

25.11
C266

000000876

"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE
ESTUDIOS DE GENERO" - U. N. A. M.

000323

"Frente al espejismo de realizar los intereses de todos, realizar los intereses del propio sexo puede aparecer como un gesto mezquino, sobre todo para quienes pertenecen a un sexo desvalorizado. Me acuerdo de un largo debate que precedió a la ley sobre la clausura de los manicomios. Fue un momento de gran idealismo: la sociedad entera asumía la responsabilidad de los locos, la abolición de la segregación aparecía como un gesto obligatorio. Ninguna parlamentaria habló en aquella ocasión en nombre de su sexo, ninguno dijo que el peso de esa liberación recaería sobre sus iguales: madres, esposas, hermanas, hijas de aquellas desgraciadas criaturas. Ciertamente, en un momento así, de tanta autoconciencia, habría parecido mezquino. Sin embargo, si las mujeres hubiesen tenido el coraje de realizar esto, no le habrían efectuado un mal servicio a la sociedad. Habrían llevado a todos a tomar conciencia de que no existían aún estructuras alternativas de sostén, las que hubiera sido necesario crear lo más pronto posible, y así, tal vez, no se habría llegado a la penosa situación de hoy. Pensar como mujeres no debe dar vergüenza..."

Alessandra Bochetti

"¿A chi tocca pulire il mondo?" Il Manifesto,
23 de mayo de 1986.

"PENSANDO COMO MUJERES..."

(Propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres)

DORA CARDACI*

Artículo Publicado

en su versión en italiano en:
Educazione Sanitaria e Promozione della Salute
Vol. 13, N° 2 Abril-Mayo-Junio, 1990.

(*) Profesora-Investigadora Tiempo Completo, Area Educación y Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
Apdo. Postal 23-181, México 23, D. F.

En un trabajo reciente sobre las tendencias de la educación médica durante los últimos quince años, María Isabel Rodríguez señala que los procesos innovadores iniciados a mediados de los setentas se ubican en el contexto de un pensamiento latinoamericano crítico y comprometido con el campo educativo en salud y en un continente en el que tienen lugar importantes movimientos de liberación y el desarrollo de una mayor conciencia sobre las profundas desigualdades sociales existentes. En este proceso, se produce, entre otros hechos, una redefinición del objeto de estudio orientando los programas no sólo a la salud individual sino a la colectiva y se trata de pasar de la medicina a la salud efectuando un análisis interdisciplinario del proceso salud-enfermedad. (1)

La evaluación de los alcances de esta reformulación y del impacto de la corriente médico-social latinoamericana en diversos ámbitos pero particularmente en el de la educación para la salud, en el de salud de la mujer y en el nivel de pregrado en ciencias de la salud es una tarea necesaria que se encuentra aún en sus inicios. En este propósito y en este esfuerzo colectivo se inscribe la investigación que estamos desarrollando^(*) y las reflexiones que se presentan en el presente trabajo.

La necesidad de realizar acciones educativas en salud de la mujer es una recomendación que se reitera en prácticamente todos los programas sanitarios oficiales y no oficiales que se impulsan en nuestros países.

El año 1975 fue declarado como Año Internacional de la Mujer y en esa misma fecha la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama al período 1976-1985 como el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.

(*) Nuevas tendencias en educación para la salud (1975 a la actualidad)

(1) Rodríguez, M.I., "Tendencias de la Educación Médica en América Latina en los últimos quince años". Ponencia presentada en el seminario La Profesión Médica en México, UAM-X, 21 de junio de 1989.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria auspiciada por la OMS y UNICEF en Alma Ata (URSS) en 1978 formula como orientación fundamental que la atención primaria es la clave para acceder a la "Salud para Todos". En 1979, al ser operacionalizada esta estrategia por la Asamblea Mundial de la Salud, se otorga un lugar prioritario a la educación sanitaria y a las acciones orientadas al binomio madre-hijo.

En 1985, en el marco de la Conferencia de Nairobi a la que asisten más de 14,000 mujeres, se evaluaron los logros de diez años de compromiso internacional con el mejoramiento de la situación de la mujer. En estrecha relación con las resoluciones y sugerencias de este encuentro, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1986 las "Estrategias Regionales para el Futuro sobre Mujer, Salud y Desarrollo".

