

EL PODER DE LA MATRONA: DE LO INDIVIDUAL A LO COLECTIVO

PONENTE: OSCAR GARCÍA ABOÍN

Enfermero. Master en Salud Pública. Técnico de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Grupo de Planificación y Políticas de Salud de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y de la International Association of Health Policy (IAHP).

“... el deseo de las matronas que apuestan por un perfil profesional flexible, amplio y evolutivo con firmes cimientos en el conocimiento integral de la salud de la mujer, para poder ofrecerle mayor grado de eficacia en la dispensación de sus cuidados”.

Extracto del texto del “Saluda” del Comité Organizador del Congreso.

“Primero imaginarte.... que ya te parecerás”. JR. Jiménez

Las matronas como sujetos (potenciales) del proceso de empoderamiento social y político

Hace ahora poco más de un año fui invitado por primera vez a participar en un Congreso Nacional de Matronas, fue en junio de 2007 en Lanzarote en el anterior congreso. En aquella ocasión se me pidió que hablara sobre un “Nuevo paradigma científico y profesional” y de cómo “Influenciar las políticas”, en definitiva, se me pedía que hablara “de política” y dado que la política la entiendo como “una forma de distribución del poder”, pues, de paso, hable también de poder, o mejor dicho, de poderes.

He de confesar que me sorprendió el encargo ya que, digamos que... no se prodigan por los programas de los congresos sanitarios estos temas. Sin embargo algo debe estar cambiando en el mundo sanitario/salubrista en general y en el mundo de la matronería/partería/enfermería en particular, cuando, posiblemente con la extrañeza y la incompreensión de más de un asistente (e incluso comunicante o ponente) el Comité Científico del XII Congreso decide que las matronas de este país (hay otros países donde las matronas ya lo hacen desde hace tiempo) deben de “meterse en política” y para hacerlo lo mejor posible, como en todo, es bueno ir aprendiendo y debatiendo sobre el tema.

Con ilusión preparé la ponencia y la presentación y disfrute de la compañía y, en buena medida de la complicidad de vuestra disciplina, para con sus contenidos y propuestas. Allí quedó mi humilde aportación con la satisfacción del deber cumplido pero con un cierto regusto amargo a excepcionalidad.

Pocos meses después de esta ilusionante experiencia docente, se pone en contacto conmigo el Comité Científico del XIII Congreso, de este, y vuelve a proponerme que hable de poder (y por lo tanto de política), pero quieren que lo enfoque en esta ocasión desde el punto de vista de cómo ir poco a poco “conquistando” poder (o espacios de poder) es decir de cómo ir “empoderando” a la “comunidad epistémica” de matronas.

La Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas de 19 julio de 2005 en Brisbane, Australia, reemplazando la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990 cita en la Definición de Matrona que:

“..... La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas [1] y que trabaja en asociación con las mujeres [2] para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio [3], dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres [4], la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Para empezar voy a ir aproximando mi reflexión a lo remarcado en la nueva definición internacional de matrona.

Se dice [1] que la matrona “rinde (debe rendir) cuentas” y, para empezar, ya voy adelantando que hay un concepto que siempre acompaña (o debe acompañar) al de “empoderamiento” (“*empowerment*”) y este concepto es el de “accountability” (“*rendición de cuentas*”), luego hablaremos más de esta relación indisoluble.

Se dice también que la matrona “trabaja en asociación con las mujeres” [2], no dice “para las mujeres” sino “con las mujeres”, el destino de las matronas esta ligado al de las mujeres, el “empoderamiento” de las matronas deberá ir íntimamente, progresivamente y paralelamente unido al de las mujeres. Con respecto a este punto he de comentar que tal y como expuse en la ponencia del XII Congreso de Lanzarote para empoderarnos como colectivo, debemos en primer lugar asumir nuestro compromiso social como actores sociales y dentro de ellos como agentes socializantes construyendo tejido social, luego debemos pasar a

identificarnos y ser identificados como “comunidad epistémica” y constituir (construir) o integrarnos en “coaliciones promotoras” (ponía el ejemplo de la Asociación Pro-Lactancia Materna) y unirnos a comunidades de intereses más “macro”, más genéricos, con un mayor nivel de abstracción y por lo tanto susceptibles de un mayor nivel de integración, que serian las “alianzas estratégicas” que estén en la línea de nuestros intereses (que son también los de las mujeres), pues bien, estos tres últimos pasos no son posibles sin las mujeres. El fin de este proceso de construcción de empoderamiento es la constitución en “lobby” y el reconocimiento a todos los niveles como tal.

Figura 1.- INFLUENCIAR LAS POLÍTICAS

Para influir en la toma de decisiones que hagan realidad el cambio necesario, hay que evolucionar de Agentes Sociales a Lobby de Presión:



