

TAULA 2. SOBRE EL DRET A LA SALUD



La gestió política un factor de vulnerabilitat?
II Jornades organitzades per Àmbit-Prevençió i
Creació Positiva
31 d'octubre de 2007

RESUMEN

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Carme Valls- Llobet

Programa Mujer salud i Qualitat de Vida del CAPS
caps@pangea.org

RESUMEN

La promoción de la salud de hecho es una ciencia. Es un campo de la sanidad de muy reciente aparición que tiene en cuenta sobre todo la educación sanitaria, la educación en hábitos favorables a la salud, tanto en la lucha contra las adicciones como en una actitud positiva con relación al propio cuerpo, hacia el entorno y hacia la utilización incluso de los servicios sanitarios y por tanto en la creación de habilidades que permitan a las personas una actitud saludable hacia su desarrollo vital y hacia su entorno.

En teoría una buena promoción de salud debería tener en cuenta y exigir no medicalizar excesivamente los procesos vitales, ni la lactancia ni los embarazos, ni los partos, ni la menopausia, ni la misma menstruación sino al contrario, proporcionar suficiente información a la población tanto masculina como femenina de sus propios procesos y darles recursos para que puedan vivir con plenitud y sin agredirse ni personalmente ni a su entorno.

Es clásico el planteamiento de Lalonde del año 1974 en que analizaba las variables de salud teniendo en cuenta que el estilo de vida y el medio ambiente eran dos de las variables que más podían afectar a la salud de la población junto con la biología humana y el sistema sanitario.

En cambio el reparto de recursos que había en aquel momento ya mostraba que para promover cambios en el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana había menos recursos que para el conjunto del sistema sanitario. Por lo tanto ya existía un sesgo en la distribución de recursos que no consideraba importantes las variables

que se señalaban como factores que pueden alterar la salud de la población.

Toda la estrategia de promoción de la salud que se ha desarrollado en los últimos 25 años del siglo XX se ha basado precisamente en esta apreciación de Lalonde en la que analizaba las causas de morbilidad y mortalidad más prevalente entre el sexo masculino

Por lo tanto la primera apreciación desde el punto de vista de género es que los estudios epidemiológicos en los que se centró Lalonde se basaban sobre todo en las formas de enfermar del sexo masculino.

La visión que queremos plantear desde nuestro grupo (DSQ-CAPS) y de M. Frankenhaeuser se basa en los estudios de Jerelynn Prior que sostiene que la salud de las mujeres depende tanto de la biología como de la psicología propia y está inmersa en una cultura y en una sociedad determinada.

Nuestra propuesta es que la biología y la psicología de las mujeres son diferentes a la de los hombres y que están inmersas en a cultura y la sociedad lo que sí produce cambios en los estados de salud física y mental.

Si entendemos estas diferencias y entendemos también el abordaje de Marian Frankenhaeuser (Quadern CAPS 24) plantearon que la salud depende de las condiciones de trabajo, del soporte social, de las diferencias biológicas y psicológicas y de los valores y creencias que cada persona tiene.

