D O S S I E R

M u j e r e s, a s u s a l u d !

MARGARITA ESCOBAR DE ANDREIS

Desde las mujeres: Alternativas de calidad en salud reproductiva.

MARIA I. PLATA

El ejercicio de 3 derechos reproductivos en Colombia.

NOHEMA HERNANDEZ

Un abismo de tristeza... La depresión en las mujeres.

MARIA LUCIA RAPACCI
MARCELA RODRIGUEZ

Puntadas recuperando la utopia de la salud con cuerpo de hombre y cuerpo de mujer.

Fotografía tomada del albúm Letras . Arte

Desde las Mujeres:

ALTERNATIVAS DE CALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

MARGARITA ESCOBAR DE ANDREIS

Socióloga - Directora de la Fundación Promujer. Ha publicado poemas y artículos sobre arte en periódicos y revistas. Publicó el libro de poemas «Una grieta en el espejo».

Introducción

En los ultimos años se ha trabajado con interés en lo que concierne a la calidad de la atención en los servicios médicos en general. Ya nadie duda que, sobre todo en el plano teórico, se han logrado avances significativos. No obstante, la mayoría de las veces sólo gozan de estos avances las personas pertenencientes a las clases medias, medias altas y altas de nuestra sociedad.

Humanización de las relaciones médico-paciente, recursos técnicos y profesionales de primer orden, buenas instalaciones locativas, son a grandes razgos algunas de las principales variables en las que se ha centrado el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios médicos. Sin embargo, ofrecer servicios de calidad a mujeres, en el área de salud sexual y reproductiva, desde un punto de vista feminista, tiene requerimientos de otro orden.

Para comenzar, no podríamos referirnos a este asunto, sin tener en cuenta el camino recorrido por el movimiento social de mujeres, para formular, desarrollar, complejizar, y llenar de contenido éste concepto. Tampoco sería justo referirnos al tema, sin mostrar la manera cómo su construcción, su puesta en práctica y las luchas del movimiento de salud de las mujeres para incidir en las políticas de población, desarrollo y salud, han contribuído de manera decisiva al mejoramiento de la situación socio-económica de las mujeres.

Como todos los conceptos, el de salud sexual y reproductiva, tiene una historia y en su desarrollo influyen aspectos llegados de múltiples vertientes. En el caso del concepto que nos ocupa, hoy se reconoce que su construcción ha estado jalonada por las reflexiones, miradas críticas y desarrollos teóricos del movimiento social de mujeres; desde hace aproximadamente treinta años en una debate permanente con las politicas de población y desarrollo, con los programas de control de la natalidad; con un seguimiento minucioso a las políticas de planificación familiar.

En el presente artículo se tendrán en cuenta algunas de estas reflexiones, miradas críticas y desarrollos teóricos, haciéndo énfasis en cómo estas y su puesta en práctica, han contribuído de manera decisiva a quebrar un equilibrio basado en un sistema de géneros, en el cual las mujeres ocupábamos un lugar de inferioridad.

El Punto de Partida

En la actualidad es suficientemente conocido que el discurso médico, al centrar la especificidad del ser femenino en sus funciones reproductivas y sus formas de enfermar únicamente en el mal funcionamiento del útero, fué responsable de la creación de significaciones imaginarias en relación con la mujer, que desvirtuaban el conocimiento de su ser y perpetuaban sus condiciones de inferioridad. Hasta el Siglo XIX todo lo relacionado con el cuerpo de la mujer y su salud, giraba en torno a un Aristotelismo que reducía lo femenino a lo incompleto y un galenismo que lo encerraba en inquietante especificidad del utero (Berriot Salvadore Evelyne, 1992).