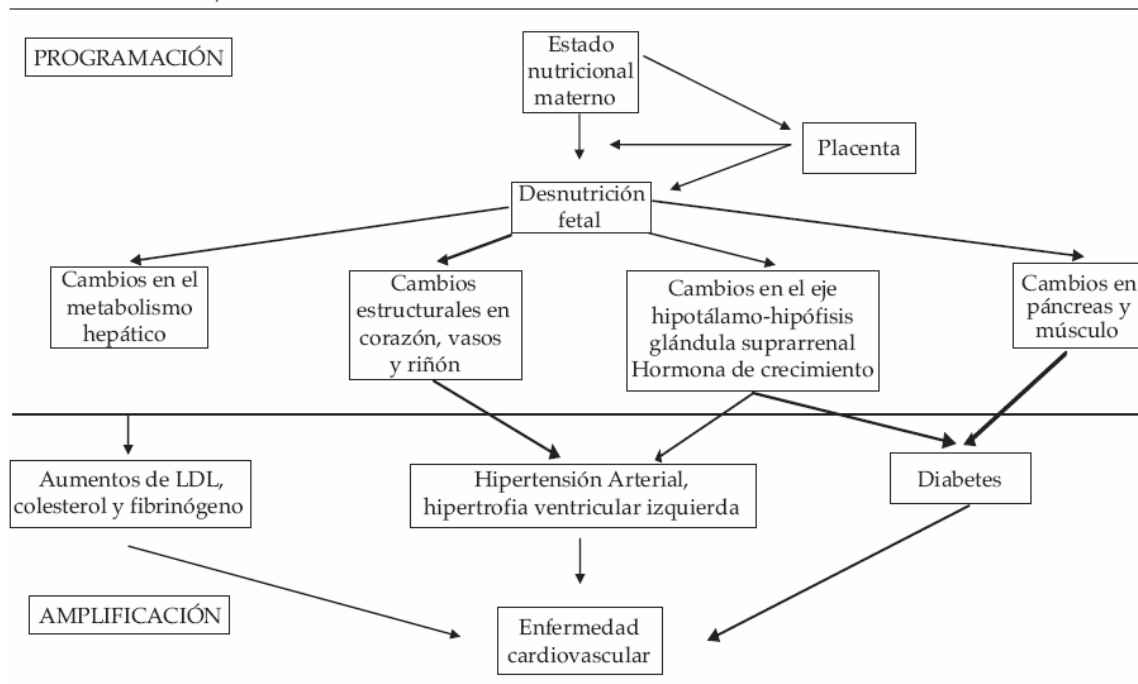
Con respecto al punto siguiente se afirma que la matrona tiene responsabilidad en el embarazo, parto y puerperio de la mujer y en la atención al neonato y al lactante [3], a esto se le denomina “episodio biográfico” (intervención sobre la troncalidad/verticalidad) que corresponde a un momento preciso del todo el “ciclo vital” de la mujer. Es evidente que es aquí donde más se identifica a la

matrona, aquí la matrona ya tiene (más o menos) poder (está legitimada histórica, académica y profesionalmente). Sin embargo yo diferenciaría entre legitimación y poder, creo que las matronas están legitimadas... para conquistar más poder del que hoy en día tienen.

Pero la definición de matrona terminando abriendo una vía (a mi modo de ver algo tímida) a un futuro esperanzador, si luchamos por él, y dice que la actuación de las matronas “puede” (yo hubiese dicho “debe”) extenderse a “la salud de las mujeres” [4]. A esto se le denomina “ciclo biológico” o “ciclo vital” (intervención transversal/horizontal) y corresponde a todo el proceso de la vida de una mujer desde el momento embrionario (o incluso antes, en el preconcepcional) hasta el final de sus días.

Desde la hipótesis de David JP Barker (<http://www.thebarkerttheory.org/>) iniciada hace ya más de 20 años y publicada como tal en Lancet y en el British Medical Journal en 1995 sobre la programación fetal de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (ECNTA) y hasta el artículo de Peter D. Gluckman de este año en el New England Journal of Medicine - NEJM. (*Peter D. Gluckman, M.D., D.Sc., Mark A. Hanson, D.Phil., Cyrus Cooper, M.D., Effect of In and Kent L. Utero and Early-Life Conditions on Adult Health and Disease. N Engl J Med 2008; 359:61-73.*) , se esta avanzando en la evidencia de que la salud y la enfermedad en la adultez parecen estar en relación con sucesos al comienzo de la vida. “El interés que tiene la OMS sobre dietas, nutrición y enfermedades crónicas revela su preocupación sobre este tema, promoviendo el desarrollo fetal óptimo. Por lo tanto, el tipo de embarazo puede ser considerado en términos de salud materna y neonatal, el crecimiento y desarrollo cognitivo del niño, su salud como adulto y, aún más, la salud de las generaciones futuras. Aún en los países desarrollados como el nuestro, suele ser habitual una dieta inapropiada antes o durante el embarazo”

Marco Conceptual de la Hipótesis de Barker según Pablo Durán



De llegar a ser definitivamente bendecidas por la comunidad científica estas (por ahora) hipótesis, la responsabilidad y el campo de actuación trascendente de la matrona en la salud de la población adulta del futuro será clave. Y esto tiene que ver con la intervención precoz en prevención sobre los “episodios biográficos” de la adultez e incluso de la/s siguiente/s generación/es.

Pero el gran desafío de la matrona no es solo el avanzar sobre los procesos troncales/verticales (“episodios biográficos”), sino avanzar decididamente sobre el “ciclo vital”, sobre los procesos transversales/longitudinales de las personas en general y de las mujeres en particular, es buscar su sitio, su empoderamiento, en todos y cada uno de los momentos que componen la vida de la mujer. Eso es mi interpretación de ese párrafo de la definición de matrona que habla de “extenderse a la salud de la mujer”. Se trata, en definitiva de pasar de la militancia en un paradigma “comprimido” a la militancia en un paradigma “expandido”.

Si ya sabemos hacia donde caminar, ahora toca, primero formarse en este “nuevo rumbo” y segundo, empoderarse tanto individual como colectivamente para ir forjándolo para que pueda ser.

El empoderamiento para influir en las Políticas Públicas

El mayor reto de la salud pública es transformar el conocimiento generado en acciones públicas que mejoren sensiblemente la salud de las poblaciones por lo que es esencial que tanto los investigadores como los profesionales de la salud entiendan la dimensión política de los problemas de salud y de las soluciones propuestas. El futuro reconocimiento de la profesión (de las matronas, en este caso) vendrá determinado por su capacidad para influir en la adopción de políticas de salud innovadoras, en su capacidad para una acción en salud más allá de las tradicionales funciones. Así se manifiesta en una nota editorial (pido perdón por la adaptación por mí de parte del texto original) de Ildelfonso Hernández-Aguado y de Paloma Fernández Cano en Gaceta Sanitaria (SESPAS. Gac. Sanit. 2007;21 (4):280-1). Esta misma nota editorial añade que “aunque la ciencia puede identificar soluciones, solo la política y sus actores pueden hacer realidad estas soluciones”.

