

LA PROMOCIÓ DE LA SALUT DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Carme Valls Llobet.

La promoció de la salut ha constituït un apartat de l'activitat sanitària que ha nascut amb posterioritat a l'atenció sanitària de qualitat, l'atenció hospitalària i ambulatoria i la prevenció de les malalties en les quals era possible realitzar-la.

La promoció de la salut, de fet, és una ciència. És un camp de la sanitat de molt recent aparició que té en compte sobretot l'educació sanitària, l'educació en hàbits favorables a la salut, tant en la lluita contra les addiccions com en una actitud positiva en relació amb el propi cos, cap a l'entorn i cap a la utilització fins i tot dels serveis sanitaris i per tant en la creació d'habilitats que permetin a les persones una actitud saludable cap al seu desenvolupament vital i cap al seu entorn.

En teoria una bona promoció de salut hauria de tenir en compte i exigir el no medicalitzar excessivament els processos vitals, ni la lactància ni els embarassos, ni els parts, ni la menopausa, ni la mateixa menstruació sinó al contrari, proporcionar suficient informació a la població tant masculina com femenina dels seus propis processos i donar-los recursos perquè puguin viure amb plenitud i sense agredir-se ni personalment ni al seu entorn.

És clàssic el plantejament de Lalonde de l'any 1974 que analitzava les variables de salut tenint en compte que l'estil de vida i el medi ambient eren dos de les variables que més podien afectar la salut de la població juntament amb la biologia humana i el sistema sanitari, com veiem a la gràfica que s'adjunta.

En canvi el repartiment de recursos que hi havia en aquell moment ja mostrava que per promoure canvis en l'estil de vida, el medi ambient i la biologia humana hi havia menys recursos que per al conjunt del sistema sanitari. Per tant ja existia un biaix en la distribució de recursos que no considerava importants les variables que s'assenyalaven com factors que poden alterar la salut de la població.

Tota l'estratègia de promoció de la salut que s'ha desenvolupat en els últims vint-i-cinc anys del segle XX s'ha basat precisament en aquesta apreciació de Lalonde en la que analitzava les causes de morbiditat i mortalitat que prevalen més entre el sexe masculí.

Per tant la primera apreciació des del punt de vista de gènere és que els estudis epidemiològics en els quals es va centrar Lalonde es basaven sobretot en les formes d'emmalaltir del sexe masculí



La visió que volem plantejar des del nostre grup es basa en els estudis de Jerelynn Prior que sosté que la salut de les dones depèn tant de la biologia com de la psicologia pròpia i està immersa en una cultura i en una societat determinada.

Existia la creença que si els homes i dones eren iguals, no existien diferències ni biològiques, ni fisiològiques, ni en la realitat sociocultural. No era per tant necessari fer cap investigació específica ja que analitzant els homes analitzàvem el gènere humà.

Alguns grups feministes posaven l'accent en què les dones han estat víctimes de la cultura i la societat patriarcal en la qual estan immerses i per tant els seus problemes de salut només es deriven d'aquesta situació.

D'altra banda existeix també una creixent medicalització de la medicina sobre el cos de la dona, que planteja que les dones són víctimes de la seva pròpia biologia i el seu cos i que per tant les diferències no tenen a veure amb la situació en què viuen a la societat ni en les seves condicions de vida i de treball.

La nostra proposta és que la biologia i la psicologia de les dones són diferents a les dels homes i que estan immerses en la cultura i la societat, la qual cosa sí que produeix canvis en els estats de salut física i mental.

Entenem aquestes diferències tal com M. Frankenhaeuser i O. Lundberg (Quadern CAPS Núm. 24) van plantejar: "la salut depèn de les condicions de treball, del suport social, de les diferències biològiques i psicològiques i dels valors i creences que cada persona té".

Hem de plantejar-nos que per abordar la promoció de la salut des d'una perspectiva de gènere no podem limitar-nos a la biologia ni al medi ambient sinó que hem de plantejar-nos l'entorn social i de creences, la biologia, la psicologia, els aspectes de condició social, els problemes mediambientals, els estils de vida i les conductes. A això cal afegir que uns determinats estereotips de gènere limiten les possibilitats d'investigar d'una forma clara els factors de risc que poden condicionar la salut i per tant la mateixa promoció de la salut.

Els biaixos de gènere en la investigació mèdica serien:

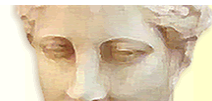
- Els estereotips de gènere.
- Els biaixos en investigació.
- La no valoració de les condicions de vida i treball.
- L'absència d'investigació en morbiditat diferencial, evolució i tractaments.
- L'organització sanitària androcèntrica.
- Els biaixos en prevenció i promoció de la salut.

En els estereotips de gènere hi ha una suposició que els riscos i la morbiditat d'homes i dones són iguals o es considera que hi ha diferències biològiques o psicològiques quan hi ha similituds. També es minimitza o sobreestima la patologia



femenina i les dades de laboratori sense base científica i hi ha un paradigma reduccionista d'etiologies o encreuament incorrecte de causa efecte.

