

# “EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES, MOTOR IMPULSOR DE PARTICIPACIÓN SOCIAL”

Rosa María Marín Torrens

Silvia Puerta Rubio

Dolores Vidal Conesa.

## RESUMEN

Con este trabajo analizamos la repercusión sobre la participación social de las mujeres mayores asociadas a raíz de un programa global de Educación para la Salud surgido en la Comunidad Valenciana. Mediante el empoderamiento como generador de cambio/agente de transformación social en el proceso de aprendizaje continuo a lo largo de la vida, para conseguir mejorar la calidad y eficiencia de la educación y la formación en las mujeres. Reflexionamos sobre la naturaleza del fenómeno educativo que una vez llevado a la práctica, hace que los límites entre las tres categorías formativas (formal, no formal e informal) se difuminen.

**Palabras Clave:** Educación, promoción de la salud, envejecimiento, empoderamiento, identidad, poder, comunicación y participación social.

## 1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Educación define el aprendizaje permanente<sup>i</sup> como *“una herramienta de desarrollo personal y social para amplios sectores de la sociedad, que tienen el derecho y la necesidad de incorporar a su bagaje de competencias aquellas consideradas básicas para vivir y trabajar en el siglo XXI”*. En la misma línea continúa diciendo que *“La población adulta no puede renunciar a la adquisición y desarrollo de competencias personales y sociales, necesarias para ejercer su derecho a una ciudadanía activa”*

Para alcanzar los objetivos de europeos de participación en aprendizaje permanente de aquí al 2020, habremos de contemplar la contribución de la educación de adultos, conjuntamente administraciones y entidades interesadas. Pero las pirámides poblacionales están sufriendo cambios muy significativos, especialmente sobre la proporción de personas mayores de 65 años de manera creciente. Casado, M.I. et al. (2007). En España hemos pasado de la población mayor de 65 años representaba el 5,20% a principios del siglo XX, al 17,1% actual,<sup>ii</sup> además la generación del baby-boom se jubilará en 2020 y la presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando. Las proyecciones de crecimiento anual están en torno al 1,2%<sup>iii</sup>, en 2049 habrá más de 15 millones de personas de edad (31,9% del total). Polo, A. y Palomares, M.T. (2009). Paradójicamente cuando el año 2012 ha sido declarado «Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional»<sup>iv</sup> con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludable en el marco de una sociedad para todas las edades.

Las razones para estos cambios demográficos, apuntan a dos factores: el descenso de la fecundidad (por debajo de la tasa de recambio); y el aumento de la esperanza de vida al nacimiento (durante el siglo pasado, se duplicó la esperanza de vida respecto a los XIX siglos anteriores). “Marín, R.M. (1996)”, “Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (2010)”.

Mientras en la sociedad actual la representación del envejecimiento se encuentra fuertemente “negativizada”. Son muchos los estudios que han demostrado que los

mayores son considerados como un grupo marginal inútil e improductivo. Los estereotipos negativos mantenidos por la sociedad y los propios mayores aun cuando gozan de amplio consenso, están basados en supuestos que carecen de fundamento científico y la persistencia en ellos puede mermar las capacidades de adaptación de las personas e incidir en su calidad de vida y salud. Arias, C. J. y Jacub, R (2007). No existe un repudio explícito al conjunto de la ancianidad y a la vejez, incluso parece todo lo contrario encubierto por manifestaciones de protección y cuidado.

Lo que Butler, R (1969) en Arias, C.J. y Jacub, R (2007) denomina *viejismo*<sup>v</sup> creencias negativas sobre el envejecimiento como una suma de prejuicios derivados de dificultades psicológicas y sociales en la aceptación del paso del tiempo y la muerte, aumentando con ello los grupos discriminados.

Esta aparente incoherencia provoca que el rol de las actitudes y conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante e imprescindible tener en cuenta en cualquier planteamiento formativo dirigido a personas adultas.

Consideramos absolutamente necesario su legitimación social como grupo a fin de que puedan estructurar sus propias demandas, intereses y valoración social, creen su propio discurso, clave en una sociedad inclusiva como la que pretendemos. De manera mucho más justificada en el caso de las mujeres, ya que a pesar de su “peso demográfico” y de que el sexo predominante en la vejez es el femenino -35% más de mujeres que de varones-. Abellán, A. y Esparza, C. (2011). Sin embargo no existen demasiados datos ni estudios relacionados con el envejecimiento femenino, esto se puede deber a que el desarrollo gerontológico Social en España es reciente y se ha centrado en estudios de carácter general, y/o temas masculinos como la jubilación. O a que los estudios sobre las mujeres se han centrado más en la transformación femenina beneficiando principalmente a las jóvenes. Casado, M.I. et al. (2007). Aunque nosotras lo consideramos una “invisibilización” más, debida a la construcción social del género.