Como nos los insinua Eva Giberti, acusadas de lascivia y de concupiscencia, cuando no de frigidez, durante mucho tiempo, tal vez por un pudor impuesto a nuestro sexo y por no tener espacio en las instancias académicas y políticas, las mujeres no pronunciábamos palabras que nos atañían directamente como: menstruación, gozo, placer, aborto, parto, embarazo, etc., produciéndose así un silencio propicio para las interpretaciones que relacionaban el cuerpo femenino con suciedad e inferioridad. (Giberti Eva 1.989d).

Este proceso histórico de interpretaciones y reinterpretaciones, de construcción de representaciones sobre la mujer, su cuerpo y su sexualidad, plagadas de mitos y prejuicios alimentó las significaciones imaginarias ya desventajosas en torno a ella.

Según Cornelius Castoriadis, las significaciones imaginarias más allá de las definiciones puramente anatómicas o biológicas condicionan al ser humano, asignándole valores, espectativas, prohibiciones y mandatos a cada uno de los sexos. Las llama imaginarias, porque no corresponden a elementos «racionales» o «reales» y no quedan agotadas por referencia a dichos elementos, sino que están dadas por creación. Y las llama sociales porque sólo existen estando instituídas y siendo objeto de participación de un ente colectivo impersonal y anónimo.[1]

Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la gran influencia de las significaciones imaginarias en todo el funcionamiento de la sociedad y especialmente en las relaciones de poder, de todas las luchas que han debido afrontar los movimientos de mujeres en el camino para lograr su plena igualdad de derechos y posibilidades, una de las más significativas es la que han dado en el terreno de lo que hoy se denomina la salud sexual y reproductiva.

Condiciones históricas como la irrupción masiva de las mujeres en el mercado laboral, su

1 Castoriadis Cornelius. «Lo imaginario: la creación en el dominio histórico social». En: «Los dominios del hombre: Las Encrucijadas del laberinto». Gedisa, Barcelona, 1.988, pág. 65.

acceso a la educación secundaria y universitaria, la adquisición de ciertos códigos públicos que antes no poseíamos, etc., unidas a algunos avances científicos como el descubrimiento de los métodos anticonceptivos, han sido sin duda un incentivo necesario, pero no suficiente, para la transformación de las condiciones de existencia. Esta, no habría podido darse sin el empeño continuo por producir una palabra propia, a partir del cuestionamiento de discuros como el médico que creó «teorías» e hipótesis para nombrar el cuerpo femenino y sus formas de enfermar.

Sin esta palabra propia sobre el cuerpo que habitamos, padecemos y gozamos, no hubiera sido posible la construcción de un nuevo sujeto social femenino, ya que como lo plantea Eva Giberti: «*nuestros cuerpos fundan un lugar en el que se entrecruzan los sentidos, cuya base material no es solamente somática, sino que ha sido socialmente construída, enhebrando discursos*». (Giberti, 116)

Pero, como la construcción de una palabra propia sobre el cuerpo y la salud pasa necesariamente por examinar en forma minuciosa la sexualidad y la reproducción, su desarrollo ha tropezado con múltiples obstáculos. El más importante de ellos es la resistencia que suscita en casi todas las instancias de poder, en la iglesia católica y en el común de las personas, la ardua discusión sobre el tema vedado de la sexualidad humana.

Esta discusión cuestiona a fondo los postulados de la moral tradicional, para la cual la garantía del orden social y de la seguridad familiar residía en el hecho de mantener a la mujer ignorante de los recursos para evitar los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual.

Así mismo, ha sentado las bases para un cambio en las leyes, las cuales en nuestros países intentan controlar el comportamiento de la mujer mediante la limitación, condicionamiento o negación de los derechos sexuales y reproductivos.