- **Els aspectes culturals i les creences** limiten en moltes ocasions la cultura en la qual s'està immersa i les creences sobre la validesa de l'autoestima personal. Els límits que la societat patriarcal ha imposat al desenvolupament de les dones en considerar-les sempre inferiors o amb més dolences o més debilitats que els homes fan que l'abordatge de la salut per part de les dones pugui estar esbiaixat. Per això les intervencions necessàries per canviar aquesta situació han d'estar relacionades amb una millor informació, una millor investigació i divulgació d'aquesta investigació de manera veraç, així com per un increment de la participació de les dones en forma d'empoderament en el disseny de les investigacions, en les propostes i en la direcció de les formes d'organització sanitària.
- En l'aspecte **biològic** els riscos es deriven de la morbiditat diferencial i la mortalitat existent (1), i les intervencions per canviar aquesta situació se centraran d'una banda en la millora de l'exercici físic amb pautes diferents segons molts estudis que s'estan realitzant (per exemple s'ha descobert - Manson 2002 - que una pauta d'exercici vigorosa i continuada com pot ser un passeig diari, caminant de pressa i durant mitja hora pot ser molt més beneficiós que moltes hores de gimnàstica), equilibrar la nutrició i d'altra banda la prevenció del càncer ginecològic i el càncer de còlon que són els de més alta mortalitat, descartant per descomptat que l'evitar el tabaquisme com a causa primària del càncer de pulmó i el fer una promoció de la salut sense addiccions és una fórmula per treballar en la promoció de salut de les ciutadanes.
- En l'aspecte **psicològic** hem de tenir en compte que a la psicologia és on més prevalen els estereotips de gènere.
- Com es construeix la subjectivitat femenina?
És també un dels problemes de la internalització de gènere en els riscos de la salut mental de les dones. Aquest apartat està molt ben estudiat per Ma. Asunción Gonzalez de Chávez sobre les relacions mare-filla, que mostra com segons les experiències viscudes poden distorsionar o marcar de forma profunda les perspectives cap a la salut física i mental o cap al control i vivència de l'entorn, pel que la vulnerabilitat de la dona cap a la salut mental creiem que té en aquesta discriminació social una de les seves principals bases.
Per tant el treball que es pot realitzar serà per a la millora de l'autoestima, de la capacitat de decisió i de l'assertivitat.
- La promoció de la salut des del punt de vista **social** és un dels aspectes clarament diferencial entre el projecte basat en la morbiditat masculina de Lalonde i el que proposem com a model de promoció de Salut basat en la perspectiva de gènere



- Hem constatat al llarg de diversos estudis (Rohlf's et al. 97) que la contradicció entre les condicions de vida i treball, el fet de suportar una doble i de vegades triple jornada amb la responsabilitat de la cura de nens, ancians, malalts en les famílies i la manca de suport social per la retallada dels serveis de l'Estat del benestar amb manca d'escoles d'educació infantil, preescolar i per la manca de serveis a domicili per a les persones ancianes i malaltes, condiciona una gran sobrecàrrega de treball i demandes sobre les dones.
- Sense possibilitats de suport, sense temps lliure i amb una doble càrrega de treball, l'estrès físic i mental que han de suportar les dones és molt gran. No pot existir una bona promoció de la salut sense una millor organització de la societat i per això diem que l'estrès psicosocial que es genera per les condicions de vida i treball de les dones és un dels factors essencials per millorar la seva salut.

RISCOS	INTERVENCIIONS
CULTURA I CREENCES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informació ▪ Investigació ▪ Participació
BIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercici ▪ Nutrició ▪ Prevenció ▪ Indicadors
PSICOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoestima ▪ Decisió ▪ Assertivitat
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lleis ▪ Recursos Socials ▪ Capital Social ▪ Coordinació sociosanitària
MEDIAMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política mediambiental ▪ Política: Interacció ▪ Informació ciutadana



D'altra banda l'organització sanitària i el sistema sanitari que en principi haurien de ser un factor de promoció de la salut, es converteixen de vegades en un sistema negatiu perquè medicalitzen molts dels processos fisiològics com són l'embaràs, el part i la menopausa, i en canvi no atenen correctament els problemes que sí que es desprenen d'una morbiditat diferencial perquè no han estat estudiats des d'aquesta perspectiva. Molta de la morbiditat que es presenta habitualment en les dones (malalties autoimmunes, anèmies, ferropènies, dèficits de calci) no és tractada correctament pel sistema sanitari, que no ha format els seus professionals en l'existència de diferències en d'emmalaltir, en l'evolució de les malalties, en els diagnòstics i en l'evolució dels tractaments.

Per tant proposem una sèrie d'intervencions en aquest camp com serien la millora de les lleis, recursos socials, l'estimulació del capital social, la coordinació sociosanitària, etc.

- Un últim aspecte de la promoció de la salut seria **l'àmbit mediambiental**. Existeixen evidències cada vegada més freqüents entre els riscos que poden provocar les substàncies químiques que actuen com disruptors endocrins o les mateixes dioxines que s'introdueixen en el cos humà a través de l'aire, l'aigua, i els aliments. Moltes d'aquestes substàncies que s'apliquen habitualment fins i tot en els centres de treball com forma de combatre plagues, actuen en el cos de les dones d'una forma més intensa degut al fet que la majoria d'aquestes substàncies químiques són liposolubles i per tant es mantenen més temps a les cèl·lules grasses, que en la dona constitueixen d'un 20 a un 25% de les cèl·lules del seu cos enfront de la meitat en el sexe masculí. En aquestes situacions es produeixen alteracions en el sistema nerviós central, en la menstruació, en el sistema respiratori i també en l'exacerbació de producció de tumors a les mames. També existeixen creixents evidències de la correlació d'aquestes substàncies amb l'increment del càncer de mama a les societats industrialitzades.

Per tant caldria posar en pràctica una política mediambiental que tingui en compte aquestes interaccions, que tingui en compte la informació necessària a la ciutadania i que practiqui uns controls en sèrie tant de la qualitat de l'aire, com de l'aigua i els aliments en relació amb aquests disruptors. Així mateix és necessari controlar l'afectació de la població quan hi ha hagut abocaments tòxics als rius o s'han produït altres circumstàncies anòmales. No solament cal contenir els abocaments sinó que cal controlar si aquests abocaments tenen conseqüències en la salut de la població. Per tant la promoció de la salut des d'una perspectiva de gènere no pot obviar aquesta correlació mediambiental. És evident que en el camp de les intoxicacions mediambientals, però també individuals, el tabaquisme i altres tipus d'addiccions també constitueixen una forma d'introduir al cos tòxics que poden provocar càncer, sobretot càncer de pulmó o en el cas de l'alcohol, el càncer de mama.



