

LA SALUD: ENTRE LO TEÓRICO Y LO REAL

Sonia Inés Betancur López¹⁰⁸

RESUMEN

Este escrito pretende compartir la concepción que tiene un grupo de mujeres usuarias del programa para el control del cáncer de cuello uterino y mama de la Universidad de Caldas, en Manizales-Caldas-Colombia, acerca de la salud y sus factores determinantes, estableciendo un paralelo con las definiciones descritas con mayor frecuencia por diferentes autores y organizaciones de la salud. Se describen reflexiones sobre la relación entre los conceptos que manifiestan y las vivencias o hábitos que ponen en práctica, los cuales inciden en la prevención o el riesgo para adquirir enfermedades del tracto genital inferior femenino, especialmente el cáncer de cuello uterino. Algunas de las concepciones y creencias se constituyen en obstáculos para desarrollar estilos de vida saludables y se convierten en convivencia con los factores considerados de riesgo para producir la enfermedad, lo cual se transforma en casos que se aportan a las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Se plantea la educación para la salud como una estrategia necesaria para tratar de cambiar los comportamientos nocivos, siempre y cuando los paradigmas educativos cambien y se intervengan los diferentes grupos de población, especialmente la niñez y la adolescencia, momento en el cual se establecen y se consolidan las formas de actuar de los individuos y los colectivos.

PALABRAS CLAVES: Concepciones, cultura, salud, cáncer de cuello uterino, prácticas, educación.

ABSTRACT

The intention of this text is to share the conception that a group of women, affiliated to the control program for uterine neck and breast cancer in the Universidad de Caldas, Manizales, Colombia, has on health and its determining factors. Their opinions were correlated with the definitions most commonly used by different authors and health organizations. The reflections on the relation between the concepts and their practical habits, which affect the prevention or risk of obtaining a lower feminine genital tract illness, especially uterine neck cancer are described. Some of the conceptions and beliefs become obstacles in the development of healthy life styles as well as converging with the risk factors that lead up to the illness; all of which is transformed in cases presented in morbidity and mortality statistics. Health education is proposed as a strategy necessary for the behavioral change, as long as the educational paradigms are transformed and different age groups are intervened, especially childhood and the teenage years, since these are the moments during which the behaviors of individuals and groups are established and consolidated.

KEYWORDS: Conceptions, culture, health, uterine neck cancer, practices, education.

¹⁰⁸ Docente Titular Universidad de Caldas. Departamento de Salud Pública. Licenciada en Enfermería. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. e-mail: soniai@ucaldas.edu.co

INTRODUCCIÓN

La salud ha sido habitualmente orientada hacia lo curativo, más que a lo preventivo, es decir, para su abordaje se ha tenido una visión parcial y no holística; en especial los programas sanitarios dirigidos a la comunidad han hecho énfasis en los aspectos asistenciales y administrativos – aumento de cobertura de atención, mayor presupuesto para insumos hospitalarios, adquisición de tecnología, entre otros- como medio para controlar la mortalidad, pero se reconoce por parte de los agentes de salud y otros profesionales de las disciplinas sociales, que son los aspectos culturales los que más interfieren en el proceso que evita la adquisición de enfermedad.

En este sentido, son quizás los aspectos culturales: concepciones, creencias y prácticas, los que necesitan mayor comprensión e interpretación, para desarrollar acciones tendientes a producir cambios relacionados con el control de los factores de riesgo y el fomento de los factores protectores.

En el proceso salud-enfermedad, la complejidad es la característica predominante y está dada por la multiplicidad de variables que intervienen en su determinación, desde los procesos físicos, químicos y biológicos reconocidos, hasta las complejas estructuras simbólicas de la cultura y las relaciones sociales.

