, salud y desarrollo: Un enfoque en construcción. OPS. Publicación científica.
1993; 541:13.
- 13 Calidad de atención en los servicios de salud desde la perspectiva de género. *Mujer Fempres* 1995;
168-169: 37.
- 14 Family Care International. *Acción para el siglo XXI salud y derechos reproductivos para todos*. 1993;
Family Care International. New York; 1994.

Fecha de recepción: mayo de 1998