La lluita contra les addiccions és també un camp en el qual hem de treballar per a la promoció de la salut de la població, però aquest aspecte és igualitari per als dos sexes.

A MANERA DE CONCLUSIÓ

La promoció de la salut des d'una perspectiva de gènere conté tres variables més que no havien estat contemplades en el projecte Lalonde: l'aspecte social, el psicològic i el de creences culturals. Els objectius de salut pública ja han estat revisats pels mateixos especialistes en la matèria com J. McCormick, que planteja que "els objectius de salut i en particular les preocupacions per evitar riscos per a la salut de la població disminueixen la llibertat personal i ho valoren com una nova forma creixent de feixisme en la salut".

F. Peter suggereix que hi ha un tercer model enfront dels models positivistes que es refereixen només a una promoció idealista i en sentit positiu del benestar i el model denominat biomèdic que es refereix sobretot a evitar malalties. Aquests dos models no estan implicats amb l'equitat i suggereix un tercer model que defineix la salut com llibertat. Recull elements del model positivista i del model biomèdic però els afegeix una dimensió nova que és la nostra capacitat per decidir el nostre benestar. En aquest sentit es relaciona bé amb la definició de salut de Jordi Gol Gorina en el Primer Congrés Català de Metges i Biòlegs en el qual va proposar la definició de salut com "una autonomia personal, solidària i joiosa", en el mateix sentit en el qual he parlat de promoció de salut com una salut per gaudir (Valls C 96).

Promoure salut no és establir un conjunt de normes coercitives que disminueixin la llibertat sinó donar una sèrie de recursos perquè els éssers humans, actuant amb una major llibertat, puguin decidir el seu futur a cada moment i puguin decidir el grau d'implicació biològic, psicològic i social que tenen amb el seu entorn, la seva pròpia vida i el seu propi cos.

La promoció de la salut i la prevenció de malalties en les dones inclou la incorporació d'activitats d'acompanyament, tècniques de pedagogia feminista, activitats en grup i formació de xarxes basades en els recolzaments naturals. Per a això es necessiten intervencions diferenciades com hem assenyalat en el quadre i també tècniques i fórmules diferents, com assenyala D.I. Hurdle. La promoció de la salut en dones és un àrea subdesenvolupada dintre de la pràctica social, amb un gran potencial per incrementar la salut de la població.



LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD:

La reflexión desde el CAPS

Esperanza Aguilá. Enfermera. Responsable de Promoción de la Salud. CAPS

LAS RELACIONES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

La preocupación por definir lo que son las mujeres y los hombres y en qué consisten (o deben consistir) las relaciones entre ellos, es una constante en filósofas y filósofos de todas las épocas; es pues tan antigua como la cultura occidental.

Prudence Allen¹ distingue, en esta larga historia, tres maneras de definir a la mujer en relación al hombre:

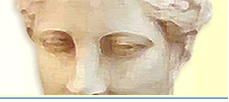
- a) la teoría de la unidad de los sexos
- b) la de la polaridad entre los sexos, y
- c) la de la complementariedad entre los sexos.

La primera teoría sostiene que las mujeres y los hombres son iguales sin que existan entre ellos diferencias significativas; la segunda sostiene que mujeres y hombres son significativamente diferentes y que los hombres son superiores a las mujeres; y la tercera que mujeres y hombres son significativamente diferentes en algunos aspectos y que son iguales en otros.

El gran defensor de la segunda teoría, la de la polaridad entre los sexos, fue Aristóteles. Esta teoría, claramente hostil a las mujeres, se instauró en Europa a partir del S. XIII, cuando las obras de este autor se convirtieron en textos de lectura obligatoria en la Universidad de París. El poder académico la impuso sobre la teoría de la complementariedad entre los sexos que había estado defendida, entre otros autores y autoras, por dos grandes pensadoras y escritoras del siglo XII, las abadesas Hildegarda de Bingen y Heralda de Hohenbourg.

En la segunda mitad del siglo pasado (s. XX) se introduce el concepto de género, como consecuencia de la presión de los movimientos feministas y progresistas, para replantear las relaciones entre las mujeres y los hombres desde los principios de justicia y de igualdad de oportunidades. En estos momentos muchos autores y autoras definen el sexo como una categoría biológica y el género como una categoría social, una atribución cultural que incluye unos sistemas de valores, roles sociales y comportamientos adecuados a cada sexo, diferentes en cada cultura y en evolución continua a lo largo de la historia.

¹ Prudence Allen, *The Concept of Women. The Aristotelian Revolution, 750 BC-AD 1250*, Montreal i Londres, Eden Press, 1985. *Nombrar el mundo en femenino*. M. Milagros Rivera Garetas. Ed. Icaria.