Los profesionales (como actores sociales) y las matronas como agentes (además) socializantes, debe “entrar” en política para poder influenciar las agendas de cara al empoderamiento de las mujeres en general, y de las matronas en particular, como “cuidadoras” del ciclo vital de la mujer.

Las políticas públicas hasta su implantación, pasan por varias fases (o ciclos). En primer lugar hay que definir lo mejor posible el problema susceptible de intervención y dimensionarlo lo mejor posible, para luego identificarlo o catalogarlo como “público”. Si es un problema público hay que meterlo en la agenda (primero política y luego parlamentaria). Una vez en la agenda hay que decidir operar sobre el y el “cuando” definirá la prioridad de agenda. Una vez decidido operar y cuando, toca diseñar la estrategia política de implantación y posteriormente la estrategia operativa de implementación. Pero el proceso no debe terminar aquí es imprescindible evaluar el impacto de la misma, en nuestro caso en términos de resultados finalistas en salud (mortalidad, morbilidad, años de vida ajustados por discapacidad, calidad de vida, satisfacción, etc.). Las políticas deben evaluarse en su impacto de la misma manera que su formulación debe tener un estudio de su impacto en salud igual que se exige una evaluación previa de impacto medioambiental a las leyes. En todo caso influenciar una agenda no es un fin en si mismo, es solo un paso previo para

influenciar los instrumentos últimos de la acción política y estos son: el boletín oficial y los presupuestos que son los que, en definitiva, condicionan la “distribución del poder” en tanto en cuanto la política es una propuesta de distribución del poder (M.Testa)

Pues explicado esto ahora toca decir que... hay que empoderarse en todas y cada una de estas etapas y nunca solo en alguna de ellas.

Hablemos del “empowerment”, del “empoderamiento”.

Empoderamiento tiene que ver con “poder” y sobre el poder ya hablé en la ponencia presentada en el congreso de Canarias. Solo recordar que, como acabamos de decir, “política es una forma de distribución del poder” y que por lo tanto poder y política son categorías que caminan juntas. Podemos empezar diciendo que empoderamiento es la expansión en la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo (o del grupo) sobre los recursos materiales y sobre otras personas para influir en las decisiones que afectan a sus vidas (o a sus intereses).

El empoderamiento es un proceso (no un momento) multidimensional de carácter social (político) en donde el liderazgo, la comunicación y los grupos autodirigidos reemplazan la estructura piramidal (jerárquica) mecanicista, por una estructura más horizontal en donde la participación de todos y cada uno de los individuos dentro de un sistema forman parte activa del control del mismo con el fin de fomentar la riqueza y el potencial del capital humano que posteriormente se verá reflejado no solo en el individuo sino también en la comunidad en la cual se desempeña (Blanchard, Carlos & Randolh 1997).

Hemos de ser conscientes de que el empoderamiento es un proceso para el desarrollo inclusivo, para la inclusión socio-política, por lo que lo primero que tenemos que preguntarnos, y a lo primero que tenemos que responder, es a si nos sentimos excluidos (o no estamos lo suficientemente reconocidos e incluidos) de (en) las instituciones y de (en) las políticas que emanan de ellas y de las estrategias que las implementan. En síntesis, si el empoderamiento es una estrategia de inclusión hay que empezar por “sentirse excluido” y asumir una cultura pluralista e

integradora frente a una cultura individualista y excluyente. Por eso decimos que el empoderamiento de la matrona se verá favorecido en la medida que aumente el empoderamiento de la mujer, que es la principal excluida social y aumente la inclusión de la perspectiva de género (y de clase social, y de etnia o lugar de origen, y de condiciones de trabajo y empleo), en los estudios científicos (empezando por la investigación producida y publicada por las propias matronas), en los planes y programas de salud, en la asistencia sanitaria (y social) y... en las políticas y aquí, como en todos los demás espacios... con discriminación positiva.

El empoderamiento lo es tanto a nivel individual como, y yo diría en este caso que, sobre todo colectivo y caracteriza las relaciones entre los diferentes actores sociales.

El empoderamiento es la expansión en la libertad de escoger, de actuar, de influir o de dirigir. Significa aumentar la autoridad y el poder tanto del individuo como del colectivo tanto en las decisiones como sobre los recursos.

Las últimas investigaciones sobre empoderamiento aportan conclusiones tales como que: el empoderamiento debe ser operacional, el empoderamiento de las mujeres debería ser reconocido como un gran potencial de desarrollo de las empresas y de los servicios, debe ser reconocido como un instrumento excelente para la “fidelización” de los profesionales y que las prácticas de empoderamiento deben ser diseñadas para aumentar la satisfacción con el trabajo.

Hablando de empoderamiento de las mujeres y en los aspectos más tradicionalmente vinculados a la acción de las matronas, Lucía Mazarrasa nos cuenta que las asociaciones de mujeres y las organizaciones sindicales presentaron, en el proceso de revisión de la Plataforma de Acción de Beijing y su cumplimiento en España en el año 2005, en su Informe de las Asociaciones de Mujeres en España. Beijing+10 (2005), algunas conclusiones sobre la situación en España de la mujer en cuanto a su salud sexual y reproductiva:

- Falta de adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades de las mujeres, y una excesiva medicalización de los procesos naturales como el parto y la menopausia. (medicalización de los ciclos vitales, esto es un apunte mío).