Un elemento fundamental en la comprensión de la salud como proceso social, es la forma como los individuos y los grupos asumen el fenómeno del comportamiento, caracterizado por las maneras de actuar frente a las situaciones de la vida, de moverse hacia las metas deseadas y de movilizar los recursos disponibles para alcanzarlas. La base de este concepto, incluye los individuos que interactúan con las situaciones perturbantes y responden a ellas de manera saludable y como resultado, aprenden el proceso de afrontar el comportamiento nocivo, con un estilo de vida apropiado tanto en el ámbito individual, como en el familiar y social.

Para encontrar esa relación entre lo que se piensa y lo que se hace, es fundamental desentrañar el carácter y la naturaleza de los imaginarios culturales, entendidos éstos como los elementos que constituyen una base a través de la cual, el individuo interpreta el mundo, en la medida en que, la relación con el mundo está mediatizada por las representaciones mentales que de él tenga y que cambiarán significativamente a lo largo de su proceso evolutivo y su interrelación con el contexto sociocultural en el que está inmerso.

La cultura está fundamentada en los pensamientos, estados de ánimo, sentimientos, creencias y valores; consiste en la vida interior, invisible y mental de los seres humanos. Cuando se habla de cultura, se hace referencia al universo de la subjetividad, a ese universo resultado de la experiencia humana. La cultura se concibe entonces como el significado colectivamente construido por un grupo social en sus relaciones con el entorno. Lo anterior, implica que en la construcción de un imaginario cada grupo social aplica una lógica particular, que es la sistematización de su universo simbólico, lo cual le confiere características únicas y le da identidad en lo universal, asumiéndolo así como propio. En este sentido la cultura no es estática, está en constante evolución, siendo su dinámica estimulada por los procesos de intercambio cultural que afectan la percepción que se tiene del entorno y de las otras culturas y modifica los modos de sentir, construir identidades y concebir el mundo.

Uno de los propósitos contemplados en un estudio que se inició en la Universidad de Caldas, con un grupo de pacientes usuarias del programa para el control del cáncer de cuello uterino, con edades que oscilaban entre los 18 y los 50 años de edad, pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 y con predominancia escolar de primaria incompleta, pretendía encontrar respuestas a las preguntas: ¿Qué concepto de salud tienen las mujeres usuarias del programa para el control del cáncer de cuello uterino de la Universidad de Caldas? y ¿cuál es la relación entre dicho concepto y las acciones que ponen en práctica para prevenir dicha enfermedad? Para lograr respuestas, se indagó, a través de diferentes estrategias, sobre dicha concepción y algunos de los hallazgos se comparan en este escrito con algunos de los referentes teóricos más conocidos sobre salud.

En primer lugar, es necesario afirmar que son innumerables las definiciones que se han emitido sobre lo que es la salud, tanto desde las organizaciones académicas y de autores relacionados con las áreas de la salud, como de los organismos gubernamentales encargados de fomentarla, protegerla y recuperarla. Por tales razones, algunas de dichas definiciones comparten elementos conceptuales o se retoman las ya existentes para agregar otros análisis desde otras perspectivas. Se entiende pues, que los conceptos evolucionan en la medida que se producen cambios en lo cultural, lo socioeconómico, lo político y en general en todos los momentos del desarrollo humano.

Se hace referencia a algunas de las definiciones más conocidas de la palabra salud y sus coincidencias o diferencias con las encontradas en un grupo de mujeres procedentes del área urbana de la ciudad de Manizales, con una experiencia compartida de enfermedad preneoplásica o neoplásica del tracto genital inferior, ya que para descubrir su imaginario sobre la salud, se requiere encontrar los elementos comunes en su pensamiento, los cuales manifiestan en su propio lenguaje cuando se incitan a reflexionar sobre dicho término y al que generalmente se refieren a través de las características o propiedades que le atribuyen.