Intentando dar respuesta a este “olvido”, a los objetivos de participación en aprendizaje permanente para 2020, y a los del Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional (entre los que no se contempla ni el de educación para personas mayores, ni el de género), proponemos esta ponencia concretamente por lo que respecta al Objetivo 4 *“Promover actividades que sirvan para luchar contra la*

*discriminación por razón de edad, superar los estereotipos relacionados con la edad y eliminar barreras, en particular por lo que respecta a la empleabilidad”.*

Para ello partiendo de nuestra responsabilidad como mujeres asociadas ocupadas en el fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en todos sus ciclos y espacios vitales, pretendemos analizar la repercusión sobre la participación social de las mujeres mayores asociadas a raíz de un programa de Educación para la Salud surgido en la Comunidad Valenciana y que ha servido de modelo tanto para los Ministerios de Sanidad y el de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Instituto de la Mujer, como para los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas Españolas. Marín R.M. Sanchez, J. Dupuy, M.J. (1994), Marín, R.M. et al. (2000), Marín, R.M. (1998), (2001), (2002), (2003), (2008).

## **2. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD PARA LA MUJER<sup>vi</sup>**

En 1986, coincidiendo con un descenso de la natalidad y la consiguiente pérdida de mujeres en las actividades de parto, M<sup>a</sup> José Dupuy, matrona en el centro de salud de Godella (Valencia) observó que las usuarias al centro mayoritariamente eran mujeres, y entre ellas, de manera muy ostensible, las que se encontraban en una banda de edad entre 45 y 65 años. Además, al ser una población pequeña, percibió que las mismas usuarias tenían una frecuencia de repetición en las visitas muy alta así como un elevado consumo de fármacos.

Comenzó a pensar cuales podrían ser los problemas que de manera tan uniforme hacía a estas mujeres frecuentar tanto el centro de salud, y decidió junto con la Dra. Rosa María Marín Torrens, que se encontraba recogiendo datos en el centro para su tesis doctoral, y el Dr. Francisco Donat, ginecólogo, realizar un estudio de necesidades sobre esa población en concreto, con el objetivo de adaptar las actividades de salud a las necesidades y demandas reales de la población.

Contando con el apoyo del Ayuntamiento de la localidad, realizaron una revisión del censo para seleccionar a las personas objeto de estudio, redactaron una carta y la difundieron mediante un bando municipal, convocando a las mujeres que se encontrasen en la franja de edad entre 45 y 65 años a la asistencia a una charla en la Casa de la Cultura, impartida por profesionales de la Salud y bajo el título de “Salud y

Menopausia”. De aquella charla surgieron las primeras voluntarias para participar en el programa de promoción de salud.

Seleccionaron una muestra representativa a la que encuestar, y junto al resto de indicadores: sociodemográficos, culturales, de infraestructura, medioambiente, sanitarios, de utilización de servicios y recursos, así como métodos de consenso grupales, informadores clave, etc. les permitieran detectar *“los problemas y necesidades (reales y sentidos) de salud de las mujeres en la edad climatérica del municipio de Godella, para plantear sus posibles soluciones”*. Marín, R.M. (1991).

Las conclusiones más llamativas que se obtuvieron del citado estudio de necesidades además de las propiamente relacionadas con la salud, fueron:

- La necesidad de información, educación sanitaria y apoyo social, debido al bajo nivel cultural y social de las mujeres analizadas.
- Discrepancia entre la percepción que las mujeres tenían de sus problemas de salud y/o la menopausia, y las reflejadas en las historias clínicas por los/as profesionales. Y la alta repercusión sobre su calidad de vida.

En base a estas conclusiones consideraron la realización de la experiencia piloto del programa de promoción de salud, abordándolo desde dos perspectivas:

- Sanitaria: encaminada al fomento del ejercicio físico y de la dieta adecuada, a las revisiones médicas y controles necesarios, y a la educación sanitaria.
- Social: detección de problemas familiares y sociales, fomento de las relaciones interpersonales y actividades lúdicas así como, asistencia psicológica adecuada en caso de precisarlos.

Su Objetivo General no sólo era promocionar la salud de las mujeres, también su calidad de vida. Marín, R.M. (1991). Para lo que consideraron imprescindible intervenir desde todos los niveles de asistencia: Atención Primaria, Asistencia Especializada y/o Servicios Sociales.