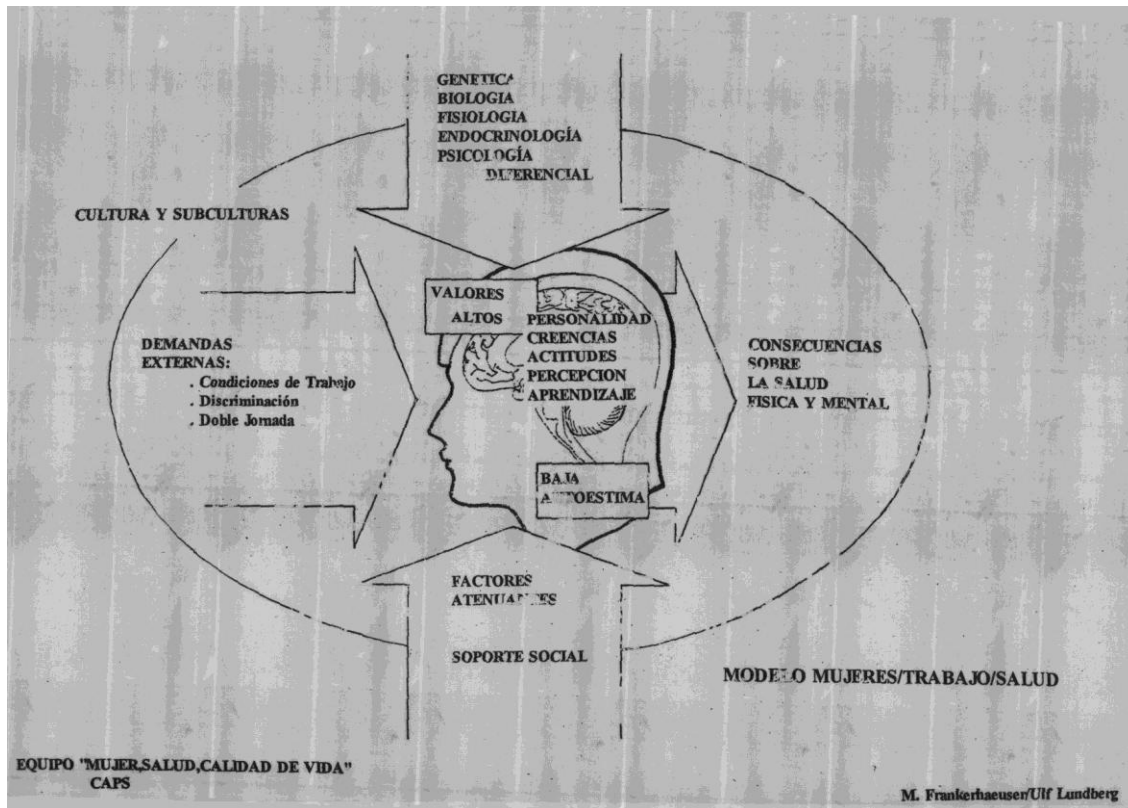
OBSERVAR LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género en la salud nos permite visualizar hasta qué punto los diferentes roles, atribuidos a mujeres y a hombres y a las relaciones desiguales de poder, se vinculan socialmente a sus comportamientos relacionados con la salud.

Por otro lado nos lleva a cuestionar la ciencia médica androcéntrica, basada en un modelo masculino, y a investigar sobre las diferencias biológicas más allá de las puramente reproductivas.

En este sentido Jerelynn Prior, endocrinóloga americana, el año 1996, dio un paso adelante al hacer un planteamiento clave para entender la salud de las mujeres. Propone un recorrido y un análisis por las tres perspectivas que se habían hecho hasta el momento, sobre el abordaje de la salud de las mujeres, para finalmente proponer una cuarta en la que aporta un enfoque integrador de todos los factores bio-psico-sociales que intervienen en la salud:

1. **LAS MUJERES SON IGUALES QUE LOS HOMBRES.** Este enfoque se desprende de las ideas feministas de la igualdad. Pero, al no tener en cuenta las diferencias biológicas reales de las mujeres, ni los condicionamientos culturales, provoca en ellas un distanciamiento emocional de sus propios cuerpos que les impide apropiarse de él y valorarlo, proporciona una base pobre para la autoestima y, finalmente, conduce a la sobre utilización de los servicios sanitarios al hacer que vivan todo lo diferente como anormal.
2. **LAS MUJERES SON DIFERENTES BIOLÓGICAMENTE A LOS HOMBRES.** Este es el enfoque de la medicina oficial que, además, considera estas diferencias como discapacidades, concepción que le permite medicalizar los procesos naturales de las mujeres. No tiene en cuenta la cultura, ni como condicionante de la salud, ni como substrato de su interpretación.
3. **LAS MUJERES SON VÍCTIMAS DE LA CULTURA.** Este punto de vista analiza muy crítica y acertadamente toda la construcción cultural que hay en torno a temas como la menstruación, la menopausia, la anorexia, etc., pero, al dejar de lado los componentes biológicos no permite profundizar más en el estudio de las interrelaciones de ambos planos.
4. **LA SALUD DE LAS MUJERES DEPENDE TANTO DE LA BIOLOGÍA COMO DE LA PSICOLOGÍA PROPIA, DENTRO DE UNA CULTURA Y UNA SOCIEDAD DETERMINADAS.** Este enfoque integra todos los aspectos que confluyen en una persona, y pone de manifiesto la necesidad de estudiar en profundidad y objetivamente la biología de la mujer, la cual cosa, aunque parezca mentira, dice Prior, es una asignatura pendiente.



Marian Frankenhaeuser, 1991

LOS FACTORES BIO-PSICO-SOCIALES DE LA SALUD DESVELADOS POR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La visión de la sociedad patriarcal

El Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida de CAPS ha iniciado recientemente un proceso de reflexión sobre la promoción de la salud con perspectiva de género.

Este análisis nos ha llevado, en primer lugar, a definir la visión de la sociedad patriarcal sobre las mujeres y su salud:

- **LAS MUJERES SON INVISIBLES.** Sus diferencias son invisibles y dan lugar a dos procesos:
 - La Naturalización: se consideran normales algunas situaciones de desigualdad en salud, debidas tanto a las diferencias biológicas como a los factores socio culturales. Por ejemplo, las anemias y las ferropenias en mujeres jóvenes son consideradas normales sin tener en cuenta los síntomas. Por otro lado, se acepta el papel de la mujer como cuidadora sin valorar la influencia de la doble o triple presencia en su salud; o se medica con ansiolíticos o antidepresivos a cualquier mujer que exprese fatiga o desánimo, sin mirarle el hierro y sin tener en cuenta el peso de las cargas que tiene porque “las mujeres son más depresivas”.