- Incompatibilidad de horarios en los servicios sanitarios con las jornadas laborales de las mujeres lo que les dificulta utilizar ciertos servicios como los de preparación al parto.
- Preocupación por el aumento de abortos en jóvenes y en inmigrantes lo que demuestra la insuficiencia de servicios de anticoncepción y educación sexual y su poca adecuación a las necesidades de las y los jóvenes y las mujeres inmigrantes.
- Dificultades objetivas para el acceso a la anticoncepción de emergencia.
- La falta de financiación pública de la anticoncepción, y de la interrupción voluntaria del embarazo, no llega al 3% las que se realizan en hospitales públicos.
- La falta de regulación de la objeción de conciencia de los/as profesionales sanitarios ante el aborto, lo cual supone en la práctica que las mujeres tengan que acudir al sistema privado con el coste económico consiguiente, ya que no hay criterios claros de su financiación en el sistema público
- Insuficiente cobertura de los programas de prevención de cáncer de mama, con tiempos de espera muy largos para conocer los resultados que producen angustia en las mujeres.
- La protección a la maternidad debe ser la máxima para todas las mujeres independientemente del periodo de cotización y el régimen de la seguridad social al que se cotice.
- La insuficiencia del permiso de paternidad, que no debe ser a costa del derecho de la mujer a sus 16 semanas de baja por maternidad.
- Insuficientes medidas para la Conciliación de la vida familiar y laboral respecto a los hombres.
- Las deducciones fiscales por hijos no contempla a las desempleadas.

- El acoso sexual en el trabajo: no se aborda en la nueva ley contra la violencia de Género.

A la vista de estos resultados de las investigaciones podemos afirmar que la “variable empoderamiento” es una estrategia para mejorar la calidad de vida de los empleados de una organización (las matronas) que, por lo tanto repercute positivamente en la eficacia, eficiencia, efectividad y, por lo tanto, rentabilidad de una empresa u organización (servicios de salud) y en su producto final, la salud de las mujeres

Elementos claves de empoderamiento

Decidir es poder. El empoderamiento de la mujer... y de la matrona en el proceso de participación en la toma de decisiones y acceso al poder, pasa por:

- **Acceso a la información: la información es poder ¿solo la información? ¿que tipo de información?**

Que sea relevante, oportuna, de fuentes independientes o mejor aún generada por nosotros mismos a través de gabinetes de estudios, observatorios, etc. Pero hay que tener algo muy claro y esto es que mucha información, no significa mayor conocimiento ni mucho menos más inteligencia. A mi modo de ver, hay varias fases en el proceso de acumulación de conocimiento. El mas básico es el acumulo de datos (a veces para escapar al desconocimiento algunos aportan una batería “insoportable” de datos y más datos, esto no es información, esto muchas veces oculta la intención de manipular (cuando no de adormecer). Hay un paso superior, me refiero a cuando estos “datos” cuantitativos, se organizan y se unen a resultados de investigación cualitativa, entonces podemos hablar de “información”, pero este es el “escalón” mas bajo del conocimiento. Sin duda muchísimo más que la acumulación de datos. Para mí hay un tercer nivel y este es la “inteligencia”. Solo recordar que la organización mas poderosa (eso dicen) del mundo es la CIA (Agencia Central de INTELIGENCIA). La inteligencia se logra cuando a la Información (datos organizados y complementados con empirismo) se la añade “el poder”, el conocimiento de las estructuras y de relaciones de poder (sin duda que la CIA debe de saber mucho de esto). Pero yo creo que hay un siguiente (no me atrevo a decir último) escalón, que se logra cuando a esta “inteligencia” se la añaden los

“valores” entonces hablamos de “sabiduría”, sí, ya se que algunos la relacionan con la “espiritualidad”, yo la prefiero relacional con los valores.

- **Inclusión y participación**

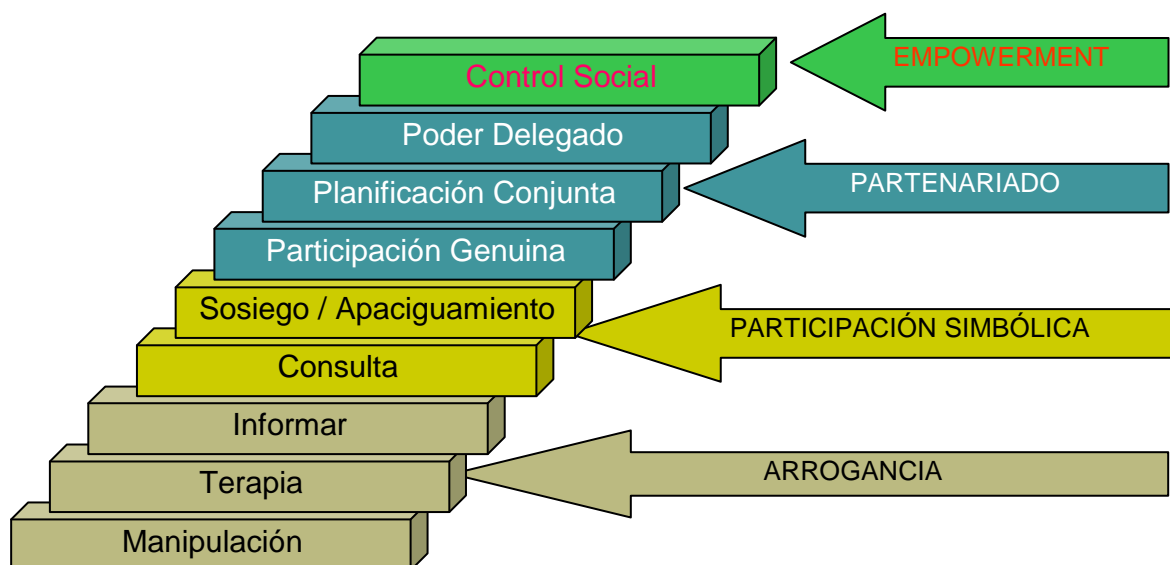
Presuntas sobre inclusión/exclusión.

Como hemos dicho antes la primera pregunta seria la de ¿estamos incluidos?, luego nos preguntaremos ¿Quiénes están incluidos y quienes excluidos?, si la inclusión es puntual o sostenida, si la participación es formada o solo informada.