Esta decisión dotó al programa de un carácter heterogéneo en cuanto a: la diversidad de profesionales remitentes y de referencia, la diversidad de mujeres, así como la diversidad de estilos de afrontamiento, por parte de ellas, frente al estado de bienestar

(entendido como “el completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad” OMS). Llegaron a la conclusión de que si querían trabajar para alcanzar un buen nivel de salud, todo el personal: político, técnico y poblacional, deberían hacerlo desde esta triple perspectiva. WHO. Health Promotion (1990).

En consonancia, a nuestro parecer, con las teorías críticas que desde los años 70 estaban cuestionando a nivel mundial la medicina del momento por considerar que desatendía la perspectiva social del sujeto y su parte psíquica. “No es ya tan importante observar el cuerpo, objetivar, describir, clasificar y diagnosticar, sino escuchar al sujeto, interpretar y comprender el significado de la enfermedad” dice Velasco, S. (2009). Participando así de las bases conceptuales de la línea de salud de las mujeres (pre-género) e incorporando los grupos como instrumento privilegiado de promoción y cuidados de la salud para las mujeres. Posición que les llevó a estar entre las pioneras Españolas (las primeras sobre 1977) en desarrollar las propuestas del Colectivo Mujeres de Boston desde la perspectiva de las propias mujeres.

Tras tres años de desarrollo del programa piloto, debido a la repercusión generada boca-oído, las profesionales se vieron desbordadas de grupos de mujeres. Por lo que decidieron, incidiendo intensivamente sobre la participación social sin pretenderlo, que tras 3 meses de recibir el programa en el centro de salud, las mujeres pasarían en bloque a una asociación que se constituía en esos momentos y a los que el pleno municipal aportaba local y demás apoyos. Posibilitando así la formación en el centro médico de otra nueva oleada de mujeres.

Tenemos que tener en cuenta que nos encontramos a finales de la década de los 80, momento de espectacular aumento de las organizaciones sociales en España. Como expresión de las nuevas sensibilidades sociales capaces de alcanzar cambios profundos en el tránsito hacia una sociedad más compleja. Donati, P. en Albert, M.J. (2004). Esta consolidación a nivel participativo/social constituiría la base sobre la que se asentó el siguiente proceso de mimetización social en las poblaciones vecinas.

El paso a que se asumiera el programa por parte de la administración se conformó desde la reclamación política de las mujeres a la administración. Con la consolidación y buena prensa que llevaba el programa no podían menos que dotarles de cobertura oficial y estructurarlo como programa oficial que la Generalitat ofreciera en todo el territorio de la Comunidad. Para ello era preciso formar desde la Escuela Valenciana de Estudios

para la Salud (EVES) a todo/a aquel/aquella profesional motivado/a en desarrollar el programa en su puesto de trabajo.

Se estructuró y denominó como *Programa de atención integral a la mujer climatérica*. Generalitat Valenciana (1992), se dotó de una guía “*Guía del Programa de Promoción de la Salud de la Mujer*” (1993) y se ha está implementando en la Comunidad Valenciana desde 1992. Se llevan impartidos una media de 4 cursos por año, lo que supone haber formado a unos 120 profesionales en promoción de salud. Además de las colaboraciones dentro y fuera de nuestro país con otras instituciones sanitarias.

En el año 2006, Generalitat decide articularlo en tres niveles de actuación: El primero en los exámenes incluidos en el informe de Salud del adulto (genérico), el segundo mediante el desarrollo de actividades relacionadas con los problemas propios de la mujer de mediana edad, y el tercero con la oferta de actividades de educación para la salud en grupo. Pasando a denominarse “*Programa de Salud de la Mujer mayor de 40 años*” Albiñana A, Costa, P. y Soler, F. (2006).

Desde entonces, el cambio de referentes del programa, así como la interrupción de los cursos a profesionales, y la propia movilidad de los/as profesionales de referencia, ha conllevado que no actualmente no tenga el mismo impacto que tubo hasta el 2002, aunque las asociaciones (actualmente se mantienen 10 con aproximadamente unas 1.500 asociadas) de manera heroica se han mantenido como “agentes promotoras de la salud y la calidad de vida de las mujeres”.

### **3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

En 2010, ante la actual situación de estancamiento respecto al desarrollo del programa, las asociaciones de mujeres existentes deciden enviar una carta a la administración con la intención de reactivar el tema (acción política).