Según Laín-Entralgo¹⁰⁹, la salud humana es una estructura compleja definida por: un criterio subjetivo, es decir, el sentimiento difuso de bienestar o en otras palabras sentirse bien, estar bien y un criterio objetivo determinado por la valoración de los aspectos morfológicos, funcionales, de rendimiento vital y de conducta. La esencia de este concepto fue retomada por Edgar Morin¹¹⁰ en 1983 en su libro "El método: la vida de la vida" en el cual expresa que "la salud es una condición de la vida misma y que el ser humano es proceso y resultado de las relaciones entre dos sistemas hipercomplejos: el biológico y el cultural. Cuando coexiste la normalidad de lo objetivo con el sentimiento subjetivo de bienestar se puede hablar de una salud perfecta. No obstante, el estado saludable sólo es percibido por los sujetos en la medida que existen manifestaciones que así lo demuestran, es decir, la ausencia de síntomas o estados de ánimo que presagien enfermedad, como lo expresa una de las mujeres entrevistadas: "yo me creía muy sana, yo no sentía nada raro, sólo vine a chequearme por ver cómo estaba y salí de aquí con un diagnóstico de principios de cáncer, casi me muero del susto, ¿si ve? Es que una cosa piensa uno y otra es la realidad".

¹⁰⁹ Laín Entralgo P. Concepto de salud y enfermedad. Patología general de Balcells. Barcelona: Toray, 1965. p.9

¹¹⁰ MORIN, Edgar. El método: la vida de la vida. Madrid: ediciones cátedra, 1983. p.482

En el texto llamado el fenómeno de la salud escrito por David Bersh¹¹¹ se encuentra el análisis de las principales definiciones sobre salud, que en este caso son tenidas en cuenta para contrastar y analizar con los imaginarios de las mujeres sujeto de estudio.

En este sentido se encuentra la definición de la Organización Mundial de la Salud –OMS– “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” podría decirse que algunas mujeres de este estudio son congruentes con dicha definición, cuando expresan: “salud es un equilibrio entre la mente, el cuerpo y lo que nos rodea” y si se piensa en la definición de Sigerist “la salud no es la ausencia de enfermedad sino algo positivo, una alegre actitud hacia la vida y animosa aceptación de las responsabilidades que la vida pone al individuo” se encuentran similitudes conceptuales en las mujeres que opinan que la salud es “tener alientos para trabajar, para dormir, para cumplir con las obligaciones familiares, para sonreír”. Se diría que la concepción de salud está siempre ligada a la capacidad de ejecutar actividades que a su vez proveerán momentos de satisfacción, pero a su vez se entiende la salud como un estado que le permite al individuo cumplir con las obligaciones laborales y familiares lo que igualmente expresa la definición de Parsons¹¹² “la salud es el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado”.

En la concepción de Blum se hace referencia a la salud “como la capacidad del organismo para mantener un balance apropiado para su edad y necesidades sociales...” en este sentido una de las mujeres entrevistadas manifestó: “salud también es, tener pasatiempos y divertirse a pesar de la edad”.

La salud en el ámbito de la cotidianidad individual se manifiesta como un proceso que se debate entre los aspectos biológicos, religiosos y socio-económicos. En primera instancia, lo biológico, que en el caso del programa para el control del cáncer de cuello uterino está representado en el diagnóstico, producto de la toma citológica y colposcópica, además el tratamiento, el seguimiento y la información que es entregada a la mujer por el personal de salud, sobre los hallazgos clínicos encontrados a través de la valoración y que causa todo tipo de reacciones y sentimientos en la mujer examinada, las cuales pueden ir desde un sentimiento de auto-incriminación, pasando por la búsqueda de culpabilidad en la pareja o compañero sexual, hasta la asociación con la idea de muerte inminente o próxima, la cual se maximiza o atenúa en la medida que se tengan referencias o experiencias próximas, tal es el caso de familiares o amigas con problemáticas afines, es decir, existe una forma de conocimiento previo individual, que se entremezcla con la experiencia vivida y por tanto válida para un sólo sujeto y entre ambos se configura para esa persona una visión del mundo, que constituye una interpretación parcial de éste y que se modifica permanentemente cada vez que se reincorporan nuevos mensajes y se le dan nuevos sentidos. Frases como: “me puse como loca cuando me dijeron que la citología estaba mala, inmediatamente pensé que ya me iba a morir” así lo evidencian.

