La participación de la mujer en la revaloración de la salud familiar y colectiva

Graciela Arroyo

En todas las sociedades se aprecian comportamientos que establecen diferencias entre hombres y mujeres. Diferencias que son muy importantes en la vida cotidiana de los seres humanos y que son en parte consecuencia de las variaciones biológicas fundamentales entre los sexos; sin embargo, lo cultural es lo determinante a la hora de producir los matices de comportamiento creadas por esta dicotomía sexual.

Las mujeres, a diferencia de los hombres y debido a la relación que de por vida mantienen con su descendencia, son identificadas más estrechamente con la producción y el cuidado de los niños. Sin embargo, estos roles muestran una evidente tradición social que ha otorgado a la mujer un papel subordinado a los hombres. Pero hay que reconocer desde otra perspectiva que la mujer, esté o no reconocida en su valor, ejerce una importantes influencia sobre la vida social del grupo al que pertenece.

En la mayoría de las sociedades la mujer pasa buena parte de su vida adulta pariendo y cuidando a sus hijos. Se le atribuye por tanto la obligación de socializar a los niños, transmitiéndoles las pautas de conducta sociales propias de su comunidad para que al crecer se integren como individuos plenos y productivos, enseñándoles también los conocimientos sobre los binomios bien-mal, vida-muerte.

En esta perspectiva, y no obstante la importancia de este papel educador en el seno de la familia, en la dinámica social son evidentes las desigualdades entre hombres y mujeres, en el acceso a la educación, en su incorporación a un trabajo remunerado, en su protagonismo en el desarrollo de la ciencia y la tecnología y en su independencia emocional y económica.

En la actualidad se ha hecho sentir una imperiosa necesidad de volver a examinar los papeles de las mujeres en cada sociedad, con el fin de entender las repercusiones de los comportamientos que dejan en desventaja a la mujer, para buscar alternativas de revaloración femenina que contribuyan a la adaptación de ambos sexos a nuevas formas de vida.

Es decir, se tiende a valorar las condiciones de género para encontrar estrategias de desarrollo para el crecimiento económico de las sociedades. En este sentido. y con la certeza de que la educación y la salud son causa y consecuencia del grado de avance socioeconómico de una sociedad, a nivel mundial se estudian formas de participación de la mujer para apoyar firmemente a los sistemas educativos y de atención a la salud, toda vez que ambos aspectos son adjudicados a la madre desde el momento en que nacen sus hijos. Por otro lado, esto ha hecho necesaria la promoción de un cambio en las relaciones de desigualdad que viene soportando la mujer frente al hombre, en la organización e integración familiar y en su posición educativa, social y económica.

En el documento de las Naciones Unidas "Mujer. salud y desarrollo" se establece que la mujer contribuye al desarrollo en dos formas:

- Garantizando el proceso reproductivo, así como la vida y salud de los niños con los cuidados y la crianza materna.
- En su papel de gestora comunal, en la realización de actividades para la salud y en el desarrollo de programas y servicios de atención a la comunidad.

De entrada, esta contribución de la mujer implica la gran necesidad de mejorar las prestaciones y por ende las condiciones de salud de la mujer y de reconocer la importante aportación que ha hecho a través de la historia como proveedora de salud.

En las sociedades, el medio familiar y en particular las madres asumen un papel fundamental en la interpretación y manejo de las enfermedades simples a través del uso de sustancias caseras o populares, de procedimientos mágico-religiosos, de prácticas laicas de atención, que incluyen el uso de medicamentos simples y de la herbolaria. Estas redes familiares tienen atributos de soporte psicológico y afectivo con efectos preventivos atenuantes o terapéuticos frente a la enfermedad y se constituyen en un factor decisivo en la referencia o derivación del caso al médico, al curandero o a otro recurso del sistema de salud.[1]

Las razones por las que el núcleo familiar y en especial la mujer dentro de él posee gran importancia en el cuidado de la salud en este "primer nivel de atención", son de diversos tipos, ya que se conjugan elementos del sistema de creencias tradicionales, la relación de la mujer con la responsabilidad de la estructura de los grupos domésticos, así como las formas de producción que determinan las labores masculinas y obligan al hombre a emigrar en determinadas épocas del año.