Reflexiones sobre participación:

La “escalera” de la participación tiene varios “peldaños”, los mas inferiores tratan de simplemente manipular, aplicar “terapias sociales adormecedoras” o solo “informar”, esto no es “participación”, esto es inaceptable y denunciabile. El segundo nivel solo pretende una “limpieza de imagen”, promueve la “participación” para “consultar” o para tranquilizar los ánimos en momentos de conflicto o crisis, se trata de una “participación” puramente simbólica. Empezamos a quitar las comillas a la palabra participación cuando esta adopta características de partenariado pasando de la participación genuina (“me convocan para decidir entre todos, no me traen todo ya decidido para que yo dé mi bendición”), a la planificación (“me convocan para decidir como abordar el futuro”), al poder delegado con capacidad de decisión. El ultimo “escalón”, el mas alto seria la participación para el control social, para el “empowerment”. Este es el último peldaño de la escalera de la participación de Arnstein. En cada peldaño de la escalera se produce un reparto diferente del poder. Mientras que en la manipulación, una forma de participación fraudulenta que ocupa el escalón mas bajo de la escalera, el poder sólo lo tiene quien manipula, en el control social, el escalón más alto, la mayor parte del poder lo tiene la población. Por lo tanto, hablar de participación es hablar, como mínimo, de participación simbólica, sabiendo que esta puede ser una “estrategia de avance limitado” para seguir subiendo la escalera.

Escalera de participación de 8 pasos de Arnstein [Sherry R. Arnstein. EE.UU. 1969]"



Hay otras “escaleras” tales como el “Continuum” de 6 niveles de Brager & Specht (1973), el “Spectrum” de 5 niveles de la Internacional Association for Public Participation, o la “Escalera” de 3 niveles de la OCDE (2001), pero todas son muy parecidas y la Arnstein es, a mi modo de ver, más completa y explícita.

- **Rendición de cuentas (“Accountability”)**

La rendición de cuentas supone la preexistencia de un proceso de planificación.

En los procesos de la Planificación Normativa, fracasados en sistemas complejos, mal definidos y de poder compartido, como es el caso del sistema sanitario, el proceso “termina” con la evaluación (si, ya se que la evaluación debería estar en el ADN de cualquier momento planificador, hasta en el momento de la formulación, porque, todo sea dicho de paso, hasta la formulación se puede y se debe evaluar, pero esto ya es motivo de otra ponencia). Decía que se finaliza con la evaluación, pues bien, debería haber un paso más, el paso de la “accountability”, de la rendición de cuentas. Dicen algunos críticos que eso ya lo hacen los políticos cada 4 años ante las urnas (¡toma, y los periodistas cada día en los kioscos de prensa!), sin embargo yo comparto las tesis del “paso adelante” (pe. Gustavo V. Antúnez 2005): “Cuando los integrantes del grupo hacen suyo el resultado de la evaluación, con todas sus implicaciones, haciéndose cargo de los errores, los fracasos, también de los aciertos. Cuando las personas son capaces de asumir en un toda responsabilidad por lo hecho, para bien o para mal, y hacerlo cara a cara

frente al otro, entonces han dado un gran paso hacia delante”: La Rendición de Cuentas ya está entre los valores del Buen Gobierno

Todos los actores sociales que están incluidos deben rendir cuentas, precisamente para estar legitimados para pedírselas (exigirlas) a los demás. Esto tiene que ver con esto tan “cacareado” de la transparencia (la cristalinidad). En último extremo los políticos rinden cuentas ante las urnas cada 4 años, como hemos dicho antes, pero no hablamos de esto, esto es insuficiente, deben/debemos “rendir cuentas” día a día (es una forma de hablar). Y la rendición de cuentas hay que hacer tanto horizontalmente/transversalmente (en el entorno interno), hacia los otros actores sociales o instituciones “aliadas”, como verticalmente/troncalmente (en el externo), hacia los clientes, o usuarios, o pacientes... ciudadanos al fin y al cabo.

Para esto la información (y la inteligencia, de la que hablamos antes) es vital y el acceso a esta información es determinante, solo con ella podremos aumentar la presión para evitar la corrupción y mejorar la gobernabilidad y la responsabilidad.

La “accountability” es imprescindible para la “cristalinidad”. La ausencia de rendición de cuentas es fuente de impunidad y de corrupción

- **Capacidad de organización**

Desde que el ser humano existe los grupos, los colectivos, las comunidades se han organizado para velar por sus intereses. Se trata de la habilidad para trabajar juntos y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común. Estas organizaciones pueden ser formales o informales, con registro o sin registro legal. Pueden llegar a ser “federaciones”. Hoy en día en nuestro entorno mas inmediato están apareciendo formas nuevas de organización “informal” que se crean “fuera del sistema”, independientemente que luego sean “absorbidos” por él. Las ONGs, las Plataformas Profesionales (10 minutos de tiempo mínimo para la atención por paciente en Atención Primaria, por poner un ejemplo), las Federaciones (organizaciones federadas = alianzas) tales como la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública –FADSP-, Plataformas Sindicales, movimientos ciudadanos, o de usuarios, o de pacientes. Con respecto a este último colectivo tenemos un excelente ejemplo de empoderamiento, me refiero al “Foro Español de Pacientes” (www.webpacientes.org). Es muy interesante a modo de

ejemplo el proceso de empoderamiento seguido por el colectivo de pacientes. Un colectivo con un enorme potencial de poder pero que estaba muy atomizado y en el que cada uno de los colectivos que representa a cada una de las patologías o dolencias se representaban a si mismos. En mayo de 2003 se reúne en Barcelona el germen de lo que luego sería el Foro Español de Pacientes, bajo el impulso de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y redactan y publican la Declaración/Decálogo de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes hoy después de un notable esfuerzo de suma el Foro Español de Pacientes, presidido por Albert Jovell (médico, investigador, epidemiólogo, sociólogo y paciente de cáncer) reúne a 861 organizaciones de pacientes y cuenta con 460.027 socios (8/09/08), mucho más que la mayoría de partidos políticos. Se organizan en 38 patologías, pero esto solo ha hecho que empezar ya que hoy, además de estar unidos, con una voz única y potente, han constituido la Universidad de los pacientes (ubicada en la Universidad Autónoma de Barcelona), tienen un Centro de Documentación de Pacientes (ubicado en la Fundación Biblioteca Josep Laporte), han instituido el Día del Paciente del Sistema Nacional de Salud (18 de abril), tienen una revista electrónica (E-Pacientes) han puesto en marcha una televisión por Internet, la TV de los pacientes (UPTV – FJL TV) y han creado una “Agenda Política”. Es tal su fuerza que la industria farmacéutica (el mercado) ha puesto sus ojos en ellos e inyectan importante financiación en el patrocinio de sus múltiples actividades. Hoy son un Poder.