A la vez, en 2011 en la EVES a raíz de las prácticas allí de las alumnas del Máster de género y Políticas de Igualdad del IUED<sup>vii</sup>, U.V., y el conocimiento del programa, se inició un proyecto investigador con el objetivo de conocer el impacto que había provocado en la salud y la Calidad de Vida de las mujeres el programa y las asociaciones tras veinte años en activo, ya que a pesar de los buenos resultados desde

su creación en 1992, no se había desarrollado un análisis de los determinantes de género. El estudio fue seleccionado para exposición en el Congreso SESPAS 2011<sup>viii</sup>. Y en el mismo año Consellería de Sanitat, aprueba su continuidad. Ibarra Huesa, et al. (2011).

Disfrutar de una buena salud es una de las premisas más importantes para poder desarrollar adecuadamente cada una de las facetas de nuestra existencia. Especialmente cuando nos referimos a la salud de las mujeres, que aunque viven más años presentan un porcentaje mayor de padecer alguna enfermedad crónica con respecto a los varones, padecen más enfermedades por persona, consumen más fármacos y se declaran con peor salud que ellos. Debemos recordar, que la salud es el resultado de la combinación de una serie de factores o condiciones biológicas, sociales, culturales, demográficas, políticas y económicas (entre otros) singulares para cada individuo. Aunque en la mayoría de las ocasiones las mujeres han sido estudiadas y atendidas exclusivamente desde la perspectiva biológica de su ciclo reproductivo, sin tener en cuenta otro tipo de condicionantes. Y dado que sabemos que estas relaciones no se dan en igualdad de condiciones para cada sexo, pensamos se debe abordar el enfoque de la salud de las mujeres desde la perspectiva de género. Velasco, S. (2009).

La premisa de partida de dicho estudio (aún inédito), desde el punto de vista de la salud en las últimas décadas, es que hemos pasado de centrarnos en una medicina curativa, dirigida a diagnosticar y resolver las enfermedades cuando éstas se manifiestan, a valorar la importancia de la prevención de los problemas antes de que estos aparezcan. Por ello partimos de unos objetivos específicos que nos permitiesen:

1. Evaluar las condiciones que determinan el estado de salud de las mujeres participantes.
2. Analizar los cambios producidos tras quince/veinte años.
3. Conocer el impacto que las redes de apoyo social/asociaciones han tenido sobre el bienestar psicológico de las mujeres.
4. Examinar la situación actual de las asociaciones y del programa, según las necesidades y demandas planteadas por las mujeres.



5. Y promover acciones de futuro que favorezcan la continuidad del programa y de las asociaciones, adecuándolo a las necesidades actuales, si procede.

Trabajamos desde dos metodologías a la vez: técnicas cuantitativas objetivas que desde el positivismo nos permitiese hablar del nivel de los hechos y técnicas cualitativas que nos permitiesen acceder a la perspectiva del sujeto, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sentimientos

En definitiva lo que iniciamos fue una búsqueda hacia la comprensión de los valores que motivan una acción grupal, para analizar las asociaciones a modo de fenómeno social complejo y heterogéneo.

Las principales conclusiones del estudio son:

**Salud:** las mujeres analizadas perciben su estado de salud entre regular y bueno en un 87% de los casos<sup>ix</sup>.

**Hábitos saludables:** El 40% de las encuestadas consideran que el programa y/o la asociación han influido en cuanto a sus hábitos en ejercicio físico y un 25% en relajación y control de estrés. La inclusión como hábitos de estas actividades ha influido en la atenuación de sus problemas de salud.

**Necesidades:** *“Nos da lástima que este programa, no se siga haciendo”* piensan, , que las generaciones siguientes se beneficien de lo que para ellas ha supuesto *“un cambio de vida”*, *“el programa marca huellas”* (comentan algunas de las entrevistadas), aunque fuese necesario *“adaptarlo”* de a las nuevas necesidades, y, asociado a la existencia de un/a profesional de referencia en el centro de salud que coordine, supervise y dirija las acciones, *“Nosotras por mucha voluntad que tengamos, no somos profesionales...”* comentan al respecto, a la vez que reclaman algo de ayudas para el mantenimiento de las asociaciones.

**Recomendaciones:** En sus palabras *“Esto es lo mejor que nos ha podido pasar, nos sentimos atendidas en todos nuestros problemas, no sólo los de salud”*, *“Le vendría bien a todas las mujeres con hijos, con dependientes, como sea, que saquen tiempo de donde puedan”*.

**Percepción de si misma:** Son capaces de reservarse tiempo para ellas en un 31%. Consideran que han mejorado las relaciones con otras personas dentro y fuera de la

propia asociación, en un 56,8% de los casos. Incidiendo positivamente en la relación con su entorno familiar.