Estos y otros factores culturales definen que sea en el hogar y como tarea especial para la mujer realizar el primer diagnóstico y administrar los primeros tratamientos, que son el elemento que decide el curso de la enfermedad.[2]

Menéndez[3] considera que la atención doméstica que llama "modelo de atención basado en la automedicación" es parte de la estructura social de todas las comunidades humanas y en éste las acciones son llevadas a cabo por la persona o personas que están en relación inmediata con el enfermo, perteneciente a su grupo parental y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone efectuar de inicio acciones muy simples y conocidas, encaminadas hacia la cura, o bien en casos más complejos a recurrir al empleo de medicamentos o procedimientos que ya han sido utilizados en una experiencia anterior semejante.

Esta práctica no tiene una función pública, no es ofrecida como un servicio a potenciales usuarios ajenos al núcleo familiar o comunal inmediato, por ello no se espera retribución y en ella la mujer tiene y ha tenido a través de las épocas un importantísimo papel en el núcleo parental en su conjunto.

Esta actitud proteccionista de la mujer le ha obligado también en la mayoría de los casos a desatender su propia salud, lo que consecuentemente se deriva en un gran problema social, pues el peso emocional y económico de la enfermedad y muerte de una madre es significativo por la desintegración familiar y por el desequilibrio económico que ocasiona.

Para favorecer la salud de la mujer, así como su función como proveedora de atención, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron un Plan de Acción Quinquenal Regional para la Salud en la Familia y en la Comunidad que constituye un factor esencial para lograr la cobertura universal de salud.

En el Movimiento de Salud de las Américas este plan tiene como antecedente la conferencia de Alma-Ata, que en 1978 plantea como meta la salud para todos en el año 2000. En la compleja realidad de América Latina y El Caribe, cumplir esa meta exigió iniciar desde los años ochenta con un abordaje integral de la salud por parte de los gobiernos, organismos internacionales e instituciones públicas y privadas.

La atención primaria aparece entonces como una estrategia adecuada y deseable, pero de difícil cristalización. Por otra parte, la profundización y feminización de la pobreza, así como la violencia cotidiana de distinto origen, obliga a los sectores más desprotegidos de la población a buscar estrategias que les permitan sobrevivir y, en ese espacio, las mujeres de los sectores populares emergen con inéditas formas de liderazgo y actividad para asegurar la supervivencia de sus comunidades.

Los organismos no gubernamentales apoyan con las denominadas "monitoras de salud", "brigadas de salud", "promotoras de salud", "grupos de salud", entre otras. A través de estas organizaciones las mujeres tienen acceso a programas de educación y capacitación en salud con metodologías participativas que facilitan su propio desarrollo y crecimiento personal y al mismo tiempo van recuperando información y tradiciones culturales de sus pueblos originarios.

En la aparición de grupos de mujeres con propuestas alternativas acerca de la salud de la mujer destacan el "Taller de Salud" en Puerto Rico, que realizó programas de autoayuda con la participación de mujeres de sectores medios y populares, y la CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina) de México. Ambos constituyeron un proyecto pionero de servicios alternativos de salud en 1979.

♦♦♦

Género, mujer y salud

Los asuntos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo no se pueden abordar hoy en día de la misma forma que hace una década, ya que su contexto ha cambiado fundamentalmente por tres aspectos:

- El Decenio de las Naciones Unidas por la Mujer (1976-1985) concentró la atención en la mujer y la movilizó para abordar los principales asuntos de desarrollo de la era, incluida la salud. Esto la llevó a adquirir nuevos conocimientos que revelaron la necesidad de volver a conceptualizar el marco de la mujer en el desarrollo.
- Las consecuencias sociales y políticas de la actual crisis económica mundial han sido particularmente graves para la salud, el desarrollo y la vida de la mujer.
- Ha sido problemático el surgimiento de nuevas situaciones y desafíos en materia de salud que se deben afrontar de manera prioritaria, por ejemplo el sida, la mortalidad materno-infantil y la farmacodependencia, entre otras.