En segunda instancia, el concepto de la voluntad divina como definitoria de los estados de salud y enfermedad que en cierta forma liberan a la persona de la autorresponsabilidad y

¹¹¹ BERSH, David. El fenómeno de la salud. Bogotá: ICFES-ASCOFAME. s.f. p. 17

¹¹² PARSONS, Talcott. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure (1958) En: Concepts of Health and Disease, ed. by: Caplan, A. Et al. Reading (Massachusetts), Addison-Wesley Pu. Co. 1981.57-8.1

le transfieren la decisión del bien-estar o mal-estar a la representación de un ser superior que todo lo puede y en cuyas manos se deja el destino de cada ser vivo, según la expresión encontrada en una de las entrevistas que afirmaba: “Dios es el único que decide en últimas si uno se enferma o se alivia, por eso yo tengo fe en él” . Finalmente, se encuentra, en el concepto de las mujeres, los aspectos socio-económicos como factores determinantes de la salud, en forma importante y reiterativa: “es que a uno no lo atienden hoy en día sino hasta que está muriéndose”, “sólo los ricos tienen derecho a enfermarse”, “al pobre le dan pásticas para calmarle el dolor y lo devuelven para la casa y es por eso que las enfermedades le avanzan a uno y cuando se da cuenta ya es muy tarde”, “habemos personas que no tenemos ni siquiera Sisben¹¹³ porque prefieren a los que hacen política para dárselo y uno que es bien pobre, a veces no tiene ni para el pasaje para ir a la consulta del puesto de salud, mucho menos para comprar los remedios que le formulan o hacerse los exámenes”. Se percibe entonces, con estas frases, que la salud se enmarca y se manifiesta dentro de un contexto político-económico, dado que desde la aplicación del nuevo régimen de seguridad social (ley 100) en el país, se ha mostrado la salud no como un derecho constitucional sino como un bien económico, donde se recibe en la medida que se contribuye o se aporta al sistema, en el juego del quien da más, la población más vulnerable pierde en diferentes aspectos tales como: la posibilidad de acceder a servicios de salud de manera integral, la credibilidad en las instituciones y en el estado, cuando en la constitución política de 1991 se establece el derecho a la salud para todos los colombianos bajo principios de equidad, justicia y solidaridad, pero éstos no se aplican en la realidad y finalmente pierde la esperanza de encontrar respuesta a sus quejas o dolencias cuando se tropieza con la normatividad impuesta por los monopolios que manejan la salud y en la que se amparan para negar atención o servicios.

En general, la salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de nuestras estructuras socio-políticas, pero aún así, sólo se piensa en ella cuando se pierde o se deteriora como lo expresan algunas mujeres: “la salud es la riqueza más grande porque cuando uno está sano puede pensar en su realización personal, en preocuparse por su apariencia, por el trabajo, por la familia, pero lo que pasa es que uno es muy descuidado y no va al médico sino cuando se siente muy enfermo, pero además para qué va, si uno siente que el médico ya no tiene tiempo ni para escucharlo y lo que quiere es salirse rápido para que pase el siguiente...”. Se piensa pues, la salud como el mayor bien, se asocia con la felicidad y la calidad de vida, como el punto de partida para alcanzar otras metas y otras aspiraciones, pero se percibe un alto grado de desesperanza porque no se visualizan muchas posibilidades de alcanzarla a través del sistema administrativo imperante.

Otro elemento fundamental en la comprensión de la salud individual y su interacción con procesos colectivos, es la forma como los individuos y los grupos asumen el fenómeno del comportamiento, caracterizado por las maneras de actuar frente a las situaciones de la vida, de moverse hacia las metas deseadas y de utilizar los recursos disponibles para alcanzarlas. La base de este concepto, incluye los individuos que interaccionan con las situaciones perturbantes y responden a ellas de manera saludable y como resultado, aprenden el proceso de afrontar el comportamiento nocivo, con un estilo de vida apropiado tanto en el ámbito individual, como en el familiar y social.