Para confirmar lo anterior no es necesario abundar en citas bastante trajinadas en la actualidad por las estudiosas de esta problemática; pero, es importante recordar con Evelyn Berriot Salbadore «*que el discurso médico fué tributario de un orden del mundo que convenía legitimar, mostrando que el papel de cada uno de los sexos se inscribía en la naturaleza*» (Berriot Salvadore, 1.992)

Desde mi punto de vista, dos han sido los aspectos en los que se ha centrado el movimiento social de mujeres para construir una mirada propia en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva:

i) La mirada que sobre sí mismas han dirigido las mujeres al interrogarse sobre la discriminación y las condiciones de desigualdad de que han sido objeto a lo largo de la historia.

ii) La revisión crítica de los sistemas, políticas, programas y leyes que sobre salud sexual y reproductiva trazan los gobiernos.

La ruta crítica de las mujeres para producir una mirada propia sobre su cuerpo, su salud y su sexualidad

La mirada sobre sí mismas

Una de las formas de avanzar teóricamente de los movimientos de mujeres se ha centrado en la deconstrucción de discursos como el de la filosofía y la medicina, que bajo premisas mal llamadas «científicas» o «filosóficas», durante muchos siglos, sólo se limitaron a confirmar lo que decían las superstisiones populares, condicionados como estaban por las carencias de la anatomía, las imprecisiones del lenguaje,

desprovisto todavía de un código científico, y los fantasmas a que da lugar el mito del sexo devorador. (Berriot Salvadore, 1.992)

Deconstrucción, mirada crítica doblemente difíciles cuando del discurso médico se trata, ya que éste no se limitaba sólo a la fisiología, sino que acudiendo a la psicología esbozaba retratos morales e intelectuales de la mujer, que se limitaban a reproducir los valores imperantes, (Berriot Salvadore 1.992) influyendo en forma decisiva en los comportamientos, en tanto se convertían en significaciones imaginarias.

Así, de mito en mito, de prejuicio en prejuicio, durante mucho tiempo no fuimos vistas en toda la complejidad de nuestro ser bio-psico-social, sino miradas e interpretadas con un sistema de representaciones que únicamente reproducía el orden existente y las relaciones de poder desiguales entre los sexos.

Del mito de la mujer como varón incompleto, o de la mujer como inversa del varón, se pasó al mito de la mujer madre, con el cual todavía nos debatimos en nuestros días.

Este último mito, al parecer, tiene su origen en la capacidad innata de las mujeres para concebir, gestar, parir y luego amamantar a la nueva criatura humana. Esta capacidad a su vez es una de las diferencias más tangibles con el varón y por razones todavía no muy bien dilucidadas se ha traducido en discriminación hacia la mujer; se ha constituído en uno de los principales tópicos de vulneración de sus derechos, dentro de un panorama no muy claro si tenemos en cuenta que va unido a una gran idealización de la maternidad.

Por otra parte, la equiparación de sexualidad-reproducción-maternidad, que ha estado en las significaciones imaginarias sobre la mujer a través de varios siglos, además de ser el eje sobre el cual se ha construído un sistemada de géneros basado en la desigualdad, es el pilar en torno al cual se ha construído la identidad femenina. De ahí la necesidad de mirar críticamente el carácter de estos vínculos, de deconstruirlos y producir a partir de su deconstrucción nuevos discursos.

Desvincular la sexualidad de la reprodución ha permitido a las mujeres plantearse aspectos tan fundamentales para su desarrollo de seres humanas como: el placer, la posibilidad de disponer del propio cuerpo, la libre opción a la maternidad, etc. Así mismo le ha posibilitado exigir el cumplimiento de derechos humanos básicos, de los que antes habían estado excluídas, como el derecho a la igualdad y a la libertad.

Cuestionar la maternidad como campo privilegiado de construcción de la identidad femenina, ha permitido a las mujeres abrir el abanico de sus posibilidades humanas, e incursionar en otros campos de la vida, tradicionalmente considerados masculinos, pudiendo así hacer uso por primera vez del derecho humano al libre desarrollo de la personalidad.