Paralelamente la modernización y la industrialización han tenido efectos adversos en las condiciones de vida familiar por:

- La reducción del gasto público en salud.
- La reducción de subsidios a alimentos básicos.
- El incremento en los costos por servicios que promueven el bienestar de la población.
- El traslado de algunas responsabilidades que asumía el sector salud a organismos voluntarios y la familia.

En todo este contexto, y como alternativas de solución, debe privilegiarse la adopción por los gobiernos de los países en desarrollo, las recomendaciones sobre economía y política sanitaria emitidas por el Banco Mundial entre las que destacan:

- La revisión de las funciones y responsabilidades del sector salud.
- La redistribución del gasto público en salud a fin de invertir más en fomentar la salud y prevenir las enfermedades con atención en grandes grupos de población.
- La promoción de la diversidad y la competencia de servicios, así como el fomento de un entorno que permita a las familias mejorar la salud.
- La inversión que deben hacer los gobiernos para la educación de las mujeres, en tanto educadoras y proveedoras de salud.

La participación familiar y la salud

Lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos incide en la salud mucho más que cualquier otra cosas que hagan los gobiernos. Sin embargo, lo que la gente puede hacer viene determinado en gran medida por sus ingresos y por su nivel de información, factores que no están totalmente bajo la decisión de las sociedades.

Debido a estas interrelaciones, las acciones de los gobiernos han priorizado la importancia de la participación familiar en la salud, en especial en los países pobres, donde debe buscarse que estas políticas permitan reducir la pobreza entre la población a través de regímenes alimentarios y condiciones de vida más saludables con indicadores de bienestar y una mejor atención de salud, pues ahí donde la gente escapa de la pobreza y del bajo nivel educativo el nivel de salud de niños y adultos mejora.

La educación de las madres y la salud

Como ya se ha dicho antes, en la mayoría de los hogares son fundamentalmente las mujeres quienes se ocupan de un amplia variedad de actividades que inciden en la salud. Realizan quehaceres domésticos, limpian la casa, imponen medidas higiénicas, alimentan y cuidan a las niñas y niños, atienden a los enfermos y comparten la información que sus antepasados les legaron para la cura de enfermedades.

En cada familia la salud de las propias mujeres y su eficiencia en el uso de los recursos curativos a su alcance tiene suma importancia para la salud de todos sus miembros, en particular de los niños y niñas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Bangladesh, se encontró que en el periodo de los dos años siguientes a la muerte de una madre, las tasas de mortalidad de los hijos, comparadas con las de los infantes que sí tenían a sus madres, era el doble de altas.

En este mismo aspecto, la educación mejora notablemente la capacidad de las mujeres para desempeñar su papel fundamental como artífices de familias saludables; acrecienta su habilidad para sacar provecho de la información sanitaria y para utilizar adecuadamente los servicios de salud, para aumentar su competencia en la mejora de los ingresos y para llevar vidas más equilibradas y por tanto más satisfactorias y sanas.

Los datos de 13 países entre 1975 y 1985 indican que un aumento del 10% en la tasa de alfabetización femenina redujo en 10% la mortalidad en la niñez. Según estudios demográficos y de salud realizados en 25 países

en desarrollo, uno a tres años de escolaridad de las madres son suficientes para reducir en casi 15% la mortalidad en la niñez, mientras que con un nivel similar de escolaridad del padre se logra sólo una reducción del 6%.

Las ventajas que la educación de la madre tiene para la salud de los hijos comienza incluso antes del nacimiento. En los países en desarrollo las mujeres con mayor nivel de instrucción se casan y forman una familia a mayor edad, lo cual disminuye los riesgos que los embarazos precoces representan para la salud de la madre y sus hijos. Las mujeres instruidas suelen también recurrir a la atención prenatal y la asistencia obstétrica institucional, lo que indudablemente reduce los riesgos perinatales.