- La Fragmentación: Las mujeres y los hombres son vistos por la ciencia médica como un campo a explorar, donde las diferentes partes del todo acaban siendo más importantes que el todo mismo, es decir las personas. Para las mujeres, ya lo hemos dicho antes, la situación es más grave porque generalmente el único hecho diferencial aceptado es su aparato reproductivo.
- LAS MUJERES SON INFERIORES. Sus diferencias se ven como factores de discapacidad, sobre todo las vinculadas al hecho reproductivo, que así se convierten en un campo a intervenir y a medicalizar, sin tener en cuenta la discriminación a que están sometidas las mujeres. Los problemas biológicos y sociales de las mujeres son interiorizadas, invisibilizadas o tratadas con un reduccionismo que no analiza las causas reales.
- LAS MUJERES ESTÁN CONTROLADAS Y NO TIENEN CAPACIDAD DE DECISIÓN. La salud ha estado en las manos de las mujeres a lo largo de la historia hasta la llegada de la ciencia tal como hoy la conocemos. En el siglo XIX la ciencia se apropió de la autoridad y de los cuerpos de las mujeres y de los hombres y de su cuidado. Se parte del modelo masculino, con la premisa (aún vigente), de que lo que es bueno para los hombres también lo es para las mujeres, como ha sucedido, por ejemplo, en la mayoría de los estudios de investigación médica que no tenían mujeres en las cohortes investigadas. Este planteamiento además de alejar a las mujeres de sus cuerpos y del protagonismo de su salud, ha dado paso a otro proceso:
 - La Objectivación: la sociedad patriarcal y la ciencia androcéntrica convierten los cuerpos de las mujeres en objetos para el consumo, convirtiéndose en objeto diana para las industrias, también las farmacéuticas.

EL CAMBIO POSIBLE

El fruto de la reflexión del equipo del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida de CAPS, mencionada en el apartado anterior, y muchos años de trabajo, nos han permitido desarrollar esta amplia propuesta presentada a continuación esquemáticamente. El objetivo de la misma es dar una respuesta a la visión androcéntrica de la salud de las mujeres que nos permita poner en marcha las acciones impulsoras de un cambio posible.

HACER VISIBLES A LAS MUJERES Y A SUS SABIDURÍAS.

- Dar información sobre las diferencias:
 - En el desarrollo genético/embrionario
 - En la anatomía
 - En la fisiología/genética
 - En el sistema endocrino
 - En la psicología



- En los aspectos bio-psico-sociales.
- Valorar las sabidurías de las mujeres:
 - Dar valor a la salud. La sabiduría ancestral en el cuidado de los otros y la transmisión de madres a hijas
 - Dar valor a la cultura y las subculturas femeninas:
 - Más habilidades para resolver lo cotidiano: *conseguir más con menos recursos, más vale maña que fuerza (desde que hay mujeres carteras, se hace el reparto del correo con carrito...)*.
 - Más habilidades emocionales, la práctica de la empatía (cuerpo calloso más grande).
 - La conexión con otras mujeres para compartir experiencias vitales y su impacto en la salud: reducción del estrés, concesión de autoridad a las otras y aumento de la autoestima y la reducción del sentimiento de soledad...
 - La experiencia milenaria en el cuidado: de los niños, del hogar, de los enfermos y del trabajo remunerado (hacer varias cosas a la vez); más habilidades para la mediación de los conflictos, en la escucha.
- Analizar las experiencias:
 - Sobre los síntomas: diferente información.
 - Dificultades entre mujeres / hombres, relación médicas / médicos / pacientes.
 - Auto conocimiento.

VALORAR SUS PROBLEMAS EN SALUD, NO COMO DISCAPACIDADES, SINO COMO CONSECUENCIA DE LA DISCRIMINACIÓN.

- Valorar los efectos de la Inferiorización o la Invisibilización en sus problemas biológicos o sociales.
- Reduccionismo de las diferencias/problemas sin analizar las causas reales:
 - La no escucha psicosomática
 - Anemias y ferropenias
 - TSH no valoradas
 - Rol de cuidadoras. Corresponsabilidad
 - Mobbing/Acoso Sexual
 - Ansiedad/Depresión
 - Dolor



- Desigualdades en salud debidas a la discriminación:
 - Por el territorio
 - Por el género
 - Por la clase social
 - Por las ciencias invisibles
 - Por la inmigración

DAR PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

- Participación
- Deconstrucción de la publicidad
- Contrarrestar la organización androcéntrica
- No centrar el análisis sexo/género en las mujeres blancas.

ESTRATEGIAS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

CONTRAPODER

- Resignación.
- Sumisión.
- Indefensión aprendida.
- Algunas mujeres no confían en otras mujeres.
- Valoración/imitación del modelo masculino.
- La ciencia androcéntrica hace que las mujeres no sepan lo que les pasa.
- Imaginación colectiva falocéntrica:
 - Dinero
 - Exclusión
 - Dominación (mandar)
 - Nacionalismo
 - Femenidad icónica
 - Violencia del sistema

PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

- Presencia de mujeres en...
- Dar confianza y solidaridad entre mujeres.
- Dar la palabra.
- Visibilizar.
- Dar autoridad.
- Gobernar.
- Redistribución de los recursos socio sanitarios.
- Dar espacio a la voz de las mujeres en la organización sanitaria: los consejos de salud.



EL RENACIMIENTO POR NOSOTRAS MISMAS

Carme Valls Llobet

“Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad – significado que resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tienden a hundirse en significados. En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia, la debilidad). La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora) se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva... Se proyecta sobre la enfermedad lo que uno piensa sobre el mal. Y se proyecta a su vez la enfermedad (así enriquecida en su significado) sobre el mundo” Susan Sontag.

“Al no haber podido morir, sentía que tenía que nacer por sí misma” María Zambrano.