Como una referencia importante que complementa las anteriores fuentes de información, el análisis de las Conferencias Interamericanas de Educación para la Salud^(*) provee elementos útiles para caracterizar las líneas dominantes en educación para la salud de la mujer en el período comprendido entre 1975 y la actualidad.

En 1981 bajo el auspicio de la Oficina Regional Norteamérica de la Unión Internacional de Educación para la Salud (ORNA/U.I.E.S.), la OPS, el Centro John Sparkmen para la Salud Internacional y el Fondo Thrasher para Estudios Científicos se llevó a cabo la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud convocada para "promover en las Américas la Salud para Todos a través de la participación de la Comunidad"^(**) Este propósito (obviamente derivado de las recomendaciones de Alma Ata) es desglosado por los organizadores del encuentro en cuatro ejes: educación en salud en: a) el ambiente rural; b) el ambiente urbano, y c) entre los proveedores y los que establecen la política pública sobre salud.

(*) Auspiciadas por la Unión Internacional de Educación para la Salud, organismo no gubernamental creado en 1951, las dos Conferencias Interamericanas realizadas hasta la fecha tienen como sede a Puerto Rico en 1981 y a México en 1984. Durante 1990 se llevará a cabo la Tercera Conferencia en Brasil, país sede de la recientemente creada Regional Latinoamericana de la UIES.

(**) International Union for Health Education, Lema de la Conferencia. Actas de la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud. -

En cuanto a lo metodológico, aunque se presentaron algunas propuestas novedosas en las mesas de trabajo, éstas constituyeron la excepción ya que la mayoría de las ponencias estaban elaboradas desde una concepción unidireccional del proceso enseñanza-aprendizaje que prioriza la información y desde una visión de la salud que la concibe como responsabilidad individual. Así, se señala: "La educación en salud será uno de los mecanismos claves para divulgar el conocimiento de la salud y el fomento de la misma. A través de un conocimiento progresivo de la capacidad individual de modificar y mejorar las condiciones que contribuyen a la morbilidad, los individuos tendrán mayor interés por cambiar su comportamiento así como su medio ambiente". (2)

Al ponerse el énfasis de la Conferencia en el espacio adonde se desarrollan las acciones educativas en salud (medio urbano versus medio rural) y en los actores del proceso de toma de decisiones, los grupos con los cuales se trabaja y su problemática quedan en un segundo plano. Con esta limitación se aborda la salud de la mujer, lo que se convierte en una especie de rompecabezas que debe ser armado con algunos aportes que se realizan sobre Nutrición (lactancia materna, fundamentalmente) y muy especialmente sobre Salud Familiar y Planificación de la Familia.

La Segunda Conferencia Interamericana llevada a cabo tres años más tarde, no difiere significativamente en su concepción de la que la había precedido. Una vez más, el contexto (medio indígena, rural, urbano-marginado y urbano) es el organizador de la temática-eje del encuentro: "Coordinación Interinstitucional y participación Comunitaria". En este caso, la problemática de salud de la mujer aparece nuevamente disgregada en las ponencias sobre Nutrición (atención nutricional al grupo materno-infantil, abandono de la lactancia materna, etc.), papel de la Comunidad en Atención Primaria de Salud (la mujer como recurso a reclutar para mejorar la salud familiar) y Educación sexual y planificación familiar (orientación a usuarios y maestros hacia los servicios de planificación familiar en el medio urbano y rural, fundamentalmente).(*)

(*) De 27 ponencias presentadas, 12 se refieren a este punto.

(2) del Cid, E., "Discurso de apertura", Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, Puerto Rico, junio 1981 (mimeo)

Aunque la extensión del presente trabajo no nos permite analizar en detalle la visión que encierran las declaraciones, temáticas y metodologías propuestas en las conferencias y encuentros mencionados y en numerosa documentación sobre resultados de programas educativos producida en los últimos quince años, haremos sin embargo, algunos señalamientos generales al respecto:

a) Las políticas dominantes en nuestro continente en el campo de la educación en salud y, particularmente, en salud de la mujer, se encuentran en un claro rezago respecto a los avances experimentados en el área de la psicología educativa, los que han venido incorporándose a experiencias en las cuales el modelo información-cambio de comportamiento ha venido siendo cuestionado desde diversos ángulos.

