

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Participación en salud: una mirada hacia las mujeres

Participation in health: a look at women

Yendy Cruz Hernández¹

RESUMEN

Se presentan reflexiones para el análisis del proceso de participación en salud de y para las mujeres en torno a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Tales reflexiones ponen sobre la mesa cuestiones que van más allá del problema biomédico que implica una ITS y cómo el proceso de participación comunitaria y social puede contribuir a visibilizar el fondo sociocultural en este problema creciente de salud.

Palabras clave: Participación, Salud, Infecciones de Transmisión Sexual, Mujeres

ABSTRACT

Reflections are presented for the analysis of the process of participation in health of and for women around Sexually Transmitted Infections (STIs). Such reflections put on the table questions that go beyond the biomedical problem implied by an STI and how the process of community and social participation can contribute to make visible the sociocultural background in this growing health problem.

Keywords: Participation, Health, Sexually Transmitted Infections, Women

¹Instituto Nacional de Salud Pública. Facultad de Economía. Yucatán, México.

Recibido: 30 de enero de 2020.

Aceptado: 27 de abril de 2021.

Correspondencia para el autor: Yendy Cruz Hernández. Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatitlán. C.P. 62100, Cuernavaca, Morelos, México. yendych@hotmail.com

Hablar de un problema de salud pública - desde la mirada de salubrista-, requiere de distintas lentes; requiere mirar no solo la figura sino también el fondo. ¿Qué hay detrás de un problema de salud en un grupo específico? ¿Cuál es la causa evidente? Pero, las preguntas de un salubrista deberían ser: ¿Y lo no evidente? ¿Qué se puede hacer desde y para la comunidad? Y en este caso: ¿Qué papel tienen las mujeres sobre su propia salud?

Al hablar de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se suele mirar hacia grupos específicos, grupos vulnerables por distintos factores comportamentales o de estilo de vida, como son las mujeres transgénero, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales e incluso mujeres embarazadas; sin embargo, es conveniente mirar a las mujeres en general: a las amas de casa, a las adolescentes, a las adultas jóvenes que tienen ocupación remunerada, a las mujeres que se enfrentan a problemas de salud al ser parte de un grupo socialmente vulnerable y en muchas ocasiones tienen un acceso limitado a los servicios de salud por razones que quedan fuera de su alcance y control. Puesto que si bien, no son el grupo con mayor porcentaje de incidencia en todas las ITS, se vuelve necesario visibilizar qué hay detrás de este problema de salud, ya que las mujeres presentan vulnerabilidad ante éstas, no solo biológica, sino social, cultural y estructural, y sus consecuencias repercuten

de manera grave en su salud física y emocional⁽¹⁾.

Resulta de importancia mirar profundo en las posibles estrategias para afrontar este problema de salud pública desde lo que lo estructura, teniendo de fondo una cuestión social y de género. No basta con obsequiar condones o dar pláticas de sexualidad bajo una visión que emana de un sistema patriarcal, que el actual sistema de salud sigue reproduciendo. El objetivo del sistema de salud debe ser proporcionar atención a las necesidades de salud de la población en un marco de equidad y justicia social, y no legitimar aún más las inequidades⁽¹⁾.

El objetivo de este ensayo es reflexionar sobre la necesidad e importancia de la participación de las mujeres en y para la salud, y el papel que tiene el sistema de salud, como coadyuvante al empoderamiento de este grupo en la problemática de las ITS, específicamente en mujeres como grupo vulnerable no solo a nivel biológico, sino social y cultural.

Contexto de las mujeres y las ITS.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 900 mil personas se infectan cada día de alguna ITS y se han identificado 340 millones de casos nuevos cada año alrededor del mundo,

siendo los grupos de edad que presentan mayor registro entre 15 y 49 años ^(2,3,4).

Actualmente, la carga de morbilidad y mortalidad que representan las ITS pone en riesgo la calidad de vida de quienes las padecen, además de comprometer su salud sexual y reproductiva. Cabe resaltar que las consecuencias a largo plazo que las mujeres presentan al tener una ITS son notoriamente más graves ^(5,6,7). Anualmente las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH) provocan 530,000 casos de cáncer cervicouterino y éste a su vez provoca 275,000 muertes. La gonorrea presenta al menos 78 millones de casos nuevo al año y las clamidias 131 millones; dichas infecciones son las principales causas de enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede provocar infertilidad y complicaciones en el embarazo. De igual forma la sífilis durante el embarazo provoca más de 300,000 muertes fetales y neonatales al año ^(5,6).