Es interesante tener en cuenta que los intereses de los pacientes están diferenciados de los intereses de los ciudadanos “no pacientes”. Mientras que a estos últimos les interesa la accesibilidad al sistema (listas de espera) a los primeros les interesa (además) el acceso a los últimos fármacos (aunque estén en fase de investigación) y tecnologías... “cuesten lo que cuesten”.

Esto es un autentico lobby que transformara nuestra forma de relacionarnos con nuestros pacientes. He aquí un ejemplo paradigmático de empoderamiento.

Pero tenemos otro ejemplo muy cercano de empoderamiento, me refiero al que a lo largo de las últimas décadas hemos ido conquistando los profesionales de enfermería. Primero accediendo a más altas cotas académicas (de practicante a diplomado en enfermería y ahora a licenciado, master y doctorado), desde otra

perspectiva asumiendo la formación de su propia disciplina (hasta no hace muchos años a los enfermero/as les formaban solo los médicos), desde la perspectiva administrativa de ser administrados/gerenciados/dirigidos por otras disciplinas a hacerlo desde nuestra propia disciplina (directores de enfermería, p.e), desde la perspectiva profesional de depender casi absolutamente del médico (ayudantes del médico) a tener autonomía profesional. Aun nos queda avanzar más, sobre todo en lo más importante, la investigación, pero en ello estamos. Pero hay algo en lo que aun estamos lejos, es posible que ni nos lo hayamos planteado (bueno, yo y por lo que veo vosotros/as, sí) y este área a la que me refiero constituye el paso de la investigación a la acción (aunque es bien cierto que aquí vamos todos muy lentitos) y del empoderamiento profesional al empoderamiento político. Esto se empezara a conseguir cuando nos plateemos empezar a reflexionar (como vosotras/os aquí) sobre planificación de las políticas de salud, sobre como llevar la salud a todas las políticas, sobre como influenciar las agendas, los boletines (los planes de salud que se aprueben en los parlamentos) y los presupuestos. En definitiva como pasar de ser un lobby profesional a ser un lobby político capaz de transformar la realidad y hacer prevalecer los valores que impregnan nuestra disciplina en alianza con otros colectivos sociales que comparten estos mismos valores.

¿Se puede medir el empoderamiento

Pues.... sí. Se han diseñado muchas formas de medirlo: percepciones y cuestionarios (Mok, 2004), escalas de Likert (Yoon, 2001), encuestas (Boehm y Staples, 2004) y una poco utilizada que es la conocida como el “método de las siete (7) eses (S)” (Mc. Kinsey, 2002): Skills (habilidades), Staff (personal), Strategy (estrategia), Structure (estructura), Style (estilo), Superordinate goals (valores o metas superiores) y Systems (sistemas). Estos procedimientos pertenecen al mundo de la empresa, aplicables, con los filtros correspondientes y las validaciones precisas, a otro tipo de organizaciones. Pero para nosotros puede ser útil una combinación de estas a modo de investigación cualitativa.

Antes de plantearse un proceso (estrategia) de empoderamiento hay que responder a la pregunta ¿para que?..... luego viene el “¿cómo?”.

Lo central es reconocer que toda estrategia de empoderamiento conlleva un desafío al orden establecido (“equilibrio excluyente”), es algo así como “quítate tu

p'á ponerme yo" o como mínimo "échate p'áun lado que entro yo". Toda estrategia de empoderamiento trata de influir en la "distribución del poder" y... ¿que dijimos que era la política?... pues una "propuesta de distribución del poder", luego cuando nos planteamos una estrategia de empoderamiento (individual o colectivo) estamos tratando de entrar o de al menos, influenciar las políticas.

El empoderamiento no es una nueva técnica de gerenciamiento en servicios públicos, es adquirir la capacidad de influir (influenciar) en procesos complejos y arriesgados, en contextos complejos y mal definidos, de bordes borrosos (¿qué es el espacio sociosanitario?) y de poder mas o menos jerárquico o compartido.

Hay dos tipos de empoderamiento, el empoderamiento estructural de Kanter (1993) que tiene que ver con las condiciones "externas" (ambiente de la organización, autonomía, carga, posición, estructura) y el empoderamiento psicológico de Spreitzer (1995) que tiene que ver con la interpretación mental ("interna") que se genera en cada individuo o actor social frente a esas condiciones externas. La idea general de empoderamiento tiene que ver con los dos tipos citados pues ambos se complementan ya que para avanzar en este proceso debemos saber si hay condiciones para empoderarse y la forma en que cada individuo, grupo y/o actor social percibe estas condiciones.

En una empresa, por ejemplo, el proceso de empoderamiento, una vez que se ha decidido conquistar o ampliar espacios de poder, comienza estimulando a los líderes para que cumplan el papel de guías del proceso. Luego se debe ampliar y compartir la información con todo el grupo para rentabilizar al máximo el capital humano, crear confianza e ir acabando con el modo de pensar jerárquico tradicional, le sigue un tiempo de generación de autonomía mediante fronteras compartiendo información y tomando decisiones propias sin perder de vista la visión, la misión y los valores de la empresa. Se termina cuando la organización reemplaza la jerarquía piramidal por los equipos autodirigidos que gozan de "cierta" autonomía, tienen destrezas de trabajo en equipo y el apoyo de la gerencia.