Sobre este último punto interesa destacar por ejemplo que como parte de una serie de corrientes que buscan dar nuevas explicaciones a las conductas individuales y colectivas "poco saludables", un grupo de científicos sociales nucleados alrededor de la Universidad y el Instituto Sigmund Freud de Frankfurt^(*), han venido desarrollando investigaciones que incorporan en forma original algunos hallazgos del psicoanálisis a la educación en salud.

En este sentido señalan que los comportamientos que se adoptan respecto a la salud tienen diversos niveles de determinación entre los cuales la información ocupa un lugar muy secundario y que el estar sano o enfermo tiene costos sociales y personales.

El grupo de Frankfurt enfoca como punto clave dentro de sus estudios "la curiosa situación por la cual el riesgo de enfermar y la enfermedad misma conllevan la posibilidad de un 'beneficio'". (3)

(*) Nos referimos especialmente a los trabajos de Klaus Horn, Christel Beier y Doris Kraft-Krumm.

(3) Beier, Christel; Horn, Klaus; Kraft-Krumm, Doris; "Health Behaviour and gain from Illness: On the Methodology of a Study on Resistance to Health Education", en: European Monographs in Health Education Research No. 2, Scottish Health Education Group, Escocia, 1982. p. 59.

La "ventaja o beneficio de la enfermedad" concepto que forma parte del bagaje psicoanalítico, ofrece la posibilidad de abordar desde una nueva perspectiva el problema de por qué en ciertas circunstancias los sujetos sociales conservan hábitos que atentan contra su propia salud. Esta visión tendría consecuencias interesantes para enfocar la problemática de salud de la mujer ya que la vida de la gente en general y de las mujeres específicamente, es más compleja de lo que sugieren las estadísticas que definen los comportamientos riesgosos para la salud. Existen por ejemplo, muchas formas para pasar de un peso definido como "riesgoso" a otro "normal" pero esto muchas veces no mejora necesariamente la salud de un individuo si las estrategias que se adoptan para favorecer este cambio no han sido particularmente diseñadas de acuerdo con los requerimientos del mismo. Junto a la exigencia de restringirse en el comer, se le presentan a hombres y mujeres obesos otro tipo de presiones como pudiera ser por ejemplo, la de trabajar poniendo en juego al máximo las capacidades o la de cumplir con un rol social altamente complejo y contradictorio, como ocurre en el caso de la mujer.

b) Los avances de la corriente latinoamericana en Medicina Social^(*) - que se han venido desarrollando desde la década de los setentas no han producido aún un impacto sensible en el terreno de la educación para la salud en general y con grupos de mujeres en particular. Es éste un aspecto que debe ser analizado en profundidad ya que las contribuciones de dicha corriente en el terreno de la Epidemiología, del análisis de la práctica médica y sus relaciones con el Estado, del vínculo proceso de trabajo-salud y el impulso brindado en todo el continente a la incorporación de un enfoque más social y preventivista en la formación del personal de salud no se traduce aún en una producción cualitativa y cuantitativamente significativa en los aspectos señalados anteriormente. Aunque algunas investigaciones toman a grupos de mujeres como objeto de estudio, el análisis se focaliza generalmente en el

(*) Al respecto son muy ilustrativas las Memorias y Documetos de Trabajo de los distintos Talleres Latinoamericanos de Medicina Social y el libro de NUNES, E.; Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas (ver bibliografía).

tipo de proceso de trabajo que desarrollan y en su relación con el proceso productivo en general (en un país, en una rama de la industria, etc.) dejando de lado (o ubicando muy secundariamente) las particularidades que adquiere esta situación por el rol social que juega la mujer, elemento explicativo, en muchos casos, del "riesgo" que se decide correr, de las modalidades de utilización de los servicios de salud, del éxito o fracaso de las campañas y programas educativos que se llevan a cabo, etc.

c) No se observan reformulaciones importantes provenientes de las propuestas educativas innovadoras que se instituyeron en numerosas escuelas y facultades de Ciencias de la Salud del Continente ni del enorme aporte conceptual y metodológico que se generó en el campo de la educación de adultos en las últimas décadas.

Con ésto queremos señalar que los diversos intentos por superar la fragmentación del conocimiento en disciplinas, por incorporar procedimientos más activos en la situación de enseñanza-aprendizaje, por conjuntar los procesos de investigación con los de transformación de la realidad se dirigieron más al personal de salud en formación que a los grupos de población con los que los estudiantes realizaban sus actividades educativas^(*).