En México, se ha presentado un aumento en los casos de ITS en mujeres y los grupos de edad donde se presenta la mayor carga es de 15 a 49 años ⁽³⁾. La vulnerabilidad de este grupo ante estas infecciones se debe a factores biológicos, sociales y culturales. En lo biológico las mujeres son de 2 a 5 veces más vulnerables de contraer Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que los hombres, esto, debido al tejido blando del aparato reproductor femenino que tiende a desgarrarse y facilita la absorción de líquidos ⁽⁴⁾. En lo sociocultural, las mujeres presentan mayor probabilidad de contraer una ITS y no tratarla debido a que frecuentemente son

asintomáticas y aunado a esto existe vergüenza o temor de acudir a los servicios de salud, además del poco tiempo que tienen para responsabilizarse de su salud debido a situaciones sociales que las llevan a tener dobles jornadas de trabajo o trabajo dentro del hogar ^(4,8,9).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde que comenzó la epidemia por el VIH en 1981, la región de las Américas ha buscado dar respuesta a la infección por el VIH y otras ITS, basándose en un enfoque de salud pública y derechos humanos⁽⁹⁾. A pesar de que ha habido avances, siguen existiendo brechas y retos en el tema de estas infecciones, por lo que se vuelve necesario tomar medidas y estrategias innovadoras y eficaces que fortalezcan a los grupos afectados para disminuir y erradicar este importante problema de salud.

Si bien se ha dado cabida a atender, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva, es importante reconocer, identificar y atender a las necesidades de cada grupo y persona de acuerdo con el sexo, género, edad, identidad de género, orientación sexual, entre otros ^(8,10).

Es importante recordar que desde la conferencia de Alma Ata en 1978, se ha hecho énfasis en ver a la salud como un derecho humano para todas las personas, incluidas las mujeres. Este es un derecho que se debe garantizar; sin embargo, no ocurre así. Se apela a que el sistema de salud intervenga o participe de los Determinantes

Sociales de la Salud (DSS) de la población y en este caso, de las mujeres ⁽¹⁾. De tal suerte que, hoy en día sigue estando vigente el reto de dar prioridad a las personas, verlas como un ser integral y no como una enfermedad o estadística más; así como apelar hacia un enfoque de promoción de la salud y prevención, más que curativo.

Para la OMS, los DSS son *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen”* ⁽⁹⁾. Estas circunstancias son producto de la distribución del poder y los recursos que tienen dependencia con las políticas adoptadas en cada contexto; esta distribución, al no ser equitativa genera injusticia e inequidad social y por lo tanto repercute en la salud de los más vulnerables. Desde este enfoque de DSS, es imperante advertir el papel que juega el género y cómo permea tanto en la salud como en el nivel de participación de las mujeres al trascender el nivel socioeconómico y la etnia ⁽¹⁰⁾.

El género establece relaciones sociales de poder desigual entre hombres y mujeres lo cual da como resultado inequidad en el ámbito de la salud, así como en la vida en general. Dentro de estas relaciones de poder, a las mujeres se les ha conferido un papel de subordinación y dependencia hacia el poder masculino, además de ser devaluadas socialmente con relación a los hombres y no se les reconoce como personas con derecho a elegir sobre su cuerpo. Al visibilizar al género dentro del proceso salud-enfermedad, se busca evidenciar las diferencias entre hombres y mujeres, que

adicionalmente a las cuestiones biológicas, son cultural y socialmente asignadas ^(10,11).

Hacia la participación para la salud de las mujeres.

Como instrumento fundamental para lograr la salud, la participación comunitaria como proceso, busca empoderar colectiva e individualmente, para desarrollar capacidades, planificar, actuar, evaluar esfuerzos y ajustar metas que tengan impacto directo en los problemas y necesidades de salud. Incluso se habla de brindar a las personas una sensación de poder resolver sus problemas reflexionando y actuando colectivamente; la oportunidad de “controlar su destino” ^(12,13).

La participación social en salud apela a la toma de decisiones y de poder; y a su vez depende del poder que los grupos e individuos de éstos tengan y no sólo del propósito por el cual actúen ^(6,7). Así mismo, en dependencia de los procesos sociales que estén involucrados, la participación podría ser transformadora al empoderar y emancipar grupos marginados; sin embargo, se vuelve necesario poner especial atención a las relaciones de poder que surgen en los grupos, ya que esto podría trastornar el proceso de participación y exacerbar las ya de por sí inequidades presentes en el sistema actual ⁽¹⁴⁾.