¹¹³ SISBEN: régimen subsidiado en la nueva ley de seguridad social en Colombia.

La salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, que influyen sobre ella y la modifican. Si bien, una red multicausal es la que determine la salud, enfermedad y muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos ni a lo largo de la existencia. Así, los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que los que gozan de un buen nivel socioeconómico.

Las razones que subyacen a esta vulnerabilidad diferencial son las características biológicas que vuelven a ciertos individuos –que se encuentran en determinadas etapas de la vida- particularmente susceptibles a circunstancias del entorno. De este modo, para los niños, el nacimiento y posteriormente su crecimiento y desarrollo, son procesos complejos y delicados que pueden ser desviados hacia la enfermedad y la muerte por múltiples factores biológicos y sociales. En el caso de las mujeres, a los riesgos inherentes a la reproducción se suman la discriminación y falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad, que con frecuencia enfrentan¹¹⁴.

Lo anterior, permitiría afirmar más allá de toda duda razonable, que la salud constituye un interés general para todas las personas, en la medida que de ella dependen todas las actividades que el ser humano desarrolla a lo largo de su existencia, pero aún se estudian los factores a los cuales atribuirle las incongruencias evidentes entre los conceptos manifestados verbalmente con los comportamientos habituales, principalmente, cuando se trata de poner en práctica acciones individuales o colectivas para preservar, mejorar o recuperar el estado saludable, lo cual no siempre corresponde con el ideal para lograrlo. En otras palabras, los individuos y los grupos identifican, la mayoría de las veces, las causas, los síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con este conocimiento. En tal sentido, la prevención para evitar patologías preneoplásicas y neoplásicas del tracto genital inferior femenino, se ha atribuido a los imaginarios culturales de la población (concepciones, creencias y prácticas), más que al conocimiento mismo que de dicha patología se tenga, máxime cuando estos se relacionan con aspectos aún considerados tabúes, tan complejos como el ejercicio de la sexualidad, la salud reproductiva, el derecho a la intimidad, los sentimientos ante la desnudez del cuerpo, la prostitución como forma de ingreso económico, entre otros.

Cuando las creencias, sentimientos y experiencias previas afectan las prácticas preventivas de salud sexual y reproductiva tales como la consulta ginecológica, la toma de citología y la colposcopia, el uso del condón como método de barrera contra las infecciones de transmisión sexual, sólo el trabajo educativo oportuno, permanente, planificado y sobre todo persistente con los mismos grupos de población, lograrán que las mujeres tomen conciencia de la importancia del autocuidado, los beneficios derivados de una adecuada implementación de los estilos de vida saludables y una efectiva acción

¹¹⁴ Jacobson, J.L. (1993), "Women's Health: The Price of Poverty", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 3-32.

preventiva frente a los factores que generan las enfermedades preneoplásicas y neoplásicas de mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad en la región y en el país, como el cáncer de cuello uterino.

Las expresiones de las mujeres entrevistadas sobre sus sentimientos acerca del examen ginecológico y la citología son casi siempre coincidentes en la vergüenza, principalmente al examen realizado por el médico: “uno se siente muy mal, tener que mostrarle todo a un hombre que a veces ni al esposo le permite”, la incomodidad, la angustia: “yo me pongo tensa, sudo frío y los nervios son horribles”, el resentimiento hacia la pareja cuando se le informa sobre alteraciones o anomalías durante la inspección diagnóstica, asociado éste último al concepto de infidelidad: “es que uno no se cuida porque cree que el esposo le es fiel, pero los hombres no miden las consecuencias y no les importa con quien se meten en la cama”. En general, según lo expresaron Elías y Heise¹¹⁵, las mujeres de los países en desarrollo son monógamas; es el comportamiento sexual de su pareja el que las expone al riesgo. Como resultado de las normas de conducta más estrictas que la sociedad establece para ellas, hay una tasa más alta de cambio de pareja entre los hombres, ya sean solteros o casados.