En una suerte de proceder esquizofrénico, se sigue yendo "a la comunidad" con un rotafolios a "dar" pláticas sobre cómo elaborar una dieta balanceada, cómo lavar las verduras o cómo hacer para tener menos hijos.

d) La salud de la mujer se aborda de una manera fragmentada priorizando sus roles domésticos: como correa de transmisión entre los servicios de salud y el hogar (lo que la hace responsable de las condiciones de limpieza, seguridad, alimentación, etc. de su familia) y como mujer-madre (o sujeto que debe decidir tener pocos hijos, amamantar al recién nacido, saber preparar el suero oral, etc.).

(*) Aunque tal vez sea innecesario subrayarlo, al hablar de tendencias dominantes no negamos la existencia de búsqueda de alternativas como por ejemplo, la experiencia de Cueli y Biro en Netzahualcoyotl en los sesentas o el trabajo en grupos operativos basado en el modelo de la escuela de Pichon-Riviere.

e) El trabajo en salud que desarrollan decenas de grupos autónomos de mujeres en todos los países de América Latina no se hace visible ni se analiza con especial atención en los espacios en los que se discuten y deciden las políticas de salud regionales e internacionales.

LAS "REDES" Y CENTROS DE MUJERES: Construyendo una Lógica Diferente.

Roxana Carrillo, feminista peruana, en la introducción al directorio sobre Centros de Mujeres en América Latina (4) señala que en 1985 existían en Latinoamérica alrededor de 120 centros de mujeres de los cuales aproximadamente 90 se definían como feministas. Aunque no podemos precisar - aún exactamente cuántos de los centros y/o colectivos de mujeres abordan el tema salud^(*) si es posible afirmar que es ésta una preocupación común a estas organizaciones y que se expresa en programas y servicios sobre salud mental, apoyo a víctimas de violación y violencia doméstica, educación sexual, etc.

La forma de organización en centros autónomos y en redes tiene estrecha relación con la visión que se comparte respecto a la mujer y que permea la práctica política que se desarrolla, lo que incluye, necesariamente, a la práctica educativa en salud.

Uno de los elementos centrales del feminismo ha sido la discusión acerca de la interpretación cultural de las diferencias biológicas que hacen de éstas, diferencias sustantivas, "naturales", que señalan un destino y una moral diferente para hombres y mujeres. En este proceso de análisis se plantea que

(*) Un primer cruce reciente de datos obtenidos de diversas fuentes documentales nos está indicando que en México exclusivamente existen más de 40 organismos no gubernamentales de mujeres que se ocupan de salud.

(4) CARRILLO, R., "Centros de mujeres, espacios de mujeres", Ediciones Isis Internacional de las Mujeres No. 5 Feminismo en América Latina. Balance y Perspectivas, 1986.

"la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo, la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades, varían de cultura en cultura (...) Las variaciones entre lo considerado femenino y masculino, constata que, a excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales". (5)

La distinción entre sexo y género ha sido una herramienta conceptual útil para lograr un trabajo de reflexión acerca de la opresión y discriminación que se originan en un sistema en el cual la mujer, por su capacidad de procrear hijos, ha sido confinada a la crianza y cuidado de los mismos. Esta reflexión se ha venido dando en el espacio del grupo pequeño, del grupo de auto-conciencia, estructura dinámica, propia de las mujeres. A la salud, por tanto, se llega naturalmente a través de esta forma de trabajo pues el "feminismo es una concepción radical del mundo que permite analizar todos los problemas y no solamente una lista reducida de temas específicos tradicionalmente llamados 'asuntos femeninos'". (6) Los contenidos que se abordan pierden el carácter impersonal y culpabilizador que le imprimen los programas institucionales. Las mujeres hablan entre ellas de lo que significa su embarazo, de sus dudas, de las contradicciones y remordimientos que se le presentan por querer ocuparse de lo familiar sin abandonar su trabajo, o por querer y no querer tener más hijos.

El análisis de su rol social la enfrenta a una imagen de ella misma en la cual aparece ya sea postergando su consulta de salud por priorizar la de sus hijos o auto administrándose tranquilizantes para poder sobrevivir a una jornada de diecinueve horas. En este ir y venir por las diversas facetas de su vida aparecen los temas sin estereotipos: la vejez como posibilidad personal, la vida sexual de las que tienen un compañero estable, la de las que no tienen, los anticonceptivos desde la experiencia que se ha tenido usándolos, etc.