Para que un estado pueda atender a las necesidades de su población, se debe tener en cuenta el contexto, sus necesidades, sus prioridades y así poder dar una respuesta focalizada, innovadora, eficaz y sobre todo sostenible ⁽⁹⁾. Por mucho tiempo, ha existido una tendencia a mirar hacia determinados grupos que representan estadísticas preocupantes; sin embargo, se ha dejado de visibilizar las repercusiones que un problema de salud como las ITS, conlleva a corto y largo plazo para las mujeres, dando soluciones enfocadas a ciertos grupos, dejando de lado otros.

De Roux ⁽¹⁴⁾, refiere la importancia y necesidad de impulsar la presencia ciudadana en programas y proyectos de desarrollo social; sobre todo de la población más pobre o los llamados por Menéndez, grupos subalternos y bien podrían entrar en las mujeres en esta categoría ⁽⁶⁾.

Como justificación ética, la participación comunitaria rechaza que se cosifique a la población y enfatiza en potenciar a las personas como sujetos históricos en la construcción de sus futuros ⁽¹⁵⁾. Ya Menéndez hablaba de una actitud a-histórica visibilizando una tendencia a ver un “vacío histórico”, actuar como si no hubiese existido participación anteriormente y resalta cómo esto impide la comprensión de por qué ciertos grupos participan o no, de tal o cual forma; por tanto, se debe recuperar las experiencias participativas pasadas para lograr un sustento y posibilitar que surjan actividades participativas ⁽⁶⁾.

En consecuencia, debe plantearse la búsqueda de la reivindicación ciudadana en la definición de prioridades, buscar alternativas de solución y en la toma de decisiones, es decir, la participación debe ser vista como finalidad y como derecho teniendo como objetivos el desarrollo de una conciencia crítica, política y búsqueda de dignificación humana ⁽¹⁴⁾.

Asimismo, Fassin ⁽¹⁵⁾ refiere que a raíz de la movilización de la Atención Primaria en Salud, el sentido de la comunidad tuvo una transformación y pasó a ser “el corazón de la política sanitaria mundial”. Se presenta a la comunidad como una identidad que se construye sobre una misma cultura o en torno a la percepción de un riesgo de salud por el cual se da la unión de un grupo o población. Esta idea de comunidad, pone especial atención a la movilización sobre los individuos; se apela a la auto responsabilización para que se pueda llegar a una autonomía, que finalmente, tendrá un efecto en la colectividad ⁽¹¹⁾.

En este punto, es indispensable reconocer la importancia de la participación de las mujeres en el ámbito de la salud o como se plantea en el documento de la organización social Alforja ⁽¹¹⁾, es necesaria una “nueva forma de ser mujer en el mundo”; de dotarlas de herramientas para puedan ser protagonistas, que tengan impulso y protagonismo social y político. En el momento en que las mujeres consiguen poder para ejercer su participación, como parte del proceso de empoderamiento tanto a nivel individual y colectivo, comienzan a

construir su autonomía que a su vez implica reconstruirse personalmente y cuestionar la cultura que domina políticamente ⁽¹³⁾.

A este respecto, Menéndez refiere que la participación aparece como un mecanismo donde las mujeres como protagonistas pueden experimentar su propio poder y sus posibilidades de actuar ante la problemática de su vulnerabilidad frente a las ITS y otros problemas de salud ⁽⁷⁾.

Por lo cual se sugiere que la participación como proceso social contribuya a que los grupos vulnerados, en este caso las mujeres, definan y persigan activamente la identificación de sus necesidades y puedan tomar decisiones y establecer mecanismos para satisfacerlas ⁽¹⁶⁾.

Asimismo, es preciso empezar a visibilizar a las mujeres que no tienen poder o que no tienen *“la palabra”*, como menciona Menéndez; transformar a las mujeres y convertirse en actoras que ya no reproduzcan la estructura, sino que la cambien ⁽⁶⁾.

Una experiencia que demuestra que la participación de las mujeres en salud puede ayudar a desarrollar habilidades en su autocuidado y desarrollar una identidad de contribución a la sociedad es la planteada por Schneider ⁽¹⁶⁾, quien sugiere que la participación de las mujeres tiene el potencial de alterar las relaciones de género dominantes y así tener un impacto positivo en la salud y el bienestar de las mujeres. Se habla de crear una concienciación feminista para transformar sus vidas y visibilizar, que debido a la estructura de los servicios de salud, es necesaria la creación de servicios basados en las necesidades de las mujeres ⁽¹⁶⁾.