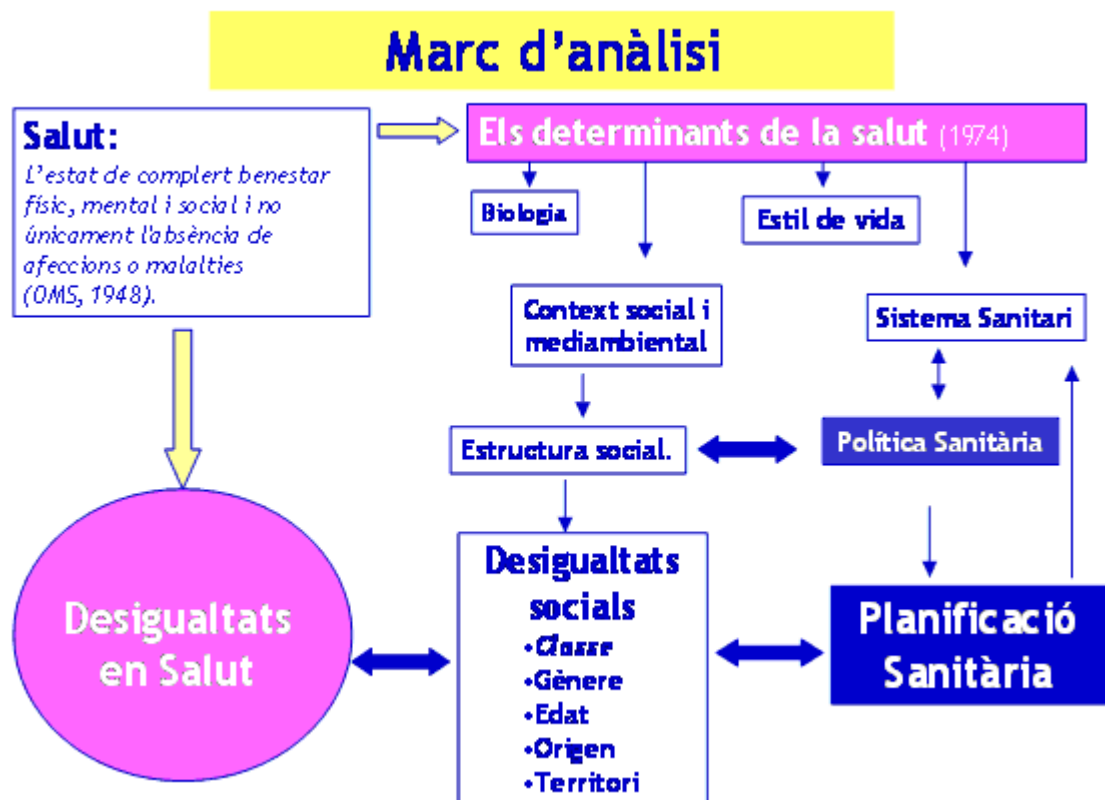
Tenemos que plantearnos que para abordar la promoción de la salud desde una perspectiva de género no podemos limitarnos a la biología ni al medio ambiente sino que tenemos que plantearnos el entorno social y de creencias, la biología, la psicología, los aspectos de condición social, los problemas medioambientales, los estilos de vida y las conductas. A ello hay que añadir que unos determinados estereotipos de género limitan las posibilidades de investigar de una forma clara los factores de riesgo que pueden condicionar la salud y por tanto la misma promoción de la salud.

Los sesgos de género en la investigación médica serían: Los estereotipos de género.

- Los sesgos en investigación.
 - La no valoración de las condiciones de vida y trabajo.
 - La ausencia de investigación en morbilidad diferencial, evolución y tratamientos.
 - La organización sanitaria androcéntrica.
 - Los sesgos en prevención y promoción de la salud.
-

LA POLÍTICA SANITARIA AL MARGE DE LES DESIGUALTATS PER CLASSE SOCIAL (1994-2002)

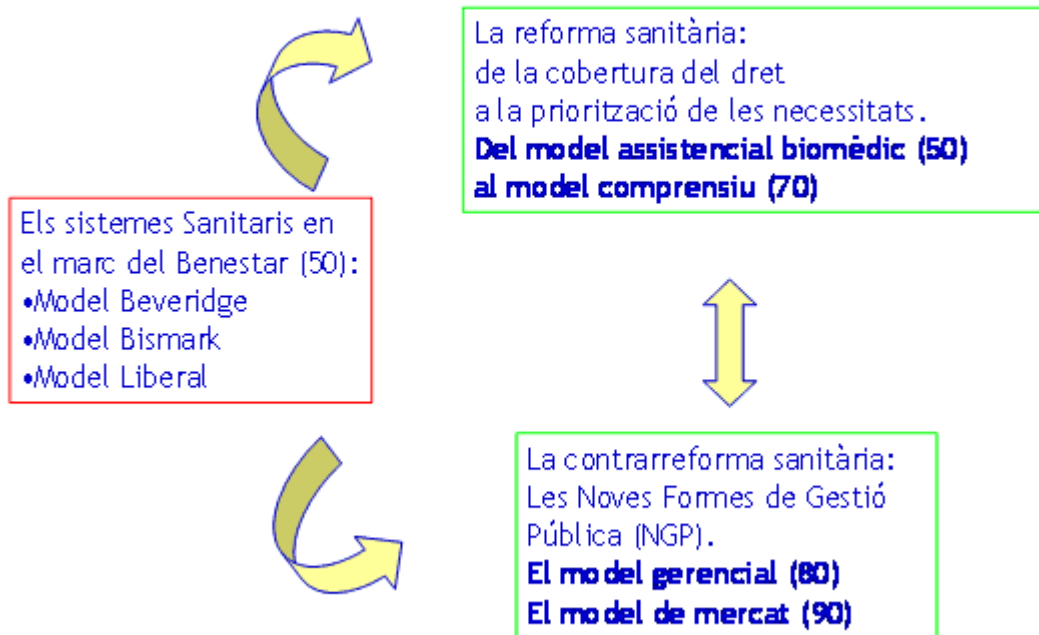
Roser Pérez Giménez
Sociòloga.