Luego del nacimiento, los hijos de las madres con mayor nivel de escolaridad gozan de otras ventajas que resultan beneficiosas para la salud, tales como las prácticas de higiene que reducen los riesgos de infección, la alimentación adecuada y la aplicación de esquemas de inmunización y prevención, así como el uso sistemático de los servicios de atención a la salud para el control del niño sano.

Estas madres son también conscientes de responsabilizara todos los miembros de la familia de buscar y obtener información sobre cuestiones sanitarias para que todos los integrantes del núcleo familiar actúen de acuerdo a ellos.

Se tiene información que en países tan disímiles como Burundi, Colombia, Ghana, Marruecos y Nigeria las madres con educación primaria tenían un 30% más de probabilidad que las que no tenían escolaridad para tratar la diarrea infantil con terapia de rehidratación oral, cifra que se eleva hasta en 90% en el caso de las madres con educación secundaria y superior. Asimismo, las madres con un buen nivel de instrucción a menudo pueden reducir los prejuicios que la pobreza ocasiona en la salud. La educación de la mujer es una de las principales razones de los notables logros en materia de salud alcanzados en Costa Rica y China, entre otros países, a pesar de los ingresos relativamente bajos. Éste se debe a que la gente más instruida suele escoger lo que es mejor para su salud en lo referente a los hábitos personales y a la elección de su estilo de vida, por lo que se puede asegurar que existe una relación directa entre escolaridad y salud.

Las ventajas de la educación siguen demostrándose cuando aparecen nuevos riesgos para la salud. Por ejemplo, en los comienzos de la epidemia de sida, la infección se concentró en la clase social con mayor nivel de educación, pero esos mismos grupos fueron los primeros en modificar su comportamiento en la medida que tenían información acerca de la enfermedad y su prevención.

Las proyecciones del Banco Mundial dan evidencia de que los avances en salud pueden duplicarse mejorando la educación y los servicios de salud si, por ejemplo, se aumenta en 10% la tasa de alfabetización femenina, la tasa de mortalidad infantil descendería en aproximadamente la misma proporción.

Por otro lado, también predice que por cada mil niñas a las que se impartiera un año más de educación se evitaría la muerte de dos madres y de 45 niños menores de un año.

En este contexto, nuestro país padece un doble peso de la enfermedad:

- El rezago epidemiológico que nos afecta por las enfermedades que no han podido resolverse pese a los avances de la ciencia y la tecnología, y que está constituido principalmente por las enfermedades transmisibles, la mala nutrición y los problemas de la reproducción.
- Los problemas emergentes que son producto de las transformaciones socio-económicas, efectos de la industrialización y de la urbanización, que se traducen en aumento de enfermedades cardiovasculares, degenerativas, emocionales y mentales, así como en la gran incidencia de lesiones y adicciones.

Este doble peso de la enfermedad significa también un doble reto al que el Sistema Nacional de Salud debe dar respuesta, no sólo en inversión en servicios de salud de calidad eficientes y equitativos, sino también considerando la relación directa que existe entre economía, salud y productividad.

A este respecto, México no escapa a las recomendaciones del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud de invertir más en la prevención de enfermedades y discapacidades como estrategia que a mediano y largo plazo permita el descenso del peso negativo que actualmente ejercen las enfermedades en la calidad del capital como fuerza de competitividad y productividad.

En este sentido, la cultura de la prevención reviste importancia considerando las actuales condiciones de vida en grandes conglomerados y poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales, que sufren graves crisis económicas y que inciden cada vez más en el deterioro ecológico, condicionando en gran magnitud un vínculo determinante de riesgos y daños a la salud. Por otro lado,



no cabe la menor duda de que ni las mejores políticas, ni la más eficiente administración en salud, ni el mejor sistema para su atención, tienen en su conjunto la capacidad de cambio, si no existe un nivel importante de participación de la sociedad, porque no obstante que los conceptos de salud y las actitudes para preservarla han evolucionado, la salud se busca por diferentes formas en cada sociedad.