Cuando se habla de enfermedades y de carencias, puede ser peor el significado que demos a los diagnósticos que los mismos diagnósticos en sí mismos. Por ejemplo cuando algunas mujeres reciben el diagnóstico de fibromialgia, el dolor se hace más insoportable precisamente porque les han dicho que tenían una enfermedad incurable, que no tenía causa y que no tenía tratamiento. La enfermedad se ha vuelto metáfora y se ha convertido su diagnóstico en una nueva agresión.

A lo largo de este libro hemos visto como existen muchas amenazas sociales a la salud de las mujeres, su eterno papel de cuidadoras de padres, hijos y enfermos; el vivir pendiente de la mirada del otro; el dogal del mito de la belleza como ideal; y el sufrir constantemente la amenaza del edadismo, la opresión de parecer jóvenes.

El sistema sanitario tal como está organizado contribuye al alejamiento del cuerpo y a su fragmentación, separando el cuerpo de la mente y dando jerarquía a la mente como si pudiera dirigir al cuerpo por encima; rompiendo el valor de las experiencias personales y de las otras mujeres, incluso negando síntomas y medicalizando cualquier proceso fisiológico y en cambio negándose a atender la morbilidad diferencial y específica.

¿Empoderar a cada ser humano, empoderar a las mujeres puede mejorar las desigualdades en salud? En muchos estudios de salud pública se atribuye a las clases sociales más bajas, y a los defectos en educación en las mujeres y el paro en los hombres, como las causas a combatir para mejorar las condiciones de salud. Pero Wilkinson en 1992, ha demostrado que en la salud pueden influir más que la misma clase social, el estrés físico y mental, la baja autoestima y la pérdida de las relaciones sociales.

Pueden superarse estos tres elementos negativos en la vida de las mujeres. ¿De dónde puede venir este empoderamiento, perdido a lo largo de cientos de años? ¿Se puede plantear una mujer el combate individual y colectivo contra los síntomas que le han impedido vivir con plenitud de energía, que no le dejan ni plantearse la posibilidad de una salud para disfrutar? Puede desear eliminar el cansancio, el dolor,



la pérdida de memoria y la capacidad de concentración, los déficits de la vista y el oído, o las carencias subclínicas.

Para contestarme a esta pregunta me ha ayudado la vida y las palabras de María Zambrano. Durante su juventud tuvo una grave enfermedad, antes de los veinte años, que la obligó a recluirse y dejar todas sus actividades y el estudio de la filosofía. Cuando se recuperó una de sus primeras reflexiones se resumen en la siguiente frase: *“Al no haber podido morir, sentía que tenía que nacer por sí misma”*. A partir de este momento se reencontró con su idea primigenia de unir la filosofía y la poesía y elaboró una obra personal, que no se vio truncada a pesar de que la tuvo que desarrollar en el exilio de París y Méjico, al tener que huir después de la derrota de la República. Fue un ejemplo de renacimiento personal a pesar de unas muy malas condiciones de su entorno, y nos plantea el reto que cada ser humano, debe afrontar para seguir su propio camino.

Condiciones para nacer por una misma

En el libro de Clarissa Pinkola, “Mujeres que corren con los lobos”, reúne en un momento del libro, que intenta recuperar una supuesta libertad ancestral del cuerpo, una especie de reglamento general lobuno para la vida:

1. Comer.
2. Descansar.
3. Vagabundear en los períodos intermedios.
4. Ser fiel.
5. Amar a los hijos.
6. Meditar a la luz de la luna.
7. Aguzar el oído.
8. Cuidar de los huesos.
9. Hacer el amor.
10. Aullar a menudo.

A las mujeres que todavía siguen luchando, les podría ser muy útil empezar por el número diez.

Sin ánimo de frivolar es necesario aprender a expresarse y aprender a gritar cuando sea necesario pero en primer lugar aprender a recuperar el Deseo y los deseos. Iniciar la reconciliación con el propio cuerpo, el cuerpo indispensable para María Zambrano, el cuerpo y mente inseparables, que tendremos que volver a sentir unido. Revitalizar el cuerpo y transformarlo, es una tarea para iniciar el renacimiento de cada persona, ya que para sobrevivir, o sólo para ir tirando podemos vivir con carencias o patología subclínica, pero para disfrutar debemos combatirla, tratarla y superarla. No como enfermedades que nos agobian sino como limitaciones que nos impiden conseguir la plenitud de salud y vitalidad.



Las dificultades para el renacimiento por nosotras mismas, están basadas en primer lugar en la falta de costumbre en expresar deseos e intereses propios que tienen la mayoría de las mujeres. Ni cuarto propio, ni hora propia, con grandes dosis de resignación, sumisión e indefensión aprendida, debe luchar en contra de la ausencia de derechos reconocidos en la realidad. La sociedad hecha a la medida de los hombres, desea la presencia de las mujeres pero no su libertad. Recuperar la capacidad de decisión personal, el ejercicio de sus derechos es el primer paso hacia el reencuentro personal.

Las condiciones para el renacimiento por nosotras mismas son: RECUPERAR EL DESEO, EJERCER LA PROPIA VOLUNTAD Y HACERLO CON LIBERTAD.

En todas las edades es posible hacerlo y no hay límites para intentarlo, y en la etapa de las mujeres mayores de 50 años, donde tantas amenazas de decrepitud y de momento final se han oído, las palabras de Anna Freixas son un canto a la esperanza:

“es un momento de gran crecimiento interior y somos, por tanto capaces de poner más distancia emocional ante los hechos que nos ocurren. El relato de las mujeres está lleno de consideraciones al respecto. Tenemos un mayor dominio de nuestras emociones, somos capaces de minimizar y relativizar los problemas, sentimos mayor serenidad, equilibrio y fortaleza interior, menos impulsividad. En definitiva, esta tranquilidad nos permite sentirnos más a gusto con nosotras mismas. Todo ello nos permite reencontrarnos con nuestro antiguo buen humor, perdido en las interminables batallas cotidianas de nuestra vida de seres-para-los-otros.