Política Sanitària

- La Política Sanitària es la representació de les aspiracions socials respecta la salut. S'identifica amb els ideals d'un dels models d'EB, i es concreta en la formulació del dret a la salut.
- En termes de política social, la política sanitària pretén reduir les desigualtats en salut en el marc dels EB europeus.
- L'Organització Mundial de la Salut (OMS) aporta elements de reflexió i propostes als països membres que s'incorporen a l'Estratègia de Salut per a tothom en el 2000.
- La Política Sanitària, en el model socialdemòcrata-comprensiu, utilitza els Plans de Salut per operativitzar la cobertura del dret.

Política Sanitària



Preguntes respecte la Planificació Sanitària

- S'ha planificat tenint en compte com a criteri la distribució de les desigualtats en salut per classe social o la planificació s'ha basat en directrius clíniques?
- La planificació sanitària ha contribuït a la reducció de les desigualtats en salut entre les classes socials?

Plans de salut

- La planificació sanitària no recull la realitat de l'estructura social
- El diagnòstic social es planteja sota paràmetres epidemiològics.
- En el 1er. Pla es tracta la immigració com a grup vulnerable, però no hi ha continuïtat en els següents.
- Promoció prevenció assistència rehabilitació en relació als eixos de desigualtat (no es consideren)
- Èmfasis en l'estil de vida.
- Educació per la salut de caire individual (consell estructurat...)

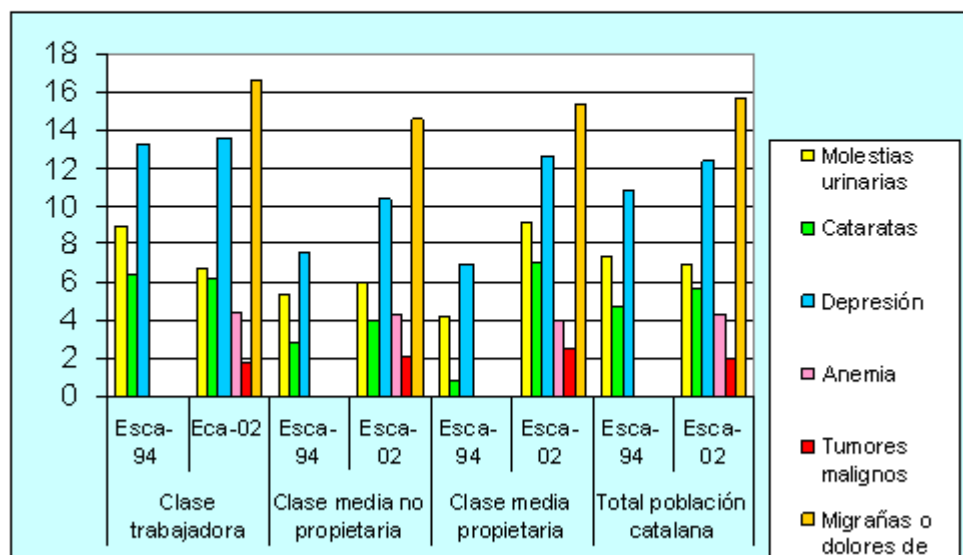
Evolució de les desigualtats per classe social(1994-2002)

- La classe treballadora manté indicadors de pitjor salut respecte de les classes mitges, que redueixen els resultats positius i alhora divergeixen entre elles. De forma que, la classe mitja no assalariada ha empitjorat la seva situació, aproximant-se a la classe treballadora.
- S'han reduït determinades malalties però no les desigualtats.
- Els grups amb pitjors condicions de vida mantenen els pitjors indicadors i no es redueixen les desigualtats.

