

EL PAPER DE LA DONA EN LA CURA DE LA SALUT

*M. Angels Duran
Cristina Càmar*

La dona exerceix un treball múltiple en la cura de la salut, tant a través del treball domèstic, com per la seva participació en la sanitat institucional. L'estudi d'aquesta funció, i de les condicions en què es realitza, és fonamental per conèixer el nivell de salut d'una societat concreta.

1. La dona, com a prestadora de cures sanitàries dintre la família

L'assistència sanitària en els països desenvolupats o en vies de desenvolupament, ha sofert un procés evolutiu al llarg de la seva història en el qual dues característiques són fonamentals: l'acumulació progressiva dels coneixements i de la utilització de la tècnica, en mans d'un sector reduït de professionals, eliminant del seu exercici els membres de la comunitat que, de forma tradicional, prestaven aquests serveis. D'altra banda, la marginació de la dona en tots els àmbits socials que comporten poder i prestigi, s'ha vist reflectida també en la seva escassa participació en la sanitat institucional, tot i que el seu paper en les condicions reals de salut de la població sigui decisiu, com veurem a continuació. Avui, quan es parla del desenvolupament sanitari de països com Espanya, es parla d'infraestructura, mitjans tècnics, personal qualificat, etc. No es valora, però, ni es quantifica el treball destinat a la cura de la salut, que es realitza dintre de la família i fonamentalment per la dona, treball gratuït que estalvia, de fet, una gran quantitat d'inversions sanitàries, i del qual podem dir que és complementat, de cap manera fins ara substituït, per l'assistència institucional. L'oblit d'aquesta perspectiva té serioses repercussions, tant per a la planificació sanitària, com per al procés d'emancipació de la dona.

Més del 90% de la població espanyola viu en unitats familiars, i la cura de la salut dels membres de la família és considerat i acceptat com a part del treball domèstic. La mestressa de casa és el principal agent en la presa de decisions que impliquen la utilització dels serveis sanitaris institucionals, així com d'aquelles que es limiten a l'àmbit domèstic. Entre els serveis que presten les unitats familiars, es poden senyalar els següents:

- a) alimentació (quantitat, qualitat, equilibri entre els components de la dieta, adequació a les necessitats dels diferents membres de la família, en funció de l'edat, carències específiques, etc.);
- b) higiene de l'habitatge (neteja, temperatura, humitat, llum...);
- c) vigilància de la higiene personal dels membres de la família, especialment dels nens, malalts i disminuïts;
- d) cures preventives de la salut (reconeixements, vacunacions, etc.);
- e) tractament de malalties lleus, per a les quals no es considera imprescindible la utilització de serveis mèdics, o no es tenen els mitjans necessaris (carència de recursos econòmics, disponibilitat de temps, etc.). En aquests casos, és habitualment la mes-

- tressa de casa la que decideix la teràpia a aplicar: descans, règim de menjar, tipus de medicació i altres mesures;
- f) cura de malalts crònics, vells, minusvàlids, etc.

En el que fa a la utilització de l'assistència sanitària institucional, diferents paràmetres defineixen el nivell d'intervenció de la dona. Com ha posat de relleu un recent estudi, patrocinat per l'Institut d'Estudis de Sanitat i Seguretat Social, i dirigit per M.A. Duran,¹ són les mestresses de casa les que assumeixen, en la major part dels casos, la responsabilitat de relacionar-se amb el sistema institucional de cura de la salut, no sols per a ella, sinó també per a tots els membres de la família. És especialment destacable la seva responsabilitat en allò que fa a la decisió de consulta al metge, el nombre de visites, la implementació de les mesures necessàries per fer possible la consulta, i l'execució de les prescripcions mèdiques.

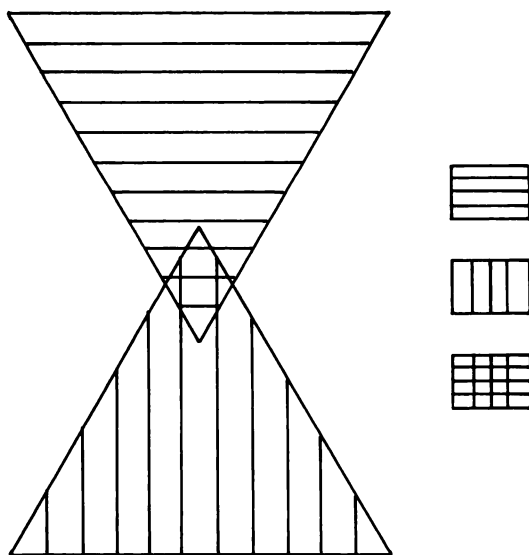
En la cura dels nens, la freqüència amb què la mestressa de casa pren les decisions relatives a la consulta és 10 vegades més gran que la de qualsevol membre de la família, i en el cas dels minusvàlids aquesta freqüència és de quatre vegades. Entre els vells, continua essent la mestressa de casa la que pren les decisions en el 50% dels casos, i fins i tot entre els adults barons no vells, continua assumint aquest paper en el 33% dels casos.