Buen humor, mejor carácter, distancia emocional, es decir, afrontamos las situaciones desde una nueva posición, de diosas imperturbables, amables, pero libres. De repente, conectamos con nuestras emociones, con nuestra mente, con nuestra existencia y podemos reírnos, con una risa que se apoya en esta nueva capacidad para mostrarnos, para ponernos en el centro del mundo y disfrutar de nuestra vida, para vivirla individual, pero colectivamente... Instaladas en el gran escenario de la desdramatización pensamos que, después de todo, las ventajas son numerosas. Riámonos a coro: brillaremos más”.

La transgresión como base para la rebelión y para la salud corporal.

Una vez más la sabiduría del colectivo de mujeres de la Librería de Milán nos ilumina la forma de explorar juntas este proceso de renacimiento:

“El hecho de que aflore el sentido racional de la trasgresión sexual y se revele incluso a las que no poseen la fuerza personal necesaria para transgredir se explica si se considera que, gracias a aquella trasgresión, la pasión de la diferencia sexual- el ciego sometimiento a la propia diferencia del que ninguna mujer puede escapar completamente- se transforma en saber: autoconocimiento y competencia sobre la realidad, para juzgarla y para cambiarla.



Llamamos política de la mujer al proyecto de cambiar la realidad dada incidiendo sobre esta posibilidad que toda mujer, todo ser humano, posee de transformar en saber sobre la realidad lo que esta realidad le hace sufrir. A quien viene al mundo con un cuerpo femenino, la realidad natural y social le hace sufrir su diferencia sexual transformarla en saber acerca de la naturaleza y de la sociedad y sus relaciones es su posibilidad humana y su “algo más social”.

Ellas nos alientan a que cada mujer busque la Genealogía de la propia vitalidad, aquellas mujeres o aquellos colectivos que le han servido y le sirven de imagen para aferrarse a la vida a pesar de las dificultades, no como las Santas o vírgenes que nos daban como modelos a imitar en nuestra infancia, sino como ejemplos vivientes y vividos de mujeres que se enfrentaron a dificultades y las superaron. Desde Hipatia, Sor Inés de la Cruz, Federica Montseny, Margerita Yourcenar, a Rossi Braidotti, a nuestras propias abuelas. Cada una ha de construir la propia genealogía que le ayude a vivir.

AUTOCONOCIMIENTO

Cada mujer debe iniciar también el propio proceso de autoconocimiento y debería aprender a saber cada vez más de ella misma de su cuerpo y de su mente, y del saber de otras mujeres. El saber oculto de las mujeres, que ha visto mucho pero que quizás no ha podido expresarlo.

Es necesario aprender junto con las “expertas” que como Anna freixas, han dado un paso adelante para vencer los miedos, y para desvelar fantasmas: *“Las explicaciones de la clase médica acerca de los cambios corporales en la mediana edad no suelen ser congruentes con el relato y la vivencia de las propias mujeres y, sobre todo, no ofrecen explicaciones y estrategias que socaven los miedos con que nos acercamos a la edad mayor. No se nos suelen ofrecer informaciones que sean útiles, que respondan a nuestras preguntas acerca de nuestra piel, de los sofocos, de esa molesta e incomprensible tendencia a engordar, sobre la memoria voladora y caprichosa que tanto tiempo nos hace perder, sobre qué pasa con nuestro esqueleto dolorido. No se nos invita a entrar dentro de nosotras mismas para ordenar un poco los muebles del pasado y disponer un presente en condiciones, a asumir la responsabilidad de nuestro propio bienestar, no sólo físico, sino también mental y espiritual”.*

Las redes de asociaciones de mujeres y de profesionales sanitarias pueden ayudar a desvelar los mecanismos de opresión que tenemos dentro de nuestras mentes y que nos han limitado. Por ejemplo Silvia Tubert nos aclara: *“Mitchell a partir de la lectura lacaniana de la obra de Freud formuló una interpretación del inconsciente como el espacio en el cual la sociedad patriarcal reprime la feminidad. Esta perspectiva permitió a las feministas comprender hasta qué punto los mecanismos de opresión y subordinación pueden ser internalizados y reproducidos subjetivamente por las mujeres”.*



AUTORIZACION SIMBÓLICA DE OTRA MUJER

A modo de alternativa hay que encontrar autoridad en la genealogía y estudiar a fondo la historia de las mujeres y también la más próxima.

Mary Nash y Susana Tavera me han ayudado a comprender en su libro *Experiencias desiguales* que diferenciaba a las feministas anglosajonas de las españolas a principio del siglo XX: *“Gracias a las pioneras del Diecinueve, pudo potenciarse en las primeras décadas del XX un relativo arraigo del feminismo. En conjunto el feminismo español fue de índole social y se centró más en la reivindicación del derecho al trabajo, a la educación y a una condición social digna, que en luchas políticas sufragistas. ...las feministas españolas se centraron en demandas sociales y no políticas; ignoraron enfoques sufragistas basados en la igualdad política; prefirieron aquellas reivindicaciones que buscaban el reconocimiento de sus roles sociales de género (maternidad y cuidado de familia); e insistieron en el conjunto de sus derechos civiles. En España, fue el discurso de la diferencia de género el que, en gran medida, legitimó la lucha por la emancipación de las mujeres.”*

El Pensil de Iberia, María José Zapata, Margarita Pérez de Celis, gaditanas fourieristas. En Cataluña a finales del XIX Ángeles López Ayala, feminismo anticlerical.

Concepción Arenal, penalista (1820-1893) y Emilia Pardo Bazán escritora propusieron como alternativas el acceso a educación, trabajo remunerado y vida propia e independiente, sin que en su caso el sufragismo fuese una prioridad. La lucha por el voto o la lucha por unas mejores condiciones educativas y mejor igualdad de oportunidades.