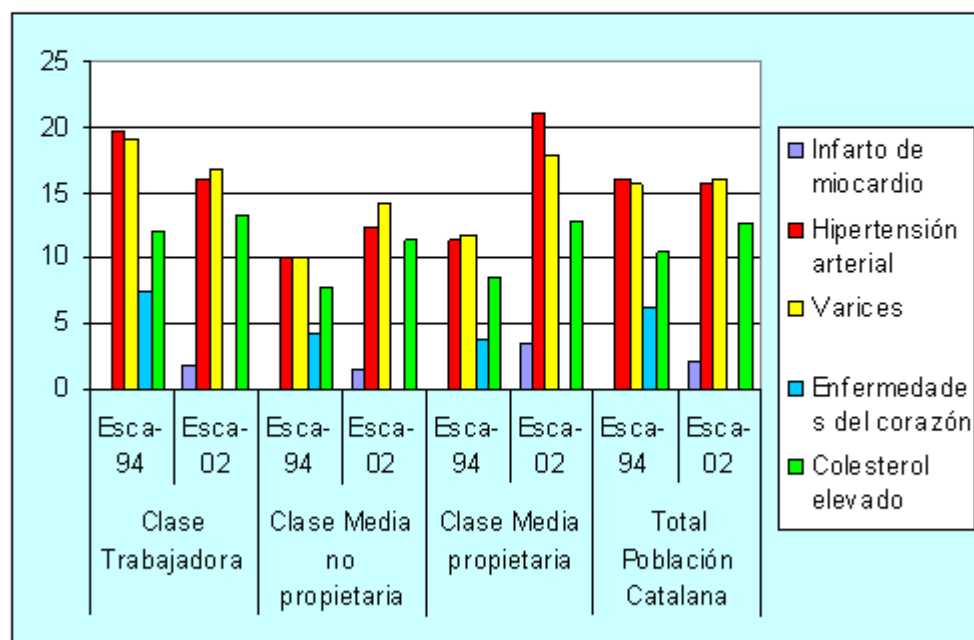
Conclusions

- La realitat de l'estructura social (eixos de desigualtat i condicions de vida) no es recull a cap dels plans analitzats i el diagnòstic social es planteja sota paràmetres que no tenen en compte les dimensions socials en las que es dona la vida de les persones, s'identifiquen les variables biològiques de edat i sexe (que no gènere).
- El model que orienta les plans s'enfoca fonamentalment vers el sistema sanitari assistencial i terapèutic, en detriment de les intervencions comunitàries sobre les condicions de vida.
- La planificació, fins i tot des del model comprensiu de cobertura universal, no garanteix que las desigualtats per classe social siguin contemplades i accedeixin a reduir les desigualtats en salut.
- La intervenció es centra en l'estil de vida (conducta i habilitats) sense considerar l'entorn en el que s'originen les desigualtats.