Simultàniament a la presa de decisions sobre la consulta al metge, són les dones de cada unitat domèstica les que habitualment acompanyen els malalts al metge i garanteixen la cura i tractament prescrits. En l'estudi esmentat, en el 100% dels casos se citava la mare o mestressa de casa com la persona que s'ocupava de la seva cura. En el cas dels vells se citava la mestressa de casa en una proporció sis vegades superior a qualsevol altre membre de la família, idèntica proporció que en el cas dels nens. Per als adults, les mestresses de casa van ser citades en una proporció cinc vegades superior a qualsevol altre membre de la família.

En les famílies de baix nivell de salut, o amb un nombre elevat de nens o vells, aquesta prestació de cura per part de la mestressa de casa suposa una dedicació considerable. Segons el citat estudi, el nombre mitjà de visites familiars cada any pot estimar-se en 12,9; evidentment, però, algunes famílies dupliquen o tripliquen aquesta xifra.

És interessant remarcar algunes de les condicions en les quals es desenvolupa aquest tipus de cura, que es presenten de forma semblant en les diferents classes socials, independentment del sistema assistencial utilitzat (Seguretat Social, Assegurança Lliure o consulta privada). Les mestresses de casa es consideren responsables del nivell de salut familiar, posant-lo davant d'altres aspectes del treball domèstic i dotant-li d'un important contingut moral. Per raó de les característiques del treball domèstic, aquesta funció es realitza en condicions d'aïllament i escassa informació. Sigui quin sigui el seu nivell socio-econòmic, les mestresses de casa posseeixen un nivell d'estudis comparativament inferior al dels barons de la seva pròpia família, i estan exposades a una major influència dels mitjans de comunicació de masses. No es pot desconèixer la influència d'aquests condicionants en l'augment dels síndromes neuròtics i depressius en mestresses de casa, que se senten culpabilitzades i aclaparades davant la impossibilitat real de garantir, per a si mateixes i les seves famílies, els "ideals" de salut i bellesa física que se les reclama des d'aquests mitjans de comunicació.

Una adequada política de planificació sanitària haurà de tenir present la coexistència de dos grans sistemes de salut: l'institucional i el domèstic. Ambdós tenen un punt d'intersecció en els actes mèdics, i estan en mútua interdependència, tal com s'expressa en el gràfic núm. 1. Ja s'estan realitzant aproximacions a l'estudi de la relació entre el conjunt d'infraestructura sanitària i els actes mèdics, i és igualment necessari que es desenvolupin els pròxims anys estudis sobre la intersecció entre el sistema domèstic i l'institucional, així com sobre l'esforç col·lectiu que representen els diferents components (higiene, prevenció, etc.) del sistema domèstic.



Gràfic num. 1

2. La participació de la dona en la sanitat institucional

Breument, i sense repetir dades ja conegudes, és fonamental referir-se a dos aspectes.

En el seu conjunt, el sistema sanitari espanyol es recolza en la mà d'obra femenina incorporada al sector. Les professions auxiliars sanitàries, qualificades o no, estan constituïdes majoritàriament per dones, i en gran mesura tendeixen a reproduir el paper realitzat a nivell domèstic: és el cas de les infermeres, auxiliars de clínica, assistents socials, secretàries, dones de la neteja, etc. Amb la relativa excepció de les infermeres, la resta fan les funcions que habitualment els són prestades als pacients a casa seva per la mare, esposa, filla o germana. Probablement, el grup professional que millor simbolitza la progressiva traslació de funcions des del sistema domèstic al sistema sanitari institucional, és el de les auxiliars de la tercera edat, la importància de les quals ha augmentat els darrers anys. És de preveure que continuï creixent a causa del progressiu allargament de l'esperança de vida, i l'aïllament dels ancians per la pèrdua de valors de tipus tradicional.