#### **4. “MIRADAS ALIADAS”**

A raíz de las experiencias vivenciadas en el proyecto de investigación, quisimos contribuir con nuestra participación en las actividades de la III Semana por la Igualdad organizada por la Unidad de Igualdad de la UVEG 2012, continuando con la profundización en el conocimiento de los espacios vitales en los que las mujeres desarrollan su actividad, proponiendo una intervención que implicase a las propias mujeres en la reflexión.

Realizamos una intervención activa, participativa donde las protagonistas, las propias mujeres, elaboraron sus discursos intentando dar respuesta a cómo se sienten como mujeres en su individualidad y también formando parte del grupo de inclusión. Intentando dar respuesta de que es aquello de ser mujer/es.

Evidenciamos que el empoderamiento ha sido el punto clave que se ha desarrollado a lo largo del programa, durante él éstas mujeres han pasando de ser dependientes de otros —sus parejas fundamentalmente— a ser conscientes de sus propias capacidades y, sobre todo, capaces de emprender su propio proyecto personal. A la manera en que Foucault articula el poder, como una malla que estructura cada una de las relaciones humanas, aplicando rangos y jerarquías, atribuyendo significados tanto a los hechos como a los sujetos, incidiendo muy particularmente en los individuos y en sus identidades socialmente construidas. Y de acuerdo con el pensamiento de Hanna Arend, pensamos que el poder nunca es individual sino que es “poder de grupo”.

Hemos dado un salto, ya no es tanto “quién soy”, en el sentido de identidad, sino “desde dónde hablo” bajo qué condición subjetiva y sociales diversas, “intergéneros”, y cambiantes, incluso para la misma persona en momentos distintos. Velasco, S. (2009).

A la manera de Alba, T. (2009) y Valle, T. (1991), consideramos las asociaciones de mujeres como nuevo sujeto social, político y cultural emergente, del que escasos estudios e investigaciones dan cuenta, y circunscrible a tres ámbitos: Empoderamiento personal “yo” entendido como acto de libertad, Empoderamiento grupal “Mis iguales y yo” valoración mutua, y Empoderamiento comunitario, el poder de grupo “Nosotras”.

Lo que dentro del programa (PAIMC) comenzaron siendo sesiones de gimnasia de mantenimiento, charlas y talleres, acabó dando lugar a la creación de asociaciones de mujeres; algunas de las cuales han cumplido recientemente los 20 años de funcionamiento. Manteniéndose en la actualidad 10 asociaciones que recogen unas 2000 asociadas aprox. en la Comunidad Valenciana. Para nosotras son organizaciones generadoras de cambio que les permite a las mujeres superar la preparación de género que les condiciona al no poder, constituyéndose ellas mismas como generadoras de poder. Valle, T. (1991) o en el sentido de Victoria Camps, nos sirven para imaginar situaciones alternativas no oprimidas de pactar con otras mujeres el logro de nuestros objetivos.

Precisamente esta constatación del peso que tienen las socializaciones de subordinación, mayoritariamente de mujeres, es lo que nos hace reivindicar el aprendizaje continuo a lo largo de la vida si queremos tener en cuenta tanto las necesidades como las aspiraciones propias de las mujeres. A esto Alba, T. (2009) lo llama “enfoque dinámico de la socialización” y daríamos respuesta de esta manera a una de las preocupaciones de las asociaciones de mujeres, el saber si este programa seguirá teniendo sentido para las generaciones futuras. Si el programa como la socialización y las propias mujeres conforman un enfoque dinámico, la respuesta que el programa y la asociación darán a ellas, también será dinámico, en constante cambio. Es un proceso cíclico en el que los contenidos de la experiencia y del conocimiento están en perpetuo cambio. El “sentido común crítico” pragmatista, propugnar el pensar como tarea común inacabable convertida en hábito. Peirce, C.S (1988). Lo que Linda Alcoff llama deshacer la barrera que separa lo normativo de lo descriptivo. De esta manera llegaríamos a transformar la realidad de manera cooperativa entre todos/as, podría ser la “cultura crítica feminista capacitadora del dialogo” de Neus Campillo, o el “Modelo democrático deliberativo” Benhabib.

Nueva ciudadanía activa, agentes de transformación social que dotan de sentido al ya clásico eslogan feminista “lo personal es político” con funciones de carácter terapéutico, relacional, afectivo y político (para alcanzar unos objetivos que trascienden las posibilidades individuales) a las que se debería sumar la función educativa en tanto que continuadoras de una formación interrumpida en gran parte de los casos en la adolescencia. Alba, T. (2009).