(5) LAMAS, M.; "La antropología feminista y la categoría genero", México, Rev. Nueva Antropología No. 30, Nov. 1986. p. 185

(6) BUNCH, Ch., Going Public with Our Vision, Denver, Antelope Pub. 1983; citado por: CARRILLO, R., Op. Cit.

El proceso de enseñanza-aprendizaje también es novedoso: se trabaja con la información que cada una posee pero se trasciende la esfera intelectual a) estimular la libre expresión de los afectos a través de la valoración del testimonio oral. La experiencia personal, el relato de lo propio, tan negado por los esquemáticos programas oficiales, pasa aquí a primer plano.

Otro elemento que es necesario destacar en esta caracterización del marco de referencia de esta alternativa de educación en salud con mujeres es la crítica realizada al patriarcado y al estilo de ejercicio del poder que ha caracterizado a los hombres.

Los colectivos y redes de mujeres, partiendo de un análisis muy extenso sobre esta problemática, han venido buscando las vías a través de las cuales darse una forma de organización más horizontal, menos autoritaria e independiente de las jerarquías y la lógica masculinas. La discusión respecto a la autonomía de las mujeres ha sido un punto central y enriquecedor del movimiento. Los centros de mujeres son un intento por crear instituciones alternativas independientes que hacen visible al movimiento feminista, le dan concreción. (7)

Las redes son como el material para pescar: cada hilo, que individualmente sólo puede alzar un pescado de determinado peso a la vez, cuando va tejido en una red en que cada nudo refuerza al todo y es reforzado por aquél, tiene muchas veces aumentada su capacidad de articulación. Al mismo tiempo no hay, en una red de pescar, una jerarquía entre los nudos, y cada agujero que pueda ocurrir, podrá arreglarse individualmente sin comprometer al todo. (8)

(7) CARRILLO, R. Ibid

(8) VIEZZER, M., "Educación Popular y Movimiento de Mujeres". Ediciones Isis Internacional No. 8 Crecer Juntas, Mujeres, feminismo y Educación Popular, 1987.

Las redes permiten a los colectivos no perder su autonomía y ganar en información, intercambio, solidaridad, suma de energías en torno a objetivos precisos. En salud, el caso más notable en América Latina es la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe,^(*) formada en 1984 y que articula a aproximadamente 1,400 contactos de los distintos países. La R.S.M.L.A.C. es una red horizontal con una coordinación central destinada a informar, comunicar y educar, sobre salud de la mujer desde una visión que contempla sus intereses y a través de los diversos grupos que la integran. Aunque no se desarrollan actividades tradicionales de formación en educación en salud dirigidas a personal en este campo, la visión feminista alternativa y crítica de la salud expresada fundamentalmente en la Revista que publica la Red es un elemento de educación e información tanto para las mujeres como - para médicos, enfermeras, etc.^(**)

Las redes permiten trascender el ámbito local de las experiencias al compartirlas, revisarlas y multiplicarlas (ya sea por medio de intercambios de correspondencia, visitas personales, programas de entrenamiento, etc.). El bagaje de información sobre ciertos aspectos se va acumulando y socializando de una manera tal que los nuevos grupos que comienzan a trabajar un área y - que establecen contacto con la red cuentan desde el inicio con paquetes didácicos, materiales bibliográficos, recursos audiovisuales que son enviados directamente o facilitados a través de otro centro local. La socialización del conocimiento y la "desmonopolización" del saber que detentan los profesionales de la salud es una línea de trabajo fundamental de los centros y redes. "Al desarrollarse 'por fuera y por abajo' de las instituciones dominantes públicas y privadas, estos movimientos plantean serias interrogantes sobre la legitimidad de las relaciones macropolíticas, hacen denuncias públicas, se cuestionan la vida cotidiana y enfrentan los arcaicos códigos de la interacción social (...) estos movimientos emergen sólo en espacios y fases limitadas, y esos momentos de movilización son la otra cara de las redes ocultas". (9)

(*) Inspirados en el modelo de esta red, recientemente los grupos de salud de las mujeres del Uruguay constituyeron una red nacional.

(**) Información proporcionada por Amparo Claro, Coordinadora de la Red, a través de un cuestionario elaborado para la presente investigación.