El nombre de dones metgesses a Espanya creix lentament. Encara que formalment no existeixi cap tipus de discriminació aquesta subsisteix per mitjà de formes indirectes, tant específiques del sistema sanitari com genèriques de la societat espanyola. Les dones metgesses gairebé no estan presents en els llocs de responsabilitat, tant a nivell dels Col·legis, com en els organismes responsables de la política sanitària i les pròpies institucions sanitàries. En el decisiu camp de la docència, només cal dir que la primera Catedràtica de Medicina a Espanya no obtení la seva càtedra fins març de 1980.

L'elecció d'especialitats ofereix també diferències significatives: les dones es concentren en Bacteriologia, Anàlisis clíniques, Anestesiologia o Pediatria, i gairebé estan absents de les especialitats que comporten major poder, prestigi i possibilitats d'exercici privat, particularment de la Cirurgia i Tocoginecologia. A Madrid, el 1978, hi havia un 1,1% de dones cirurgianes, i un 12% de Ginecòlogues, enfront d'un 22% en Pediatria i un 47% en Bacteriologia. Les diferències no es refereixen només a la promoció, sinó al fet de trobar ocupació, que s'ha vist agreujat per l'actual crisi i atur creixent de titulars en el sector.

Mentre que els darrers vint anys, la proporció de dones entre els llicenciats de medi-

cina quasi bé s'ha multiplicat per deu, aquest augment no es veu acompanyat per un canvi en la situació de desigualtat, la qual cosa indica un manteniment dels estereotipus tradicionals dintre l'exercici més qualificat de la medicina.

3. La dona davant l'atenció de la seva pròpia salut: actituds diferencials i noves necessitats

Les actituds d'homes i dones són diferents en alguns aspectes, referents a la percepció i valoració de la malaltia, així com al procés de guarició i prevenció. També existeixen diferències en l'opinió sobre la causalitat de la malaltia: en l'esmentat estudi, destaca una major atribució per part de les dones de tipus sobrenatural (22% de les dones, per 14% dels homes). El 25% de les dones manifestaren haver-se fet més religioses després de la seva malaltia, i resar habitualment per mantenir bona salut, per un 12% i 17% dels homes, respectivament. A efectes de posteriors investigacions, i de la interpretació de les dades disponibles, és rellevant aquesta diferència d'actituds davant la malaltia, d'homes i dones, que els porta a percebre-la, interpretar-la, valorar-la i reaccionar enfront d'ella de manera diversa.

Els factors d'inducció a la consulta mèdica no presenten diferències substancials entre ambdós sexes, referint-se en primer lloc la preocupació per una possible malaltia greu, i el temor davant el desconeixement dels símptomes.

El nombre de visites anuals al metge és major en el cas de les dones (7,8 visites l'any, per 4,8 els homes), sense que variïn aquestes xifres segons el tamany de la localitat de residència o la classe social.

La valoració de la pròpia salut també és diferent: 23% dels homes es referiren a ella com a "molt bona", per només un 15% de les dones. Quant al nivell de salut familiar, era molt bo per al 19% dels homes i per a un 14% de les dones. La classe social alta s'auto-defineix amb un millor nivell de salut, i l'edat constituïa un factor de variació inversament proporcional.

En la relació de malalties lleus, les dones enumeren major nombre, de més importància, i de més dies de durada. Pateixen realment més malalties les dones que els homes? Recorden millor o informen més sobre les seves visites al metge? Fins a quin punt influeix la medicalització creixent d'aspectes de la seva vida, fins ara considerats com a naturals? De fet, tampoc les dones no constitueixen un grup del tot homogeni en les seves actituds davant la malaltia. Seria d'interès analitzar les diferències en aquest respecte entre la dona treballadora fora de la llar, i la mestressa de casa; un estudi realitzat fora d'Espanya indica un major apropament en les respostes de les dones empleades, a les que aquí es consignen a l'home.²

Quant al tipus de tractament seguit durant la malaltia lleu, mentre que els homes es refereixen prioritàriament a l'automedicació, repós en el llit, o cap tractament, les dones prefereixen com a primera mesura la visita al metge, a la qual cosa no sembla ser aliè la seva major dificultat per quedar-se al llit, i la menor conflictivitat metge-malalt.