Como se propone en el documento de la organización social de Alforja ⁽¹¹⁾, se puede partir de la idea de que para deconstruir la cultura política dominante (patriarcal) y construir una nueva visión cultural y política, se necesita apropiarse del principio central del feminismo de que lo personal, es político ^(11,13).

CONCLUSIONES

Las enfermedades o eventos adversos en salud tienen un origen multifactorial y debe ser un imperativo reconocerlo, se debe dejar de ver como un problema biomédico y más bien reconocer que más que una enfermedad también se trata de una persona. En el caso de las ITS, es urgente visibilizar la importancia de las mujeres como un grupo vulnerable ante éstas y reconocer el papel que juega el sistema de salud y los

procesos de participación que se derivan y permean directamente en las mujeres y su salud.

Reflexionar sobre los determinantes sociales y factores que giran en torno a la participación, puede implicar un desafío para las mujeres y para el sistema de salud; sin embargo, permitiría replantear las formas en que se atienden estas infecciones y las distintas repercusiones que tienen en el

bienestar de las mujeres como grupo vulnerable.

Lograr que las mujeres se empoderen y se reconozcan con derechos, puede contribuir a que este tipo de eventos en salud no sigan en aumento, ni mucho menos llegar hasta

consecuencias graves, que, en muchas ocasiones son mortales. Es aquí donde la participación en salud debe estar presente y formar parte de la consciencia colectiva de este grupo y del quehacer del sistema de salud para lograr una transformación de los procesos que lo estructuran.

REFERENCIAS

1. OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS. 2019. [consultado 2019 noviembre] Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
2. Cruz Palacios C, Ramos U, Gonzales A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS [Internet]. 2011. [consultado 2019 noviembre]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>
3. Morbilidad SN de VE (SUIVE) 2017-2018 A de. Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2018 Población General. [Internet] 2018 [consultado 2019 noviembre]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html#>
4. Cabrera-Aponte MA, Perez-Jimenez D, Serrano-Garcia I. Género y Prácticas Sexuales: Su Rol en la Prevención del VIH/ SIDA. Bone.[Internet] 2008;23(1):1–7. [Consultado 2019 noviembre]. Disponible en: <http://bookshelf.albizu.edu/newbookshelf/pdf/Ciencias%20de%20la%20Conducta%202009-Vol-24-Iss1.pdf>
5. OPS. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Washington, D.C: OPS-OMS; 2016.
6. Menendez, E. Las múltiples trayectorias de la participación social. En Participación Social ¿Para qué? Menéndez, Spinelli, coord. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
7. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. PLoS One [Internet]. 2015;10(10):1–25. [consultado 2019 noviembre]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
8. Marcovici K, Programa Mujer S y DOP de la S. El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. 2002;1–25.
9. World Health Organization (WHO). Los Determinantes Sociales De La Salud. Vol. 14, Universidad y Salud. 2012. p. 5–5.
10. Careaga Pérez G. La perspectiva de género en la salud reproductiva. Vol. 136, Gaceta médica de México.[Internet] 2000. 79–82 p. [Consultado 2019 noviembre]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2000-136-SUP3-79-82.pdf
11. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Sistematización de experiencias de participación ciudadana en Costa Rica y empoderamiento de mujeres [Internet]. Health Policy and Planning. 2006. 9–37 p. [Consultado 2019 noviembre]. Disponible en: https://cepalforja.org/sistem/sistem_old/alboan/7_sistematizacion_exp_part_ciudadana_CR_y_empoderamiento_mujeres.pdf

12. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación. En Participación Social ¿Para qué? Menéndez, Spinelli, coord. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
13. Bichmann, Wolfgang, Rifkin, Susan B & Shrestha, Mathura. (1989). Towards the measurement of community participation. [En línea]. *World health forum*. 1989 ; 10(3/4) : 467-472.[Consultado] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/47769>
14. De Roux G. Participacion Y Cogestion. *Educ Med Salud*. 1993;27(1):50–60.
15. Fassin, D. Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En Participación Social ¿Para qué? Menéndez, Spinelli, coord. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
16. Schneider SD. Radical remedies: Women, health, and the micropolitics of grassroots organizing in Mexico. [Internet] *Medical Anthropology Quarterly*. 2009;23(3):235–56. [Consultado 2019 noviembre]. Disponible en: DOI: 10.1111/j.1548-1387.2009.01058.x