Como consecuencia de lo anterior y haciendo acopio de aportes de otras disciplinas, las mujeres han podido volverse a plantear las relaciones entre naturaleza y cultura, desentrañando así una ideología que por siglos pretendió justificar mitos, creencias y valores generadores de inequidad y de violencia hacia las mujeres, al asignarle a la naturaleza lo que era resultado de complejas relaciones de poder entre los sexos.

La revisión crítica de los sistemas, políticas y programas de salud.

Como es apenas lógico, una concepción del ser femenino como la que hemos enunciado, imbricada en las significaciones imaginarias,

influyó y sigue influyendo en los sistemas políticas y programas de salud; por ello ha sido prioridad de los movimientos de mujeres examinarlas críticamente. En esta revisión crítica se han encontrado aspectos que vale la pena mencionar:

*Una preocupación exclusiva por los problemas de población que ha llevado a considerar a las mujeres objetos y no sujetos de las políticas de población y desarrollo; a instrumentalizar su cuerpo convirtiéndolo en agente de políticas de control natal a través de programas de planificación familiar, vulnerando muchas veces sus derechos a la libertad, a la integridad y a la dignidad.

*Una preocupación preponderante por la salud materno infantil, lo que ha conducido a trazar politicas en las que sólo se tenías en cuenta a la mujer en tanto que reproductora de la especie, en tanto que madre y únicamente en relación con el hijo(a); en las que sólo se tenía en cuenta el período reproductivo, ignorando otros aspectos relacionados con su salud y otros períodos de su ciclo vital.

*Que en el campo de los servicios, específicamente en los servicios de salud sexual y reproductiva, se cometían y se cometen todavía hoy, toda suerte de atropellos y vulneraciones a su dignidad y se reproducen las signficaciones imaginarias en relación con la mujer y con el varón y se refuerzan las condiciones de subordinación de la mujer.

Lo cotidiano, lo cultural y lo político, tres escenarios privilegiados por las mujeres para sus luchas por la igualdad.

Uno de los aportes más reconocidos al movimiento social de mujeres, ha sido el de mostrar que lo privado es político, sacando a la luz lo que ocurre en la intimidad de los hogares; cuestionando la tradicional concepción de un espacio público «racionalizado» y un espacio privado «sentimentalizado», pero también, deconstruyendo examinando y tratando de cambiar las relaciones de poder que se dan en el ámbito de lo doméstico, instituyendo en éste prácticas transformadoras. Cuestionando además la dicotomía que asigna a las mujeres el lugar de lo privado, donde se da lo concerniente a la reproducción de la especie y a los hombres el lugar de lo público donde se trazan políticas y se toman las decisiónes que atañen a la comunidad.

No hay duda de que estos tres escenarios se influyen mutuamente y que una verdadera transformación de las relaciones entre los sexos, no puede ignorar alguno de estos. Una intervención exclusiva en el espacio doméstico reduciría las luchas feministas por su liberación a una cuestión puramente individual sin repercusiones colectivas; ignorar los avances teóricos, filosóficos, artísticos y científicos, ocasionaría el riesgo de seguir trabajando con prejuicios heredados en relación con los sexos e impediría la riqueza conceptual que ha logrado crear el movimiento.

Las luchas en estos dos escenarios no lograrían la gran repercusión que han tenido en las sociedades modernas sin la práctica política de los movimientos de mujeres: sin los grupos de reflexión, sin sus denuncias de los atropellos cometidos contra las mujeres, sin su lucha continuada en todos los países por conseguir condiciones más justas y equitativas para las mujeres.

De esta forma, un aspecto de la vida humana como es el que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva y las decisiones que se tomen en este campo, influye tanto en la vida individual como en la colectiva. De ahí la necesidad del movimiento social de mujeres de sacar a la luz pública las elaboraciones en torno a su cuerpo, a

su sexualidad y a su salud; su interés en ser oídas en las conferencias internacionales e incidir en los acuerdos que se logren en las mismas, interés que se ha convertido en una realidad incontrovertible y de cuyo éxito, al menos en la formulación de los problemas, da cuenta la reciente conferencia de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo realizada en Septiembre de 1994 en El Cairo y la Conferencia de la Mujer realizada en Beijing en 1.995.