El judici sobre la guarició final del tractament, és més favorable en els homes, amb independència de quin sigui el seu nivell d'estudis, condició socio-econòmica i edat.

La valoració de la medicina preventiva mostra també diferències: en les zones urbanes, es declara haver utilitzat la consulta ginecològica amb finalitats preventives en un 15%, mentre que en les zones rurals manifesta haver-ho fet només un 5%. Així mateix, en el grup d'estudis superiors, la seva utilització ha estat del 21%, mentre que en els analfabets ha estat de 10%, variacions aquestes que només en una petita part poden atribuir-se a la diferència d'edat mitjana d'ambdós grups.

Quant a l'evolució i situació actual de les necessitats sanitàries de la dona, cal analitzar per separat aquells aspectes de la malaltia que són comuns per ambdós sexes, dels que són específics de la dona.

Homes i dones comparteixen la majoria de les malalties i, per tant, l'estudi de la patolo-

gia humana és comú a ambdós; no obstant això, homes i dones tenen diferents maneres de posar-se malalts, diferents riscos, i té per a ells diferents conseqüències l'experiència de la malaltia. En alguns casos de malalties, aquestes diferències són més apreciables, com en la patologia cardiovascular, osteoarticular, tumoral i psiquiàtrica.³

Tanmateix, existeix un altre àmbit de cura de la salut clarament específic de la dona. L'OMS inclou en un recent estudi els següents apartats dins aquest capítol: adolescència, cicles menstruals, nutrició materna, embaràs, part, lactància, regulació de la fertilitat, avortament, infeccions, tumors, menopausa, salut ocupacional i salut mental.⁴

Malgrat que el coneixement científic, i la variació de pautes morals i socials, permeten parlar d'un positiu salt qualitatiu, subsisteixen encara fortes limitacions en els aspectes citats com específics de la dona, particularment, en el control de la reproducció, exposades ja en alguns estudis.⁵

Cal fer una especial referència als nous problemes suscitats per l'allargament de la vida reproductora de la dona, tant en el que fa a l'avenç de la menarquia, i al major nombre d'embarassos en adolescents, com en l'atenció dels trastorns derivats de la menopausa, ambdós aspectes, al nostre judici, infravalorats o pràcticament ignorats en la planificació de la cura de la salut.

Podem considerar l'evolució en l'assistència a l'embaràs i part com un indicador representatiu en l'atenció a la salut de la dona. En l'estudi ja citat,⁶ apareixen diferències notables en aquesta assistència, sobretot en base a la classe social, però també entorn d'altres paràmetres com l'edat o el tamany de la localitat de residència.

En el nombre de visites realitzades durant l'embaràs, cal remarcar la diferència segons la classe social (6,1 visites de mitjana entre la classe alta, per 2,8 en la classe pobre). L'augment en la freqüència de les consultes es veia acompanyat per una major utilització d'anàlisis, exploracions, test d'embaràs i preparació del part. Tant en el nombre de visites com en el tipus de les mesures citades, l'edat de la dona i el tamany de la localitat de residència contínuen dues variables directament proporcionals. Amb tot, no hi ha variacions segons el sistema sanitari utilitzat, essent l'ordre d'utilització d'aquests sistemes el següent: Seguretat Social, "iguala" amb metge privat, metge particular, societat mèdica particular, i societat adscrita a través del treball.

L'assistència al part depèn fonamentalment de dos factors: l'edat i la classe social. En comparació amb l'assistència durant l'embaràs, el tamany de la localitat de residència té menys rellevància, i els grans sistemes d'assegurances intervenen com a elements homogeneïtzadors de l'assistència.

L'índex d'hospitalització per al part és del 82% en ciutats de més d'un milió d'habitants, i del 29% en localitats de menys habitants (dades referides al conjunt de la població femenina entre 20 i 70 anys, i no només a les dones actualment en edat de procrear). Pràcticament, totes les dones procedents de zones rurals que han donat a llum en clíniques, ho han fet a través de la Seguretat Social, i en clíniques localitzades en zones urbanes. Les clíniques particulars són utilitzades preferentment pels habitants de zones urbanes.

Malgrat la diversitat, freqüència i tipus d'assistència, la majoria de la població s'ajusta a les seves possibilitats reals d'obtenir uns determinats serveis sanitaris, acceptant com adequada l'assistència rebuda durant l'embaràs i el part (el 86% tornarien a elegir la mateixa assistència en el cas de l'embaràs, i el 84% en el cas del part), amb escasses variacions segons classe social, edat o localitat.