(9) LAMAS, M., "IV Encuentro Nacional Feminista, Movimiento social, identidad y acción colectiva". México, La Jornada, 4 ag. 1989.

Los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe son probablemente uno de esos momentos en los cuales estas organizaciones se hacen clara y colectivamente visibles.

Si analizamos el abordaje que se ha realizado del tema Salud en los cuatro encuentros realizados hasta el presente encontramos que en 1981 en Bogotá, partiendo del tema eje de discusión: "Feminismo y lucha política", la problemática de salud de la mujer es analizada fundamentalmente en la comisión de trabajo sobre "Sexualidad y vida cotidiana", en el taller sobre Salud y en las discusiones sobre salud mental.

En los siguientes encuentros (Lima 1983, Bertioga 1985) la salud de la mujer va ocupando un lugar de mayor definición e importancia en las discusiones y talleres de trabajo. Se organizan actividades diversas sobre salud, auto-examen, sexualidad, violencia, políticas demográficas, aborto, etc.

Taxco contó en 1987, con la asistencia de mil quinientas participantes lo que fue una muestra del crecimiento del movimiento de mujeres y del interés que existe por realizar un intercambio de experiencias entre latinoamericanas. Aunque en esta reunión el mayor número de mujeres se volcó al Taller sobre "Feminismo y Movimientos Populares" (400 participantes) muchas se interesaron por el área de la salud en las diversas opciones que se ofrecían: talleres sobre sexualidad, salud mental, auto-examen, maternidad, violación, etc. La "Casa de la Salud" organizada por CIDHAL de Cuernavaca fue una experiencia particular: "era la casa del alivio para las mujeres, se les daba un servicio, trabajamos desde nuestra concepción de dar un servicio, mostrarles el recurso de la herbolaria, ponerlas en contacto con el respeto a las plantas. Nosotras ayudábamos a doña Modesta que hacía "limpias" a las mujeres, para algunas era la primera vez. Otras gentes que se acercaban eran mujeres enfermas a las que les hacíamos conocer la acupuntura, la homeopatía, las terapias tradicionales. Organizamos también un espacio de discusión para las que trabajamos en salud pero no hubo mucho interés en eso". (10)

(10) MAINERO, Guadalupe. CIDHAL-Cuernavaca, Entrevista personal.

¿El auto examen, el manejo de recursos terapéuticos no convencionales, los masajes, el trabajo práctico en talleres versus la conferencia magistral, la selección de ponencias, los discursos de apertura a cargo de funcionarios y autoridades?

¿Rescate del saber (incluido el médico) popular en bloque versus medicalización "al estilo" occidental?

Debemos trabajar sobre estas polarizaciones, ver si son disyuntivas - reales, si es posible tender puentes que permitan comprender más sin abandonar los referentes fundamentales que fueron definiendo un conocimiento y una práctica característicos.

Las redes y colectivos que abordan la salud de la mujer saben que es necesario hacerse visibles, impactar cada vez más, romper los límites del grupo de auto-conciencia.

Sin abandonar totalmente el pragmatismo de una primera etapa, surgido de la necesidad de re-conocerse a todos los niveles, incluido el corporal, una buena parte del feminismo de hoy se hace una serie de preguntas, reflexiona sobre su praxis y rompe con aquellos supuestos que le impidieron trascender más. Su desarrollo "por fuera y por abajo" le permitió la confluencia con otros movimientos y visiones alternativas. Son muchos los casos en los que la educación popular con mujeres, la adhesión a las luchas de colonos indígenas, proveyó a los grupos de herramientas teórico-metodológicas y una perspectiva de la salud colectiva comprometida con su momento histórico y con las necesidades de los sectores más golpeados por la crisis.

Revisar todo ésto es necesario. Pensar (y construir) como mujeres una propuesta educativa en salud es una tarea compleja y más compleja que otras porque, como nos señala Rossana Rossanda:

"... de una secular condición de subalternidad no nacen bella e inmediatamente los valores, los otros valores: sólo nacen algunos valores y una mirada sobre los valores negativos de los demás, pero subsisten aún muchos elementos de analogía, seducción, pobreza y una muy difícil renuncia a la competencia para diferenciarse..." (11)

(11) ROSSANDA, R., "Stasera non lasciate la città". Il Manifesto, 24 de mayo de 1986.