Este tipo de situaciones enfrentan a las mujeres a situaciones muy difíciles de manejar, entre ellas, la incapacidad de quejarse de la infidelidad de sus esposos por miedo a arriesgar su relación, su estabilidad económica o su seguridad física. Lo que es peor aún, es que la vida extramarital de los esposos no siempre se limita a relaciones heterosexuales; en aquellas culturas donde la bisexualidad es común, puede incluir también a otros hombres. Este tipo de actividad sexual incrementa en gran medida el riesgo para las mujeres de sufrir enfermedades de transmisión sexual¹¹⁶.

Aunque la percepción general, es que las costumbres están cambiando y que las mujeres cada vez con mayor auge, toman decisiones sobre su vida sexual-reproductiva, existe aún una tendencia a mantener a la mujer en una posición desventajosa con posibilidades limitadas cuando se trata de decidir sobre su vida sexual principalmente en los países en vías de desarrollo, en comunidades de estratos socioeconómicos bajos donde predomina la baja escolaridad entre sus integrantes.

La desigualdad social de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen menor control sobre las actividades productivas y trabajan un número de horas mayor que los hombres¹¹⁷; además, enfrentan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud¹¹⁸.

¹¹⁵Elias C., Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en países en vías de desarrollo, The Population Council, Documento de trabajo, núm. 27, México, 1993.

¹¹⁶ Sittitrai y cols, 1991.

¹¹⁷ United Nations Department of International Economic and Social Affairs (UNDIESA) (1991), *The World's Women: Trends and Statistics 1970-1990*, Nueva York, Naciones Unidas.

¹¹⁸ Organización Mundial de la Salud (1986), *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*, Ginebra, Serie de Informes Técnicos 731.

--- (1992a), *Women's Health: Across Age and Frontier*, Ginebra, World Health Organization.

Según datos disponibles, sobre todo de países desarrollados, el campo de la salud parecería reflejar -tal vez más que ningún otro- estas desigualdades. Así mismo, para aquellos problemas que las mujeres comparten con los hombres, la vulnerabilidad de ambos sexos no es la misma. Del mismo modo, para las condiciones de salud biológicamente propias de la mujer, las desigualdades entre grupos sociales son francas.

Es frecuente en estos mismos grupos poblacionales, principalmente entre las parejas de mayor edad, el rechazo al condón, cuyo uso lo equiparan a situaciones de infidelidad y desconfianza, una de las mujeres del grupo comentó lo dicho por su esposo cuando le insinuó la protección para sus relaciones sexuales: "no faltaba más que con usted que es mi mujer me toque usar ese forro, a no ser que usted me esté jugando sucio". En el grupo de mujeres más jóvenes, aunque se observa una mayor conciencia de la importancia de la protección durante las relaciones sexuales existe una cierta sensación de sentirse inmunes al riesgo, o bien por la seguridad que les inspira la pareja o porque conservan la barrera de la comunicación, es decir, hablar abiertamente sobre sus necesidades, expectativas y estrategias preventivas. La comunicación abierta con respecto a la sexualidad no es parte integrante de la mayoría de las relaciones y esto disminuye la capacidad de negociar con éxito las prácticas sexuales.

Los agentes de salud siempre se han preguntado por qué la educación para la salud no produce los resultados esperados en relación con la adquisición de hábitos saludables y la prevención de los factores de riesgo y la respuesta a estas preguntas siempre conducen a reflexionar sobre los diferentes momentos y motivaciones en la formación de los hábitos y los factores determinantes del proceso salud-enfermedad. En el primero de los casos podría afirmarse que si no se rompen los paradigmas de la educación, buscando intervenir desde la primera infancia con el propósito de sensibilizar, crear conciencia, motivar, diseñar estrategias de participación y solución de problemas con criterios de autorresponsabilidad y autonomía no será posible generar prácticas de autocuidado que respondan a actitudes positivas frente al mantenimiento y recuperación de la salud.