En dichas Conferencias los países miembros secomprometieron a garantizar a las ciudadanas y ciudadanos el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva, la cual quedó definida de la siguiente manera:

«La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre métodos de planificación de la familia así como de otros métodos para la regulación de la fecundidad que no están legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual".[2]

Como puede verse en esta definición bastante completa, quedaron plasmadas muchas de las concepciones de salud reproductiva del movimiento de mujeres. Las negociaciones con la Santa Sede y con los grupos fundamentalistas pertenecientes a la ONU, fueron un freno para trazar políticas claras en relación con temas tan controvertidos y tan sentidos por las mujeres como los del embarazo indeseado y el aborto. Valga mencionar que no obstante las concesiones otorgadas, la santa sede expresó una reserva general sobre el capítulo.

Desde la mujeres: algunas alternativas para prestar servicios de calidad en salud reproductiva

Para adentrarnos en el tema de la calidad, podríamos mencionar una larga serie de condiciones formuladas a esta problemática desde el modelo de humanización creado por la medicina social y el modelo Gerencial, impulsado en Colombia por la Ley 100.

Sin desconocer los avances que proponen estos modelos en cuanto a competencia técnica y humana, formación y desarrollo de los recursos humanos, normas y procedimientos, protocolos de atención, sistemas de información y comunicación, etc. y sin dejar de considerarlos indispensables cuando de crear modelos de atención a mujeres en las areas de salud sexual y reproductiva se trata, un planteamiento como el construído por el movimiento social de mujeres acerca del cuerpo, la sexualidad y la salud femeninas, a cerca de las condiciones de

2 Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y El Desarrollo, El Cairo 1 al 13 de Septiembre de 1.994. Naciones Unidas, New York, 1.994.

existencia de las mujeres y la necesidad de transformarlas, tiene requerimientos diferentes. Por razones de espacio en este artículo se tendrá en cuenta únicamente algunos de ellos, en forma muy global.

Como respuesta crítica a la concepción que considera a la mujer exclusivamente como poseedora de un utero, como reproductora de la especie, el movimiento de salud de las mujeres ha trabajado en forma exahustiva el enfoque de integralidad. Este muy bien recogido por la socióloga Argelia Londoño, «...plantea que el ser humano es una realidad indivisible en la que se pueden distinguir dimensiones ecológicas, biológicas, psicológicas y sociales. Señala también que es difícil establecer umbrales que separen esta unicidad y que no hay una dimensión del ser humano superior o más importante que las demás. La distinción de las dimensiones mencionadas es más un enunciado pedagógico que permite visualizar aspectos importantes del desarrollo humano".[3]

Para analizar las situaciones que pueden estar creando o manteniendo inequidades sociales causadas por la pertenencia a uno u otro sexo, se ha creado la perspectiva de género. Con ella se busca dilucidar y hacer visibles cada una de las formas en las que puede manifestarse la discriminación producto de la pertenencia a un género y construir nuevas alternativas para que las relaciones entre los géneros sean más justas y equitativas.

En el caso de la salud, la perspectiva de género señala que las significaciones imaginarias construídas socialmente en torno al hombre y a la mujer «condicionan las concepciones y prácticas que las personas y comunidades tienen en torno al nacimiento, la muerte, las relaciones con el dolor y el placer, con el cuerpo, la sexualidad, el deseo, la construcción de la afectividad y de la identidad, las formas de pensar y sentir las distintas fases del ciclo vital, la organización de la cotidianidad y que esto debe ser tomado en cuenta por el sector salud en todo su proceso y en la prestación de servicios» (Londoño 1.991)

Prestar servicios de calidad a las mujeres en salud reproductiva requiere además conocer y redimensionar sus necesidades. Sin embargo, el hecho aparentemente elemental de tratar de conocer las necesidades de una población objeto, del cual debe partir cualquier concepción de calidad en los servicios médicos, plantea varios problemas cuando se trata de las mujeres, especialmente de las mujeres de bajos ingresos. Como nos lo cuenta Maria Isabel Matamala (1.995) sus necesidades están subdimensionadas debido a la baja autoestima, a la impotencia aprendida, a la falta de asertividad, derivadas de un proceso de socialización en el que se considera que el sexo femenino es inferior al sexo masculino.

