



Lluís Casanovas
Director

Mayo / 2020

¿De qué hablamos cuando hablamos de la salud de la mujer...?

Reflexiones en torno al Día Internacional de la Acción por la Salud de la Mujer

La salud tiene relevancia en el debate social y político; pero esto no significa que tengamos una plena comprensión de los hechos que originan, determinan y afectan los procesos salud/enfermedad. De igual forma, la salud es un término polisémico, tiene más de una interpretación atendiendo a la cultura, a las creencias, a la conceptualización, etc. En nuestras sociedades, en general, se entiende desde una óptica biologista, individual y estática. Hay bastante dificultad en ver, sentir y admitir la complejidad del proceso de la salud. Hay una visión restringida que limita el conocimiento de la noción de salud, y con frecuencia se convierte en una ceguera selectiva, incluso, en el marco del derecho a la salud.

La complejidad obliga a ampliar la mirada y entendimiento del proceso de salud/enfermedad, y demanda desprenderse de una visión resguardada en unos mitos que no permiten percibir “otra” realidad. Y eso cuesta, o más bien no interesa por distintos motivos.

Guste o no guste no hay salud individual sin salud colectiva, No es posible *vivir saludablemente y estar sano de forma exclusiva y aislada*. La pandemia de hoy nos lo recuerda tercamente: “una persona no puede beneficiarse de la lucha contra un mosquito o virus mientras otra queda excluida”. No es razonable pensar que la enfermedad es un asunto propio y único de cada individuo. La salud individual está estrechamente vinculada a la salud colectiva.

Guste o no guste tampoco se puede tapar el sol con las manos. Al hablar de la salud *el punto de partida no es la enfermedad*. La literatura médica está repleta de estudios y análisis demostrando que la contribución de la atención médica y sanitaria en el aumento de la esperanza de vida o en la reducción de la mortalidad es menor de lo que se supone o se da por cierto. Por el contrario, es bien conocido,

en el campo del conocimiento en salud, como la inserción socioeconómica, las dinámicas sociales, culturales, ambientales y políticas juegan un papel decisivo en el devenir de las enfermedades y en el proceso de la determinación de la salud individual y colectiva. Esto, por supuesto, no quiere decir que la medicina clínica y la atención no sean necesarias o poco relevantes. Han sido y son eficaces y tienen importantes logros a nivel individual y en el restablecimiento corporal. Pero, debemos admitir que estar sano no *significa* únicamente no padecer enfermedades. La reparación corporal no es igual a sanar, y la salud tampoco es igual a medicina ni a servicios sanitarios hiperhospitalarios. Tampoco es razonable reducir la promoción de la salud a la lógica de la lucha contra las enfermedades. Habrá que subrayar la determinación social de la salud. Es un proceso que se construye histórica, social y culturalmente orientado a una vida plena y digna.

Guste o no guste la salud no es un estado ideal liberado de enfermedades. La salud no es algo particular. Tampoco es algo ya dado. No se trata de tener salud. *Es una manera de vivir dinámica y cambiante y en relación con el proceso de la vida.* Vivir bien, vivir de manera autónoma con libertad de elegir, solidaria y con corresponsabilidad en el cuidado, creativa y abierta, feliz y satisfactoria. Una construcción permanente individual y colectiva. La salud es un proceso dinámico, complejo, multidimensional que no sólo se realiza individualmente. Se produce socialmente y en estrecha interdependencia recíproca con las condiciones estructurales y de vida de las personas. En el seno de la dinámica societal de una sociedad que define las lógicas de determinación y el modelo de desarrollo por el que se opta. Si la sociedad no promueve la solidaridad y no favorece una relación positiva y armónica en su integralidad (a nivel personal, social y con la naturaleza) no se pueden tener ni ámbitos ni modos de vida saludables.