El conocimiento y el manejo corporal que se posibilita en niñas y varones está pautado por los mismos valores. Se confiere mayor permisividad al varón, quien se encuentra francamente familiarizado con el cuerpo, cosa que su anatomía facilita. El desconocimiento que las niñas tienen de su cuerpo y de sus genitales, y que continúa a lo largo de la vida, resulta alarmante. Son frecuentes las consultas de madres con hijas adolescentes, preocupadas por el crecimiento de los labios menores vulvares, confundiéndolo con alteraciones patológicas que, con frecuencia, atribuyen a la masturbación. Las dificultades que presentan muchas mujeres adultas para realizar el autoexamen de las mamas, observar sus genitales o utilizar medios anticonceptivos que requieren la manipulación de los mismos, se originan, en muchos casos, en patrones educativos muy rígidos que adscriben al cuerpo zonas "aceptables", y zonas "prohibidas", innombrables e inexplorables.

Aunque aún queda mucho por hacer, se han tenido avances importantes en materia educativa, ha tenido que pasar mucho tiempo para que la educación básica primaria

conciba la educación sexual como una actividad formativa y ética que vaya más allá de la simple información. Los currículos escolares incorporan actualmente el tema de la educación sexual, el autocuidado, la importancia de las visitas preventivas a los servicios de salud, la prevención de enfermedades, el derecho a disfrutar y tener control sobre las propias acciones, el valor de cuidarse y sentirse satisfecho con el propio cuerpo, se plantea el fortalecimiento de la autoestima, el reconocimiento de los valores pero también de las limitaciones como seres humanos.

Acceder al autocuidado de la salud y al disfrute de la sexualidad requiere una apropiación y legitimación del cuerpo, para lo que es preciso superar aspectos ideológicos que desestimulan el conocimiento del mismo y lo asocian con elementos de suciedad y pecado¹¹⁹.

Una base fundamental del engranaje educativo tiene que ver con la sensibilización sobre la comunicación al interior de los grupos familiares, la participación ciudadana, el reconocimiento de la diversidad y los esfuerzos por promover la equidad entre mujeres y hombres en el marco de los derechos de los niños y las niñas. Por esta razón, se necesitan estrategias comunitarias que aborden la prevención para todos los miembros de la población, pero la prioridad debe ser la niñez y la adolescencia, momentos en los cuales se forman los hábitos y las actitudes y que en el futuro será el grupo poblacional que entrará a engrosar las estadísticas de morbilidad y mortalidad en enfermedades prevenibles y curables como el cáncer de cuello uterino.

Es obvio que la situación ideal sería disponer de los recursos suficientes para desarrollar estrategias efectivas de prevención que satisfagan las necesidades de todos los grupos poblacionales. Sin embargo, mientras esto no ocurra, es fundamental equilibrar los esfuerzos de tal manera que los recursos no se dediquen exclusivamente a los grupos que actualmente se perciben como de alto riesgo que se convierten en los grupos "objetivo", es necesario extender el discurso y para ello se necesita la firme voluntad de abordar abiertamente conceptos tan delicados como la sexualidad, la participación de ambos géneros y el desarrollo social¹²⁰.

La educación de la sexualidad como formación integral para niños y jóvenes, debe orientarse a la autogestión en un marco de educación permanente, aportar información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable, acorde con el contexto económico, histórico, social y cultural en que se vive. La aproximación a esta realidad requiere que la sociedad en su conjunto y a todos los niveles pueda sensibilizarse y replantear el tema de los valores que sustentan el proceso de socialización de la sexualidad y su repercusión en la salud de la población. Es necesario, también, tener presente que la salud es una tarea cotidiana, en la que interviene una multiplicidad de sectores, para la cual es imprescindible la participación activa de todos los involucrados, promoviendo diálogos sobre equidad y desarrollo a escala humana¹²¹.