Las expectativas de las mujeres pobres que demandan servicios médicos, no van más allá de desear que las atienda, les resuelvan el motivo de su consulta y las traten bien, considerando que hay que estar agradecidas cuando esto ocurre. Investigaciones recientes como la realizada por María Isabel Matamala en Chile[4] han encontrado en una primera instancia, que el nivel de espectativos es muy bajo. Las mujeres que abarcó el estudio «...parten de la premisa que el sistema de salud es muy precario, con servicios que no tienen planta física adecuada, ni personal suficiente. Esperan de ellos negaciones y piensan que *la suerte* o la sumisión pueden modificar esta impronta. Algunas pueden usar la agresividad con el mismo propósito, pero el consenso es que ello es *para peor* y la mayoría se autodefine como obediente y calladita» (Matamala, 1.995, 179).

Por todo lo anterior las necesidades reales de las mujeres deben extraerse de la lectura entre líneas de sus historias personales y su relación

3 Londoño Argelia. Salud y Género: un enfoque para pensar a hombres y a mujeres en los procesos de salud-enfermedad. Proyecto «Proequidad» 1.991. Documento sin publicar.

4 Matamala María Isabel y otras. «Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género»Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del Servicio de Salud de Occidente de la Región Metropolitana. Mujer Salud y Desarrollo, O.P.S. Chile, 1.995.

con los problemas que consultan. Pasa por tener en cuenta necesidades que la mayoría de las mujeres expresan con síntomas que van desde afecciones físicas «leves» hasta graves trastornos de su salud mental. Su redimensión no debe ignorar las variables mencionadas en torno a su socialización, siendo así necesario abordar en la consulta con mujeres lo relacionado con su autoestima, su autoconocimiento y autocuidado, su autonomía en la familia y en la pareja, la necesidad de ser socialmente reconocidas y de aumentar la capacidad de negociar en las relaciones de pareja, así como la de lograr un aumento de la responsabilidad masculina en lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva.

Y nos referimos únicamente a estos aspectos, porque vistos desde la perspectiva feminista, poseen un gran potencial transformador y proporcionan elementos necesarios para la creación de modelos de salud alternativos, en los cuales no se refuerce el sistema de inequidad entre los géneros, sino que por el contrario, a través de ellos, éste se haga visible tanto para los hombres como para las mujeres y se transforme.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berriot Salvadore Evelyne,»El discurso de la Medicina y la Ciencia». En: Historia de las Mujeres, Madrid, Taurus, 1.992.

2. Fernández Ana María, Compiladora, «Las Mujeres en la imaginación colectiva». Paidós. Buenos Aires, 1.992.

3. Giverti Eva, Compiladora, Las Mujeres y la violencia invisible» En: «Las mujeres y la violencia invisible». Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1.989.

4. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y El Desarrollo. Naciones Unidas, New York, 1.995.

5. Londoño Argelia. «»Salud y género. Un enfoque para Pensar a hombres y a Mujeres en los procesos de salud-enfermedad. Proyecto «Proequidad», 1.991. Versión Preliminar, sin publicar.

6. Matamala María Isabel y Otras. «Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género». Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud Occidente de la Región Metropolitana.

7. Revista «Mujer y Salud No. 3, año 4, Red de salud de las mujeres lationamericanas y del caribe. Chile, 1.995.