4. La resposta institucional a les necessitats sanitàries de la dona

Quina és la resposta de les institucions encarregades de satisfer les necessitats de la població en matèria de salut, davant les demandes de la població femenina?

L'accés a l'assistència sanitària, pública o privada, presenta algunes dificultats per a la majoria de les dones: en el primer cas, per la seva dependència administrativo-sanitària del

cap de família, amb el consegüent conflicte en cas de separació, viudetat, etc. I en el segon, perquè la major capacitat econòmica, en general limita el seu accés a la medicina privada.

Les demandes de la dona no són ateses suficientment al nivell de la investigació i docència (inclusió de nous temes com a matèria d'ensenyament, investigació sobre noves malalties, etc.), com tampoc en la praxi mèdica. La persistència d'actituds sexistes, vigents en tota la societat espanyola, es reproduceix molt sovint en la relació metge-malalta.

En els sistemes de sanitat pública, és molt escassa l'oferta de prestacions específiques per a la dona, a excepció de les referides a l'embaràs i al part, i és per això que la població ha de recórrer sistemàticament a la medicina privada per la planificació de la natalitat. Així es potencien diferències en funció de la capacitat econòmica, i en concret, la dependència econòmica de la dona respecte als homes generadors de renda de la seva família.

El procés de canvi en la funció de la mestressa de casa, depèn, en gran mesura, que les institucions siguin capaces d'oferir prestacions que contribueixin a aquest canvi, sobretot en el cas dels nens (a través de programes de salut en escoles públiques, centres de dia, escoles bressol, etc.), com en el cas d'ancians i minusvàlids.

En resum, el paper de la dona és actualment bàsic en l'assistència sanitària, i es desenvolupa en unes condicions determinades que suposen per a ella una càrrega física i psíquica; d'altra banda, l'actual sistema sanitari mostra greus limitacions en la seva pròpia concepció i en l'oferta de prestacions. L'estudi d'aquesta perspectiva és fonamental, si volem afrontar la qualitat i accessibilitat a la salut, així com el procés vers la igualtat dels sexes.

Notes

- 1 *Morbilidad, mortalidad y condición socio-económica en España*, estudi patrocinat per l'Institut d'Estudis de Sanitat i Seguretat Social del Ministeri de Sanitat, i dirigit per M. Àngels Duran. Madrid, 1980.
- 2 Waldron, Ingrid. *Employment and women's health: an analysis of causal relationships*. Int. Journal of Health Services, vol. 10, núm. 3, 1980.
- 3 Dades d'interès apareixen en: Harvey, *Differential diagnosis: the interpretation of Clinical evidence*, Saunders, Philadelphia, 1979; i en E. Sullerot, *El hecho femenino*, Barcelona, Argos-Vergara, 1979.
- 4 World Health Organization, *Health and the status of women*, 1980.
- 5 Vid., Dwan M.A. *Igualdad y desigualdad en los comienzos de la vida*, en el llibre col·lectiu sobre "La Familia". Centre d'Investigacions Sociològiques (en premsa).
- 6 Cfr. nota 1.

BIBLIOGRAFIA

- BERNIS, C., i CAMARA, C. *La mujer y la medicina*, en el llibre col·lectiu *Liberación o utopía: la mujer ante la ciencia*. Akal, 1981 (en premsa).
- CARPENTER, E. *Children's health care and the changing role of women*. Medical Care, vol. XVIII, núm. 12, dec. 1980.
- DURAN, M.A. *Igualdad y desigualdad en los comienzos de la vida*, del llibre col·lectiu sobre *La familia* del Centro de Investigaciones Sociológicas (en premsa).
- International Symposium on Women and their health. Interim Report. Maryland, 1980.
- JEFFERYS, MARGOT. *La mujer dentro del sector sanitario*, en *Planificación y reforma sanitaria*, compilació de J.M. de Miguel. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1975.
- LEESON-GRAY, *Women and Medicine*, London, Tavistock Publ. 1978.
- MIGUEL, J.M. de., *El mito de la inmaculada concepción*, Anagrama, 1979.
- SULLEROT, E., *El hecho femenino*, Barcelona, Argos-Vergara, 1979.
- WALDRON, I., *Employment and women's health: an analysis of causal relationships*. International Journal of Health Services, vol. 10, núm. 3, 1980.