¹¹⁹ Rodó, A *et al.* *El cuerpo ausente*. Separata de Propositiones, vol. 13. Santiago, Chile, 1987.

¹²⁰ Elias, Christopher, 1993, "Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en países en vías de desarrollo", Documentos de Trabajo del [Population Council](#) 1993:23, 45 pp.

¹²¹ Cerruti Basso, Stella, 1993, "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en E. Gómez (ed) *Género, mujer, y salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, pp. 124-129.

En general, el concepto de salud y su relación con la experiencia cotidiana de la prevención y los estilos de vida, se convierten en un sistema hipercomplejo de representaciones simbólicas adaptadas a las realidades sociales que constituyen el imaginario cultural y que lleva a las mujeres a moverse en una permanente dualidad:

Los factores de riesgo vs. Los factores protectores

La inmovilidad ante la adversidad vs. La proactividad como reacción a las dificultades.

La convivencia con el riesgo vs. Las prácticas preventivas para conservar la salud.

Lo aprendido con el ejemplo y la tradición vs. La información recibida por agentes de salud.

Inclinar la balanza hacia la prevención, el estilo de vida saludable, el autocuidado y la autogestión implica grandes esfuerzos por reconstruir los conceptos educativos, interactuar entre sectores del desarrollo social, aunar proyectos con un propósito común, analizar el impacto de las estrategias utilizadas y establecer planes de mejoramiento con sentido participativo y muy especialmente develar los conceptos, prácticas y creencias de los individuos y las comunidades para cambiar lo que deba cambiarse cuando de bienestar se trate, pero con un profundo respeto por el sentir y el pensar de la población.

BIBLIOGRAFÍA

BERSH, David. El fenómeno de la salud. Bogotá: ICFES-ASCOFAME. s.f. p. 17

CERRUTI BASSO, Stella, "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en E. Gómez (ed) *Género, mujer, y salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, , 1993 pp. 124-129.

ELIAS, Christopher. Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en países en vías de desarrollo. México: Documentos de Trabajo del Population Council 1993:23, 45 pp

ELIAS C., HEISE L., The development of microbicides: A new method of HIV prevention for women, The Population Council, *Working Papers*, núm. 6, Nueva York, 1993.

JACOBSON, J.L. Women's Health: The Price of Poverty. En: M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado:Westview Press, 1993, pp. 3-32.

LAÍN ENTRALGO, P. Concepto de salud y enfermedad. *Patología general de Balcells*. Barcelona: Toray, 1965. p.9

LANGER, Ana y LOZANO Rafael. Condición de la mujer y salud. En: Figueroa, J.G. (ed.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México DF: El Colegio de México, 1998. pp. 33-82.

MORIN, Edgar. *El método: la vida de la vida*. Madrid: ediciones cátedra, 1983. p.482

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*, Ginebra, Serie de Informes Técnicos,1986, p. 731.

--- (1992a), *Women's Health: Across Age and Frontier*, Ginebra, World Health Organization

PARSONS,Talcott. *Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure* (1958) En: *Concepts of Health and Disease*,ed.by: Caplan,A. Et al. Reading (Massachusetts), Addison-Wesley Pu. Co.1981.57-81

RODÓ, A. y otros. *El cuerpo ausente*. Separata de *Proposiciones*, vol. 13. Santiago, Chile, 1987

SITTITRAI, W. et al. The survey of partners relations and HIV infection in Thailand, VII International Conference on AIDS, abstract 4113, Florencia, 1991.

UNITED NATIONS DEPARTXNENT OF INTERNATIONAL ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS (UNDIESA), *The World's Women: Trends and Statistics 1970-1990*, Nueva York, Naciones Unidas. 1991.