Guste o no guste en nuestras sociedades democráticas, independientemente de sus intensidades, subsiste una cultura jerarquizante que da cuenta de la organización social, política y económica. En ella se justifica el ejercicio de poder en sus múltiples dimensiones (clases sociales, raza/etnicidad, y género) y, de igual modo, se sustenta la naturalización y legitimación de las desigualdades. La imposición de la múltiple dominación produce y reproduce condiciones sustantivas que no se dan de forma igual en la vida de las mujeres y hombres, en los diferentes grupos étnicos, en las diferentes clases sociales. Las desigualdades persisten e incluso aumentan, afectan de manera desigual a mujeres que a hombres, configuran distintas condiciones y modos de vivir de cada grupo social, y determinan distintos procesos de enfermar y morir.

Repensar nuestra mirada

Repensar nuestra mirada sobre la salud demanda una comprensión holística, no fragmentada, de la realidad y de la vida. Hablar de salud incluye la correspondencia entre salud y vida cotidiana (individual y colectiva). Implica percibir y comprender las diversas formas de vida de los diferentes grupos sociales y de las distintas identidades (genéricas, étnicas, etc.). En este sentido, el sistema sexo-género imperante en la sociedad no sólo ordena roles y posición social, también produce inequidades y desigualdades en el proceso salud/enfermedad de las mujeres. La salud de la mujer tiene que enmarcarse e interpretarse en ese contexto sociocultural jerarquizante y de dominación que prefija su posición de subordinación e inferioridad en la sociedad y las ubica en un plano de infravalorización. Su especificidad como ser mujer no se agota en su ineludible diferencia biológica. Y las mujeres no forman un colectivo homogéneo.

Las injusticias y discriminaciones de género se entrelazan y expanden con las inequidades y diferencias de clase, etnia y etarias. En esa medida, las diferentes situaciones cotidianas de las mujeres -familiares, laborales, sociales, etc.- transcurren en un entramado de flujos diversos y contrapuestos: favorables unos, y nocivos otros. Mientras los primeros generan autonomía y vida plena; por el contrario, aquellos desfavorables, determinados por los procesos contextuales de la imposición del dominio y la subordinación, dan lugar a condiciones de vida deterioradas y engendran procesos nocivos y destructivos para su cuerpo, su sexualidad y su vida.

La situación de desventaja social y política que define e incide en la vida de las mujeres debe incorporarse en el ámbito de los análisis de salud para contribuir a explicar los propios procesos de salud/enfermedad/atención/curación de las mujeres y saber dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres. La estructura social de clases, la imposición patriarcal, la discriminación racial dañan la salud de las mujeres. Determinan patrones dañinos e insanos particulares, y definen diferentes perfiles de enfermar y morir originando acentuadas disparidades y contrastes en los modos de vida, los procesos de salud colectiva e individual y la calidad de vida de las mujeres.

Estos patrones de deterioro de la vida de las mujeres contribuyen a incrementar su vulnerabilidad; a experimentar un mayor número de trastornos y afecciones tanto físicas como psicológicas (incidencia más alta de trastornos agudos, mayor prevalencia de enfermedades crónicas (no mortales), niveles superiores de discapacidad, etc.). Ninguna mujer está exenta. Pero eso concurre en un mosaico de enormes diferencias entre las mujeres de las distintas clases sociales. Presentan diferentes manifestaciones de malestar, dolor, sufrimiento y significativas diferencias de perfiles patológicos.

Así, un amplio número de mujeres adultas y de edad avanzada del Distrito alcanzan la vejez con un acumulado histórico de persistentes desventajas y desigualdades que caracterizan un contexto desfavorable con un estado de salud desgastado. En estos modos de vida históricos y estructurales confluyen, la escasa educación; la desprotección pensional y sin autonomía económica (por la informalidad y la explotación laboral); la sobrecarga y el estrés de las jornadas de trabajo (doméstica y laboral); el desgaste psicológico y físico (embarazos, desnutrición, infravaloración y subordinación social y familiar); la soledad; las angustias; la ausencia de reconocimiento y visibilidad social en todos los ámbitos tanto familiares como públicos que se traducen con frecuencia en ser víctimas de toda forma de violencia machista; y una cobertura y atención en salud de baja calidad y sin atención diferenciada que incrementa la desigualdad e inequidad en salud.