## **5. APRENDIZAJE PERMANENTE A LO LARGO DEL PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD DIRIGIDO A MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS**

Atendiendo a “Toda actividad de aprendizaje realizada a lo largo de la vida con el objetivo de mejorar los conocimientos, las competencias y las aptitudes con una perspectiva personal, cívica, social o relacionada con el empleo”<sup>x</sup> y teniendo como punto de partida nuestra perspectiva de género, creemos que este programa ha conseguido desde el punto de vista educativo:

- ❖ Mejorar la calidad y eficiencia de la educación y la formación en las mujeres.
- ❖ Promocionar la equidad, la cohesión social y la ciudadanía activa a través de la educación de personas adultas.
- ❖ Mejorar la creatividad y la innovación de las personas adultas y su ambiente de aprendizaje.
- ❖ Atender a un enfoque global de educación: económico, cohesión social, equidad, diversidad, ciudadanía democrática, desarrollo personal y comunitario.

Desde sus inicios, el aprendizaje adquirido ha sido dado con la complementariedad existente entre la educación formal, no formal e informal. La diferencia entre ellas, reafirma el concepto de “aprendizaje permanente a lo largo de toda la vida”, invitándonos a reflexionar sobre la naturaleza del fenómeno educativo que una vez llevado a la práctica, hace que los límites entre estas tres categorías se difuminen.

Consideramos necesaria la complementariedad de las tres vías en cualquiera de los espacios destinados a la formación, para que el mayor número de personas accedan a la educación aportando de diversas formas sus propias y diversas experiencias.

A pesar de ser un programa oficial no siempre ha contemplado un carácter formal. Si hacemos un recorrido por las fases por las que ha pasado, destacaremos el carácter global atendiendo a la modalidad formativa empleada en su conjunto:

Fases del programa	Carácter educativo	Acciones
Origen centro de salud	Carácter informal	Las profesionales, no pretenden cumplir con un objetivo explícito ni tampoco lo consideran específicamente educativo, sino que tiene unos fines relacionados con la promoción y el estímulo de hábitos saludables, por lo que la metodología que se emplea no es típicamente pedagógica más bien son acciones caracterizadas por la promoción de la salud y la atención psicológica.
Elaboración de estudio de necesidades	No formal	Se da al margen de lo institucional aunque las personas que participaron en el trabajo eran profesionales del ámbito sanitario.
Dotar de perspectiva sanitaria y social	No formal	Experiencia piloto que atiende a ambas vertientes y que siguen desarrollando de forma voluntaria, las profesionales de salud.
Creación de asociaciones	Formal	En cuanto a la metodología adoptada por las profesionales.
	Informal	Mujeres que no son especialistas, forman con una metodología que escapa a la estructuración de objetivos aunque el aprendizaje que se da pretende ser intencional.
Programa institucional	Formal	Subvencionado por la administración y dotado de cursos a profesionales tomándose como referente en el exterior.
Cambios en el programa	Informal	Desaparecen los cursos a profesionales, por lo que las mujeres van quedándose solas como agentes de salud lo que lleva a tener menor número de asociadas al no enviarle más mujeres el centro de salud y abandonos espontáneos.

Formación específica a matronas en la EVES	Formal	Diversas asociaciones se unen para elaborar una carta a sanidad exigiendo que el programa sea restituido desde Consellería y como consecuencia, se crea una formación específica a matronas, teniendo previsto el comienzo de tres cursos en las tres provincias de la Comunidad, en un intento de que las profesionales de referencia vuelvan a nutrir a las asociaciones y con ello, poder continuar el proyecto.
--	--------	---

Las asociaciones reclaman un respaldo institucional del que carecen en la actualidad y del que sí que se gozó en épocas anteriores.

Valoran muy positivamente contar con una profesional de referencia (supervisora y dinamizadora al tiempo), como la matrona la trabajadora social y/o las enfermeras y fisioterapeutas del Centro de Salud, cuya presencia se echa de menos.

Destacan como fundamental que la intervención con las mujeres se inicie en un Centro de Salud, prestándoles una atención integral a las mismas, que conlleve no sólo la prevención de riesgos, sino también la escucha individual a sus problemas, la información, la educación para la salud y el trabajo en grupos (donde realmente aprenden a incorporar hábitos saludables).

Para trabajar adecuadamente en Promoción de la salud, es importante contar con el asesoramiento de profesionales sanitarios y no sanitarios en temas que no se pueden improvisar si se carece de formación específica.