En México se liga la enfermedad a la religión y a prácticas populares, en las que ha destacado más la necesidad de curación que las acciones de prevención. Así ha venido imperando la acción motivada por el temor a perder la vida, más que el perder la salud. El sistema de creencias, preferencias y opiniones ha sido el regulador de la toma de decisiones de cómo y cuándo curar la enfermedad, sin reconocer la importancia de prevenirla, y mucho menos se han identificado por gran parte de la población las implicaciones de la salud en el desarrollo nacional.

Por ello, el cambio cultural es determinante, principalmente para lograr una cultura que priorice el valor de la salud y el de la prevención de riesgos, modificando costumbres que no han sido favorables y erradicando los hábitos dañinos.

La conciencia de la enfermedad o del daño a la salud como problema personal y social debe ser reconocido por los propios individuos o comunidades, pues en la medida que se considera la dimensión de las consecuencias se estima la utilidad de las acciones de prevención. Es de insistirse que el éxito de una práctica preventiva no estriba en los servicios que el sector salud ofrezca, sino en el grado en el que la población la integre a su cultura.

Se espera que al lograrse esta cultura de prevención, la población acuda a los servicios de salud para evitar enfermedades, a diferencia de la cultura que se ha heredado de las ancestrales formas de vida y actitudes con relación a la salud, en la que se solicita consulta sólo cuando ha aparecido la enfermedad y los remedios caseros no han tenido efecto alguno.

También en esta práctica preventiva tiene importancia la formación de hábitos, que en beneficio de la salud sean producto de la reflexión y el convencimiento de su utilidad, los cuales deben también tener un significado para que la sociedad los haga suyos con un sentido de pertenencia que le den carácter de perdurables.

Asimismo, es deseable que la población vincule los indicadores de salud con los de calidad de vida, como son educación, habitación, alimentación, abrigo, etcétera, considerándose a la salud individual como variable dependiente del desarrollo familiar y social.

En esta forma, el cambio de mentalidad sobre la salud debe constituirse en un propósito de cambio cultural que incorpore nuevas concepciones y nuevas acciones en la responsabilidad del cuidado de la salud que el individuo, la familia y la comunidad deben tener.

Cabe destacar que en este cambio una vía de penetración de nuevos intereses hacia la salud es la familia.

La tradición cultural que implica conservar la continuidad de los estilos de vida tiene un gran sostén en la dinámica familiar. Los valores y significados morales o religiosos que le dan cohesión son inalterables para muchos cambios, de ahí que se presente la dificultad de hacer participar al individuo en una nueva cultura de la salud, si no se parte de incorporar a la familia en su conjunto a los propósitos educacionales en beneficio de su bienestar.

En esta perspectiva, es importante enfatizar que en las condiciones actuales y partiendo de los escenarios más optimistas que pudieran elaborarse sobre la participación de la familia y comunidad, es indispensable contar con el papel activo de las mujeres.

El mandato cultural en contra de la salud de las mujeres

En el aspecto cultural la mujer ha sido la proveedora tradicional de atención a la salud y el agente principal de

♦♦♦

socialización que transmite las prácticas de sus antepasados a sus hijos y vecinos, adoptando la mayoría de las decisiones sobre atención a la salud en el seno de la familia y primordialmente la atención del parto y el puerperio.

Ésta ha sido una responsabilidad que las sociedades con carácter patriarcal le han impuesto a la mujer como una de tantas deferencias con la posición social del hombre, y no obstante que las transformaciones socio-económicas han incidido de manera importante en los patrones culturales, matizando o disminuyendo asimetrías de género en beneficio de la valoración social de la mujer, aún existen fuertes tabúes y mitos con los que se ha venido enfrentando la mujer desde su nacimiento en el seno de su familia, por el papel ancestral de subordinación que le favoreció cierta incapacidad para hacerse oír y para ubicarse desde niña en igualdad de circunstancias que sus hermanos hombres.