ESTAR EN EL ORIGEN DE LA PROPIA LIBERTAD

Algunas mujeres alegan que en realidad lo que nos ha liberado, son los anticonceptivos, los electrodomésticos, o la botella de leche pasteurizada, pero en estos inventos, o avances tecnológicos no estuvimos en origen, ni casi tan solo los deseamos: *“Lo que está en entredicho no es tanto la precariedad del don, aunque es una circunstancia que tampoco hay que olvidar, sino sobre todo su origen. Es preciso estar en el origen de la propia libertad para poseerla de forma segura, lo cual no implica la garantía de gozar de ella, sino la seguridad de que se sabrá reproducirla incluso en las condiciones menos favorables. Sexualizar el conjunto de las relaciones sociales hasta su fundamento tiene como finalidad trasladar a las mujeres hasta el origen de su libertad, anterior a esas hojas de papel llamadas leyes o constituciones, anterior al modo como se organiza la producción material o la investigación científica- que ahora me dan una botella, luego una píldora, después quién sabe qué-, anterior a las convenciones sociales que ordenan a los hombres el respeto al otro sexo. Anterior, en suma, al plano en el cual recibe su primera interpretación la diferencia sexual”*. Es necesario continuar buscando las raíces aunque nos comamos el fruto.

Para poder disfrutar y entender hemos de estar en el origen de la creación de las condiciones de la propia libertad. Colaborar en el origen de la ciencia que nos hace



libres, para que esta ciencia no se convierta en una forma más de coerción. De esta forma las mujeres podrían desarrollar propuestas creativas y no impuestas.

Explorar la diferencia sexual, no quiere decir volver a la dominación. Luchar por la igualdad a veces ha cedido al deseo masculino de que nos equiparemos a ello. Iguales en derechos pero diferentes. El género ha intentado ocultar la diferencia así lo hace patente Mercedes Bengoechea en el penúltimo capítulo del libro “del sexo al género”: *“Género, fue una noción propuesta por el feminismo que respondía a la diferencia con división jerarquizada y poder. Conceptualmente no ha dado pie a la posibilidad de distinguir entre ambos conceptos (diferencia/dominación) cuando, de hecho, la diferencia no lleva necesariamente a la división jerarquizada. No todas las diferencias que la investigación ha encontrado responden a la dominación. Ni siquiera a la mera resistencia a la dominación. Esa hebra debe también rescatarse y seguirse, estudiar a dónde nos lleva. Pero eso implicaría desentramar desde el feminismo la conceptualización de género. Para desentramar la maraña se podrían seguir sendas abiertas por diversos feminismos”*.

COMPETENCIA

Para renacer por nosotras mismas hemos de reconstruir la propia subjetividad que ya no nos vendrá dada por las opiniones o las actitudes de nuestro entorno personal. El encuentro con el deseo y el placer propios puede ser para muchas una novedad, pero es buen camino para renacer. Debemos explorar el fin de la obligación y el inicio de la pasión.

Para ello debemos explorar la propia sexualidad escondida bajo siete velos, y como dice Teresa de Lauretis, desarrollar una exploración colectiva de las variadas y múltiples diferencias que existen entre las mismas mujeres y que la misma sociedad patriarcal ha querido esconder bajo el término homogeneizador de Mujer: *“A quienes interese articular un proyecto común de política de las mujeres a través de nuestras variadas y múltiples diferencias, propongo entonces volver a pensar la subjetividad en una dimensión material en sentido amplio, donde la sexualidad es el nudo central, el lugar donde los corpóreo, lo psíquico y lo social se entrecruzan para constituir la subjetividad y los límites del yo... Propongo volver a pensar la subjetividad femenina teniendo en cuenta qué prácticas comporta y qué necesidades sostiene el deseo cuando obra desde un cuerpo de mujer... Porque es cierto que para cada mujer, cada subjetividad femenina, la sexualidad es el lugar donde el sujeto (re)elabora la imagen de sí y del cuerpo erótico en el encuentro con el otro o con la otra, (re)elabora su propio saber corpóreo y su propio conocimiento, los modos de relacionarse y de obrar en el mundo. Es decir, que la sexualidad es el “lugar común” de toda subjetividad, aunque sea el lugar que a menudo no aparece señalado en las topografías de los lugares y de los medios de la política de las mujeres. Las razones de esta omisión son ciertamente muchas, algunas de ellas han sido ya sugeridas: la dificultad de vivir contradicciones y desgarraduras entre voluntad y afectividad, la resistencia a medirse con las limitaciones del propio cuerpo; la conciencia del riesgo que la sexualidad siempre comporta para quien es definida como mujer en un contexto social regido por la institución heterosexual; el chantaje de la*



desvalorización social que lo femenino, identificado con el ámbito angosto de lo corpóreo, sufre respecto al espacio ilimitado del espíritu y del pensamiento atribuido a lo masculino; la necesidad, vital además de política, de pertenencia de género y de reconocimiento por las otras mujeres”.

Pero al mismo tiempo y con la vitalidad recuperada, el renacimiento por nosotras mismas, debe desarrollar la exploración de la propia sensualidad, teniendo en cuenta que el estímulo de los sentidos da vida a las propias neuronas. Las redes de mujeres sensuales y sensitivas que se reúnen para formar grupos de ayuda mutua, para desarrollar la propia salud, que disfrutan mientras estudian, planifican y proponen nuevas estrategias, pueden ser un buen recurso para renacer por nosotras mismas colectivamente, aunque los cambios en la mentalidad y en la organización de la sociedad sean todavía muy lentos.

Recuperar el Deseo, por propia voluntad y en libertad, nos permitirá iniciar un camino hacia la vida y la salud para disfrutar.