Con esta descripción pretendemos justificar la necesidad de que, para la subsistencia del programa y sobre todo de las asociaciones, sea considerado el enfoque global del que el concepto de Aprendizaje Permanente ha de nutrirse. Las tres modalidades de formación son vistas así desde una doble perspectiva, por un lado, su carácter en función de las diferentes fases por las que pasa el programa y por otro, la metodología empleada en cada una de ellas.

Siguiendo en la línea de La Belle, T. J. (1980), consideramos que estos tres tipos de educación no se entienden como entidades estancas, sino como “modo predominante”. Realmente, cualquier acción educativa tiene como modo predominante

a uno de estos tres tipos de educación, pero adopta metodologías propias de las otras dos.

## 6. CONCLUSIONES

Partimos desde el aprendizaje permanente como herramienta de desarrollo personal de la población adulta de cara a favorecer las competencias de ciudadanía. Y en concordancia con los objetivos Españoles y Europeos en aprendizaje permanente y los de promoción del envejecimiento activo y saludable, en el marco de una sociedad plural.

Sociedad mayoritariamente representada por cada vez más mujeres y más mayores, a las que aún no se les otorga el peso específico que representan en la población, y sufren por ello una doble discriminación, por ser mujer y por ser mayor. Doblemente injusta.

Nos apoyamos en un programa de promoción de salud, pionero en su origen, con beneficios constatado por parte de un estudio de investigación en el que hemos trabajado, y resumimos en:

- ❖ Se constatan las diferencias existentes entre hombres y mujeres tanto en las variables sociodemográficas, como en las clínicas y psicológicas.
- ❖ Las actividades de promoción de salud inciden directamente en la calidad de vida de la población.
- ❖ Entre las necesidades se reclama la tutela de profesionales cualificados en las ramas de actuación.
- ❖ Las usuarias tras 20 años realizándolo lo recomiendan para las nuevas generaciones.
- ❖ Se constata el empoderamiento como clave para el buen desarrollo del mismo. en tres niveles: individual, reconocimiento de iguales y grupal.
- ❖ Las redes de apoyo social demuestran su importancia reforzando y manteniendo estilos de vida saludables y de mejora de bienestar psicológico.

Pensamos que el éxito del programa se debe en parte al carácter educativo que se le imprimió a las propias asociaciones como generadoras de cambio constante, propiciadoras de empoderamiento, mediante un enfoque dinámico de la socialización. Asumiendo la diversidad, asumiendo las ideas preconcebidas, no huyendo de las dicotomías, sino aceptándolas. Considerando estas como herramientas. Acabando de esta manera con las paradojas.

Entendemos que esto sólo se puede llevar a cabo desde un enfoque global educativo, en permanente cambio a la vez que las personas. Invitándonos a reflexionar sobre la naturaleza del fenómeno educativo que una vez llevado a la práctica, hace que los límites entre las tres categorías educativas: formal, no formal e informal se difuminen.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A. y ESPARZA, C. (2011). *Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid Informes Portal Mayores, nº 127 [Fecha de publicación: 28/10/2011]. ISSN: 1885-6780

ALBA, T. (2009). “Las asociaciones de mujeres como nuevo sujeto social”. Consultado en mayo 2012 y disponible en:

[http://www.fundacionmatria.org/nav/documenta/textos/documentos\\_0006.htm](http://www.fundacionmatria.org/nav/documenta/textos/documentos_0006.htm)

ALBERT, M.J. (2004). “La eclosión asociativa en el tránsito hacia una nueva era. Un estudio del tercer sector en el ámbito comarcal de la l’horta sud (Valencia)”. Tesis doctoral Universitat de València, Servei de publicacions. I.S.B.N.:84-370-6082-6 \*

ALBIÑANA, A. COSTA, P. y SOLER, F. (2006). *Calidad de vida y mujer de mediana edad. Guía de apoyo a los talleres de educación grupal*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

ARIAS, C. J. Y JACUB, R. (2007). “El empoderamiento en la vejez. The Empowerment in the Elderly”. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol 2 num 2 Pp. 25-32 11-10 / 4-11 DOI:10.5460/jbhsi.v2.2.26787.

CASADO, M.I. FERNÁNDEZ, A.M. Y SANTA CLOTILDE, E. (2007). “Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud”



(Z.B.S.Valladolid) Biblioteca las Casas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.php>

GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (1992). “Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica”. Valencia. (Monografies Sanitaris Serie E, núm. 8).

GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (1993). “Carpeta de Cuestionarios del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica”. Valencia.

GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (1993). “Guía del Programa de Promoción de la Salud de la Mujer” Conselleria de Sanitat: Autor

LABELLE, T.J. (1980) *Educación no formal y cambio social en América Latina*. Nueva Imagen. México.