Pero en políticas en general y en políticas de salud en particular, el poder no se comparte y menos se cede...el poder se conquista.

Y hay que tener algunas premisas claras para evitar errores en el proceso:

1ª.- No hay recetas universales para los procesos de empoderamiento y desarrollo inclusivo. Debemos identificar, en el mejor caso las resistencias y el peor las oposiciones, incluso dentro de nuestro mismo grupo y tener claro que incluso dentro de un mismo grupo de intereses (comunidad epistémico) hay subgrupos que aportan “matices” y intereses de “subgrupo”. Cuando hablamos de “capital social” lo solemos interpretar en términos positivos, de avance, pero olvidamos que también hay un “capital social negativo” (por ejemplo “fundamentalistas”, “inmovilistas”, “reaccionarios”, “temerarios”, etc.).

2ª.- A más democracia y más poder de lo público, más posibilidades de empoderamiento y desarrollo exclusivo... y viceversa. Por lo tanto ya debemos tener claro que nuestros principales aliados en los procesos de empoderamiento, como mínimo, deberán ser organizaciones que apoyen (y que practiquen) la democracia y el fortalecimiento de los sistemas y las políticas públicas. Enfrente tendremos a “los otros”.

3ª.- En los procesos vividos en la segunda generación de reformas, en la descentralización de los servicios públicos no todo son luces, también hay sombras, hay problemas de transparencia, de corrupción, de eficiencia, de eficiencia, etc. La descentralización debe contemplar en su formulación que funciones hay que mantener centralizadas para no caer en la desarticulación, en las inequidades y en la ineficiencia del sistema. Un ejemplo claro de algo que nunca se debe descentralizar es el conocimiento (y esta es, me atrevería a decir, el mayor poder, o al menos el más coste-efectivo. De la mano de la descentralización se han fortalecido algunas oligarquías y patronales regionales y locales. Por lo tanto descentralización sí, desarticulación no. Debemos pensar en global y actuar en local (muchos “locales” hacen un “global”), pero debemos empoderarnos tanto en lo local como en lo global, tanto en el nivel micro como en el macro, tanto en los niveles de concreción (acción, guías y vial, protocolos, programas) como en los de mayor abstracción (paradigmas, políticas, estrategias, planes).

4ª.- Dado que la democracia garantiza la estabilidad de las reglas pero no del contenido de las políticas, debemos estar vigilantes y activos para que, dentro de las reglas y aprovechando todos sus recovecos y posibilidades, las políticas se orienten en la línea de nuestra estrategia de empoderamiento. Pero ojo porque el problema no suele estar en los contenidos formales de las políticas (que muchas veces sí) sino en su proceso de implementación. Es ahí donde sufren las desviaciones de los grupos ya empoderados que en el mejor de los casos con “sutiledad” (por ejemplo a través de los reglamentos que las desarrollan) las van

desviando de su rumbo. Recordemos esa famosa cita de “haz tú la ley y déjame a mí el reglamento”. En el empoderamiento hay que seguir las propias reglas internas de este, se trata de fortalecer a los futuros (probables) aliados y debilitar a los futuros (probables) oponentes, pero en cualquiera de los dos casos.... no mucho, solo lo imprescindible en ese momento, porque nuestro aliado del presente puede ser nuestro oponente en el futuro y viceversa.

En todo proceso de empoderamiento hay que identificar con la mayor precisión posible: 1º los actores sociales dominantes (y los dominados), 2º las racionalidades (paradigmas) dominantes (y los dominados), 3º la posición de los actores políticos, 4º la posición del “mercado” (con el que tendremos que buscar alianzas) y 5º, estudiar la burocracia como fuente de resistencias al servicio del poder establecido. El acceso a esta identificación (diagnóstico) de la situación que incorpore la “categoría poder” se puede hacer mediante estudios de investigación DAFO-CAME (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades / Corregir-Afrontar-Modificar-Emprender) y complementarlos con un Análisis PEST de influencia del entorno (factores Político/Legales-Económicos-Sociales-Tecnológicos).

“Las palabras que no se convierten en hechos no sirven para nada”, dijo Demóstenes (padre de la oratoria).

Áreas de Planificación sobre los problemas de salud-enfermedad-cuidados para el empoderamiento de la matrona... y de la mujer:

*“Nuestra cabeza es redonda para permitir al pensamiento cambiar de dirección”
Francis Picabia (pintor francés)*

EJES TRONCALES: GANANDO EN SALUD

- Planificación por Ciclos Vitales. [EN LA VIDA]

- Etapa Embrionaria y Fetal
- Etapa del Inicio de la vida
- Etapa de la Infancia
- Etapa Adolescente y Preadulta
- Etapa Adulta
- Etapa de la Ancianidad
- Etapa del Final de la Vida

- Planificación por Episodios Biográficos. [EN LOS TROPIEZOS DE LA VIDA]

- Planificación de las Cronicidades/ Comorbilidad [ECNTA]
- Planificación de las Enfermedades Transmisibles
- Planificación de los Problemas de Salud Mental y Enfermedades Mentales
- Planificación de las Lesiones/Accidentes
- Planificación de las Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Pandemias
- Planificación de las Emergencias y Catástrofes
- Planificación de la Seguridad del Paciente [Prevención Cuaternaria]
- Planificación de la Dependencia

EJES TRANSVERSALES: SUMANDO ESFUERZOS

- Planificación por Determinantes.