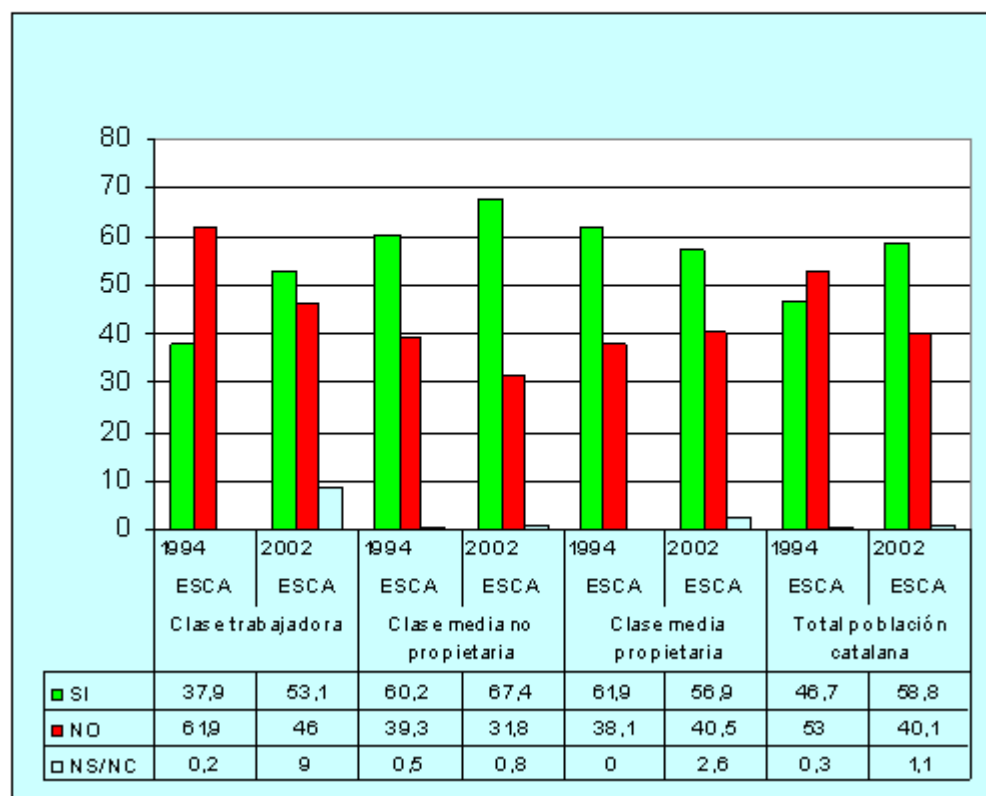
Gràfic 1. Distribució de la morbiditat (1) per classe social. ESCA (1994-2002)



Gràfic 2. Distribució de la morbiditat (2) per classe social. ESCA (1994-2002)



Gràfic 3. Distribució de la prova citològica preventiva per classe social ESCA (1994-2002)



SOBRE EL DRET A LA SALUT

Carmen Ollé Rodríguez

SASSIR Raval Sud

Hospital del Mar

El fenomen de la immigració ha suposat un impacte en l'atenció a la salut de la població. Els serveis sanitaris no han estat planificats considerant la població immigrada, el seu augment, les seves característiques, han plantejat noves necessitats a les que caldrà donar respostes adequades.

Cal tenir en compte alguns aspectes de la població immigrada que influeixen en la seva relació amb els serveis sanitaris i els professionals:

- Altres prioritats s'anticipen a la salut.
-
- L'accés al sistema sanitari sovint es produeix en situacions agudes.
- La concepció del sistema de salut en el context de país d'origen, pot ser molt diferent a la nostra.
- Els conceptes de salut a l'entorn del símptoma, la malaltia i el seu tractament poden ser molt diversos i per lo general hi ha una gran dificultat per la compressió del concepte de prevenció.

El increment de la població immigrada es projecta directament en la salut sexual i reproductiva, i això ho podem veure en la tendència a l'augment de embarassos en les dones procedents de països amb renda baixa.

Cal recordar que quan ens referim a la salut sexual i reproductiva, ho fem sota els principis d'igualtat i equitat de gènere, dels drets sexuals i reproductius i de l'atenció centrada en la persona tots aquest drets van estar definits en la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament l'any 1994 i reafirmats en la

IV Conferència Mundial sobre la dona Beijing l'any 1995 i la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament l'any 1999.

Els orígens, estil de vida, nivell d'instrucció, patrons familiar, tipus d'habitatge, marc laboral precari i el propi rol de gènere son entre d'altres situacions que s'afegeixen al fet migratori i que determinen desigualtats en salut i en conseqüència una major vulnerabilitat en salut sexual i reproductiva, que s'expressa en diferents vessants. Potser la que mes en exclama es la relacionada amb la violència contra les dones.