MARÍN, R.M. (1991). Determinación de prioridades de salud en las mujeres en el periodo climatérico. En: *Mujer y Calidad de Vida*. Libro de ponencias del Symposium Internacional “Mujer y Calidad de Vida”. Barcelona: C.A.P.S.

MARÍN, R.M. (2001). “Asistencia Integral a la Mujer en la Comunidad Valenciana. El valor de la salud”. *Prog Obstret Ginecol* ; 44 (S1): 93-101.

MARÍN, R.M. (2001). “Políticas de Salud en la Comunidad Valenciana. Una Perspectiva de Género”, en MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE LA MUJER / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa*. Madrid (Serie Debates, nº 34).

MARÍN, R.M. (2002). “Impacto de las Actividades de promoción de Salud en la Mujer: Corrigiendo desigualdades”, en MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE LA MUJER *La Salud de las Mujeres: hacia la Igualdad de Género en Salud*. Madrid (Serie Debates nº 37).

MARÍN, R.M. (2003). “Ciclo Vital y Salud: nuevos afrontamientos de la Menopausia” EN MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE LA MUJER. *La Salud de las Mujeres: hacia la Igualdad de Género en Salud*. Madrid (Serie Debates nº 40).

MARÍN, R.M. PASTOR, E. BUENO, F. (2000). “Promoting Health in Middleaged Women. Promoting Gender Equity in Public Health in Europe. European Institute of Women Health”. Trinity College. Dublin (Ireland), 9-12 September.

MARÍN, R.M. SANCHEZ, J. DUPUY, M.J. (1994). “Assesing the effects of Health Promotion Programs on subjetive Well-Being of menopausal women. Quality of Life and Health Psychology”. 8ª Conference of the European Health Psychology Society. Alicante

MARÍN, R.M. (1998). “Experiencia de la Comunidad Valenciana en el Programa de Atención Integral a la Mujer en el climaterio y Calidad de Vida en las Mujeres en el Climaterio y vivencias según cultura y evolución histórica”. (Ponencias). Simposio Internacional sobre “Condiciones de Salud de las Mujeres en el Climaterio”. San José de Costa Rica, Abril.

MARÍN, R.M. (1996). “Menopausia y salud. Atención integral a la mujer de mediana edad” en CÁNOVAS, J. (COORD). *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ed. Ariel

MARÍN, R.M. (2008). “Historia del programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica en la Comunidad Valenciana”. Ponencia en el I Congreso Nacional de la Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana. Valencia.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES. (2010). *Las Personas Mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Autor

PEIRCE, C. S. (EDICIÓN DE 1988). *El hombre, un signo* (el pragmatismo de Peirce. Editorial Crítica Pp: 181-182. Traducción de José Vericat.

POLO, A. PALOMARES, M.T. (2009). *Las mujeres de la Comunitat Valenciana a principios del siglo XXI 200-2007*. Generalitat Valenciana, Consellería de Bienestar Social, Dirección General de la Dona i per la Igualtat. ISBN: 978-84-482-5213-7 Depòsit Legal: V- 2001-2009: Autor

VALLE, T. (1991). “Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio”. KOBIE (Serie Antropología cultural) Bilbao/Bizkaiko foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia, N° VI,1991/93: 5-15.

VELASCO, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Pp. 33-35. Minerva Ediciones.

WHO. HEALTH PROMOTION (1990). A Resurce Book. Copenhagen: WHO-EURO.

---

<sup>i</sup> Plan de aprendizaje permanente (Consulta mayo 2012)

<sup>ii</sup> Sobre censo poblacional de 2011. INE

---

iii Datos INE

iv [http://www.envejecimientoactivo2012.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo\\_2012/que\\_es/objetivos/index.htm](http://www.envejecimientoactivo2012.es/imserso_01/envejecimiento_activo_2012/que_es/objetivos/index.htm) (Consulta mayo 2012)

v Traducción de Salvarezza (1988) propuso el término *viejismo* el cual describe con precisión el prejuicio y el rol que ocupa el término “vejez” en las representaciones sociales.

vi Historia extraída a raíz de varias entrevistas personales a la Dra. Marín durante el 2011.

vii Miembras de la Asociación por la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones “Alia”

viii “CONGRESO SEE-SESPAS 2011 SALUD Y EQUIDAD EN TODAS LAS POLÍTICAS Madrid, 6 - 8 de octubre de 2011

ix La percepción del propio estado se considera como un muy buen indicador de la salud

x Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión. Hacer realidad un espacio europeo del aprendizaje permanente. 2001.