En diferentes comunidades de nuestro país es evidente la diferencia en el cuidado de los hijos. Elú de Leñero menciona patrones culturales según los cuales las niñas se convierten en la última prioridad y cita un proverbio popular: "Cuando la comida es poca a la niña no le toca". Este proverbio refleja prácticas nutricionales relacionadas con la distribución intrafamiliar de los alimentos que ha llevado, en nuestro país, a la sobremortalidad femenina por deficiencias nutricionales e inadecuadas prácticas alimenticias.

De igual forma, se podría hablar de otras prácticas en prevención de ciertas conductas de riesgo en la niñez. Por ejemplo, la responsabilidad que desde muy niña asume la mujer en el manejo de las fuentes de calor para la preparación de alimentos que ha constituido una obligación femenina.

Otro indicador indirecto del tratamiento diferencial por sexo constituye la sobremortalidad femenina en la niñez por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas.

Respecto a la atención de enfermedades, la OPS ha realizado estudios en la región de las Américas y del Caribe en los que no ha dejado fuera a México y en donde se ha encontrado que frente a síntomas de fiebre, infección respiratoria o diarrea, los niños fueron llevados con más frecuencia que las niñas. La proporción de niñas que no recibió tratamiento alguno (domiciliario o institucional) fue entre el 38 y el 69% mayor que la proporción de niños que tampoco fueron atendidos.

Estas otras evidencias deben constituir una gran preocupación con respecto a la prevalencia aún en esta época del problema social de la discriminación de las niñas, problema que tiene sus raíces en prácticas y valores culturales y que no sólo inciden en el menoscabo que desde la niñez de la mujer sufre en sus condiciones de salud o en su gran repercusión en los problemas de la procreación, sino también en general en la poca estima que la mujer tiene de su propia salud, a diferencia del compromiso con el que se constituye como procuradora de salud de su familia y de su comunidad. ♦

Notas

[1] OPS, Grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y El Caribe. Informe final del 28 de noviembre al 3 de diciembre. Washington. Mecanograma, 1983.

[2] Zolla, Carlos, *et al.* "Medicina tradicional y enfermedad", en: Campos, Roberto (comp.) *Antropología médica en México*, tomo II, México, 1982, pp. 71-105.

[3] Menéndez, Eduardo. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* CIESAS, México, 1984, p. 8.

Bibliografía

Arroyo de Cordero, Graciela. *Hacia una nueva cultura en salud.* Conferencia. Mecanograma. México, 1993.

Carrión, Jorge. "La mujer: continente oscuro", en: Aranda Clara, *et al. La mujer: explotación, lucha, liberación.* México: Nuestro Tiempo, 1976, pp. 78-106.

Demographic and health surveys. *La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias.* Washington, D. C., noviembre, 1992.

Enrenreich, Bárbara y Deirde English. "Witches, midwives and nurses", en: Montly Review New York, octubre, 1993, volumen 25, número 5, p. 38.

Fundación Mexicana para la Salud. *El peso de la enfermedad en México: un doble reto.* México, 1994.

Harris Oliva y Kate Young (comps.). *Antropología y feminismo.* Editorial Anagrama. Barcelona, España.

Instituto Nacional de Salud Pública. "Salud de la mujer y el niño". Memorias, 1993.

Martín, Kay M. y Bárbara Voorhies. *La mujer: un enfoque antropológico.* México, Anagrama, 1978.

OPS y OMS. *Género, mujer y salud en las Américas.* Washington, D. C., 1993.

OPS y OMS. *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud.* México, 1992.

OPS y OMS. *La mujer, la salud y el desarrollo de las Américas*, Washington, D. C., 1985.

UNAM. Facultad de Medicina. "La mujer en la ciencia". Volumen III, número 1, México, 1993.