Les dades de l'any 2005 elaborades per el Instituto de la mujer, referides a les taxes de dones mortes per milió de dones per violència per la parella o ex-parella segons origen son prou expressives: 11,62 per les estrangeres front 1,85 per les espanyoles. Per suposat això no ens deixa indiferents i ens ha de provocar a actuar en la prevenció.

Moltes d'aquestes dones tenen en comú patrons culturals marcadament patriarcals, desconeixement de la llengua local, situació administrativa irregular, aïllament, canvis de rol, algunes d'elles poden estar submergides en el mon de la prostitució i del tràfic de persones, tot plegat els hi resta oportunitats i encara les fa més vulnerables, amb més dificultats per enfrontar-se a aquesta situació. Algunes de les manifestacions de la seva vulnerabilitat es poden expressar en

el context de la salut sexual i reproductiva com son els embarassos no desitjats, l'embaràs a l'adolescència, els avortaments, les infeccions de transmissió sexual / VIH, els dolors abdominals crònics, la infertilitat, la incapacitat de negociar l'ús del preservatiu o incorporar un mètode anticonceptiu, entre d'altres.

En general, la població immigrada respecte nosaltres es pot preguntar:

- Com funciona el nostre sistema sanitari i per que? Centres d'atenció primària, hospitals, centres d'atenció continuada, urgències hospitalàries, 061...
- Qui som? Personal administratiu, d'infermeria, mèdic ...
- Que fem i per que? Cita prèvia, visita concertada, visita domiciliaria, visita als serveis d'urgència...
- Com ho fem i per que ? Entrevista, exploració física, exploracions complementàries, inter - consultes, derivacions a especialistes o a altres centres...
- Per que cridem i parlem de forma autoritària?
- Papers, quins, on ?

Els professionals respecte la població immigrada ens podem preguntar?

- Que diuen o que volen dir ? No hi ha qui els entengui...
- Per que no expliquen be el que els hi passa? Ens atabalen...
- Per que no fan cas del que els hi recomanem i no segueixen els tractaments? No entenen res...
- Per que es venen a visitar contínuament d'urgència? Fan el que volen...
- Per que arriben tard? Van a la seva...
- Per que son tan demandants? Sempre exigint...

La població immigrada ens ha posat de manifest, les dificultats en la comunicació amb aquesta població. Hem d'entendre que quan ens

referim a la comunicació, ho fem no sols en relació al idioma i al llenguatge no verbal sinó també a les condicions socials, econòmiques, laborals, als estils de vida, l'estructura familiar, als aspectes religiosos i culturals, als codis de salut, l'alimentació, etc. que donen identitat a la persona.

Es necessari posar en actiu un procés d'aproximació, cal que els professionals observem, escoltem, preguntem allò que desconeixem de la seva cultura, cal evitar els estereotips, cal garantir el respecte i comprendre sense jutjar, cal poder donar una informació adequada per garantir una assistència de qualitat.

Es important conèixer a l'altre, quin ha estat el seu trajecte migratori, com viu, avaluar la seva demanda considerant la seva perspectiva, individualitzar.

Però també cal que detectem el que es necessari per millorar la relació professional sanitari – pacient en el marc de la diversitat. La formació, disposar de temps, l'elaboració de guies i protocols, unitats especialitzades de suport, els traductors, els mediadors, i els agents de salut comunitaris entre d'altres, son algunes de les eines que poden respondre a aquestes necessitats.

Algunes qüestions que ens podem formular fins i tot mes enllà del fet migratori serien:

- Els nostres serveis estan oferint a la població el que de debò necessita?
- La població més vulnerable té accessibilitat als serveis actuals?
- I la perspectiva comunitària? Estem treballant amb la comunitat?
- Fem prevenció ? o potser el que estem fent es contenció?
- Que entenem per educació sanitària en el segle XXI?

Sens dubte cal una profunda reflexió, obrir un debat i elaborar respostes que possibilitin reorganitzar i adequar els serveis a les noves realitats i necessitats amb la participació de: professionals, ciutadania i administració.