- Sociales [Por la Equidad]
 - o Genero
 - o Clase social/Nivel socioeconómico
 - o Condiciones de trabajo y empleo
 - o Exclusión social y dependencia
- Individuales/Personales [Por la Prevención de Riesgos]

- Ejercicio físico insuficiente
 - Alimentación inadecuada
 - Tabaco/alcohol/drogas
 - Estrés
 - Conductas de riesgo
- Medioambientales [Por la Sostenibilidad]
- Planificación por Escenarios para las Alianzas Estratégicas en Red. [Por la Convivencia Saludable]
- El Municipio [Red de Municipios Saludables y Sostenibles]
 - La Escuela/Universidad [Red de Escuelas Promotoras de Salud]
 - La Empresa [Red de Empresas Seguras y Saludables] (ver Beijin + 10)
 - El Hospital [Red de Hospitales Seguros y Saludables/Amigos de los niños]
 - Escenarios Compartidos Multisectoriales -Ocio-

Este esquema, que no pretende estar cerrado, nos puede servir de orientación para identificar mejor las áreas sobre las que intervenir para iniciar o, en su caso, continuar, un proceso de empoderamiento (individual y colectivo).

La pregunta sería: ¿Que “tenemos que decir” las matronas, como especialistas en el proceso salud-enfermedad-cuidados de la mujer, en todos y cada uno de estos ejes y de la planificación que se deriva de ellos?

Este esquema nos puede servir para identificar las áreas en las que ya intervenimos, tanto individualmente, como “comunidad epistémica” (por ejemplo: sobre algunos ciclos vitales o sobre los determinantes personales o sobre algunos episodios biográficos), las áreas en las que ya tenemos establecidas, o al menos identificadas nuestras “coaliciones promotoras” (por ejemplo: lactancia materna) o “alianzas estratégicas” (por ejemplo: sobre los determinantes sociales o sobre los escenarios).

Es evidente, y con eso tenemos que contar de entrada, que a los que os pretenden enclaustrar en vuestro rol troncal tradicional, no les gustará nada que os metáis en aquello que ellos consideran “patrimonio suyo”, incluso es muy posible que dentro de vuestro mismo colectivo se alcen voces (en el mejor de los casos)

resistentes al avance, a la transversalidad de vuestro (ζ) futuro perfil profesional. Es vuestra decisión el avanzar o el quedaros donde estáis. Cuando soñamos solos, es solo un sueño, cuando soñamos juntos, es el comienzo de la realidad. Albert Einstein dijo que: *“La imaginación es más importante que el conocimiento, los más sublimes sueños inspiran las más poderosas voluntades”*.

En todos y cada uno de los apartados de esta clasificación hay oportunidades para el empoderamiento. En alguno de ellos, lo tenéis claro, en otros barruntáis posibilidades y en otros, ni siquiera os lo imagináis, pero seguro que trabajando como colectivo sobre ellos, a través de procesos de debate de reflexión grupal e investigación cualitativa (brainstorming, delphi, forum grup, etc) y utilizando la técnica del “Appreciative Inquiry” (Dialogo Appreciatiivo) lograreis visualizar vuestro poder en todos y cada uno de los momentos, es decir, en el proceso salud-enfermedad-cuidados de la mujer.

Esquema del Dialogo Appreciatiivo

Resolución de Problemas	Diálogo Appreciatiivo
“necesidad percibida” Identificación de un problema	Apreciar “Valorar lo mejor de lo que es”
↓	↓
Análisis de Causas	Visualizar “Lo que puede ser”
↓	↓
Análisis de Posibles Soluciones	Dialogar “Lo que debe ser”
↓	↓
Plan de Acción “Tratamiento”	Innovar “Lo que será”
↓	↓
Hipótesis Básica: La organización es un problema a resolver	Hipótesis Básica Organizar es construir un puente hacia el éxito

El camino es largo, estamos ante “procesos históricos”, no he dicho que vaya a ser fácil, estamos en sistemas complejos, mal definidos y de poder compartido, no nos sirven las posturas cartesianas con las que nos hemos manejado hasta ahora, necesitamos estudiar las teorías del caos, ¡el orden del caos!, pasar de la geometría lineal euclidiana a la “geometría fractal”.

Tenemos un ejemplo muy próximo y muy actual de “empoderamiento”... la enfermería. Hace apenas 30 años éramos “practicantes” sin titulación académica universitaria. En cuanto al empoderamiento a través del conocimiento, hoy estamos a punto de poder cursar el doctorado en enfermería y ya hay muchos licenciados/as y master universitarios. En cuanto al desarrollo profesional hemos pasado de ser ayudantes del médico, a profesión sanitaria titulada con espacio propio (¡facultativos!). Vosotras, matronas, empezasteis, junto con los podólogos y fisioterapeutas el largo camino que ha llevado hasta las especialidades de enfermería. Hoy tenemos reconocida la carrera profesional y podemos ascender sus escalones. Ayer caminábamos de la mano, hoy caminamos solitos hacia un destino que entre todos debemos ir, no prediciendo, pero si imaginando para ir construyendo. La planificación estratégica del proceso es clave y el “empowerment” y la “accountability” forman parte de él, y estas son dos categorías indisociables que competen tanto al ámbito individual como al colectivo.

*"Procuremos ser más padres de nuestro porvenir,
que hijos de nuestro pasado".
Dn. Miguel de Unamuno*

NOTA: Estas reflexiones y posiciones complementan las expuestas en la ponencia presentada en el XII Congreso celebrado en Lanzarote (Canarias) y que se encuentra en el “libro electrónico” de dicho Congreso.

Agradecimientos:

*"Subirme a los hombros de gigantes me ha permitido ver más allá".
Isaac Newton*

A mis maestros:

Mi padre (†), Hernán San Martín (†), Mario Testa, José Ramón Repullo, Lluís Serra, Rafael Bengoa y José Joaquín O´Shanahan, gracias por sus enseñanzas, su amistad y complicidad, y su permanente militancia en el compromiso social por la salud.

y

**Al Comité Organizador ["Gracias Maribel"]
por haber confiado en mí.**

**Al Comité Científico
por haberme hecho asumir un nuevo reto.**

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS MATRONAS.