Un acumulado histórico de inequidades culturales, económicas y sociopolíticas que desencadenan, a lo largo de la vida, particulares y singulares procesos nocivos ocasionando un empeoramiento de las condiciones de vida y del estado de salud (colectiva e individual) de las mujeres adultas y de edad avanzada que pertenecen a los mundos de las clases más desfavorecidas y *pobres*.

El marco desde el cual se piensa el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado de las mujeres no puede desconocer la determinación social de la salud. La salud ha de ser entendida y repensada como un asunto colectivo, comunitario, y político. En esa medida, la apuesta por la construcción de la salud de las mujeres tiene que pasar, por las diferencias y los problemas de género; y también por el análisis y comprensión de las relaciones de poder, la cultura de dominación y las dinámicas de las inequidades que se dan –de manera diferencial en relación a los hombres y entre mujeres- en la vida cotidiana de las mujeres -privada y pública, doméstica e institucional, incluidos los servicios de salud-.

Apostar por la construcción y desarrollo de la salud de la mujer

La comprensión de todos estos aspectos demanda una nueva mirada, una reformulación de concepciones y una reorientación de actitudes y praxis en todos los niveles y ámbitos del sistema de salud. Mientras el sistema de salud no supere las limitaciones del paradigma biomédico con su individualización, la centralidad corporal y curativa-reparadora, el enfoque uniforme, el carácter, casi exclusivo, clínico-asistencial y la medicalización no hay posibilidades reales de construir salud. Se pierde la percepción, el sentido al no contemplar la dimensión social de

la salud. No es concebible que la mujer este sana de forma aislada en un entorno malsano.

Mientras el sistema de salud no incorpore el enfoque relacional de género y la perspectiva de la interseccionalidad en todos sus niveles y ámbitos, la salud de las mujeres es un espejismo. No se puede pensar ni promover la salud de las mujeres desde la perspectiva androcéntrica. Se ignoran las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud/enfermedad/atención/cuidado, no se reconocen las distinciones entre mujeres y hombres que trascienden las diferencias biológicas, se invisibilizan las mujeres y se desconoce la heterogeneidad del ser mujer como colectivo. No se amplían los horizontes ni la perspectiva de la determinación de las condiciones de salud específicas de la mujer. Pero, entretanto, se maquilla el abordaje de la salud integral de la mujer.

Mientras el sistema de salud esté asentado en la visión mercantilizada y del negocio de la enfermedad, las posibilidades reales de promocionar la salud y prevenir la enfermedad son ilusorias. Al mercado le conviene más estar centrado en la enfermedad y atender enferm@s que en desarrollar y fortalecer la salud integral. En este sentido, para pensar en la defensa de la salud de la mujer no basta la práctica hegemónica institucional vinculada al modelo asistencial, individual y medicalizado. La salud individual y colectiva de la mujer pasa por transformar las dinámicas de subordinación y sus formas de inequidades de género, social y racial. Transformar los modos de vida malsanos en saludables.

Apostar por la construcción y desarrollo de la salud de la mujer significa aceptar su carácter histórico y social. La salud individual y colectiva de las mujeres es un proceso dinámico que no puede desligarse del contexto social, cultural, ambiental y político. El derecho a la vida y a la salud pasa por la construcción de un entorno saludable donde se favorezca la autonomía personal, la solidaridad y armonía (personal, social, ambiental) y se favorezca el sentimiento de satisfacción personal (vida digna) en la vida cotidiana. Cualquier otra lógica y noción pierde el sentido, empobrece la salud y niega el vivir bien.

Para tejer, crecer y hacer posible la salud de las mujeres, no basta la curación corporal ni la solución pasa por meras opciones técnicas. Sin equidad de género el entorno malsano prevalece y no hay salud ni vida plena para las mujeres. Sin situar y asegurar una ética del cuidado, la solidaridad integral y la responsabilidad colectiva en el mundo de la vida no es concebible (para mujeres y hombres) vivir sanamente y en plenitud. Y es desde estas dimensiones y sentido ético que se resignifica la centralidad y exigibilidad de los *derechos en salud* para todas y todos.