

**“GÉNERO, DESIGUALDADES Y SALUD PÚBLICA:
conocimientos y desconocimientos.”**

➤ **INTRODUCCIÓN**

El concepto de desigualdad ha cambiado a lo largo del tiempo y hay quien lo utiliza para designar injusticias o diferencias. Según la OMS las diferencias en materia de salud son innecesarias, evitables e injustas. El concepto de justicia también puede ser muy variable, pero un criterio utilizado es el grado de libertad que la persona tiene para escoger sus condiciones de vida.

Se dice que la mujer tiene una esperanza de vida más larga que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad e incapacidad.

Además de los factores biológicos (genética, fisiología, anatomía, riesgo) ligados al sexo también se puede considerar factores sociales como: patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales...

Las desigualdades observadas en la salud de la mujer son primariamente concebidas y analizadas dentro del marco del rol familiar, bastante distinto del análisis de las desigualdades existentes en la salud de los hombres, que en la mayoría de la bibliografía aparece condicionada por el rol ocupacional o posición social. Es en la desigualdad de la división sexual del trabajo donde se encuentra la primera dificultad para el estudio del género.

Una de las misiones de la perspectiva del género consiste en evidenciar que muchas de las características que son diferentes según sexos son obviadas o invisibilizadas para las mujeres, lo que muchas veces implica la elaboración de generalizaciones que no tienen en cuenta sus características y particularidades.

❑ **CONCEPTO DE GÉNERO**

El término sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamientos según el sexo.

Construcciones que hemos hecho para organizar la relación entre los sexos, el género es una forma de relacionarnos socialmente entre personas que tenemos sexualidades distintas. No tiene que ver con fisiología, sino con los papeles de mujeres y hombres, niños y niñas. Son expectativas sociales.

Eso que hemos aprendido no nos ha dejado darnos cuenta que las diferencias entre hombres y mujeres son causa de elementos sociales. El género son comportamientos públicos, comportamientos con otros.

Esos papeles de género se nos ha enseñado que las mujeres tienen que hacer caso a los hombres, las opiniones del hombre son más importantes... figura dominante del hombre. Estereotipos. Por ello, la ideología del género hace que nuestros comportamientos generen desigualdades sociales sin darnos cuenta.

Existen dos visiones, sociológica y sociobiológica, y para esta última el principal eje que matiza las diferencias entre mujeres y hombres es fundamentalmente biológico. En cambio la sociología considera que los principales factores que condicionan las desigualdades de género son las coyunturas sociales y políticas que determinan las normas reguladoras de los comportamientos de las personas en todas las esferas: doméstica, ocupacional-profesional, cuidados, aptitudes, ocio...

- **SOCIOLÓGICA: explicar el contexto social de las desigualdades entre hombres y mujeres.**
 - apelando a la socialización. Proceso por medio del cual las personas desarrollan una personalidad como resultado del aprendizaje de los contenidos de una cultura dada y por medio del cual una cultura es transmitida de una generación a otra. Hemos aprendido qué es lo que somos como chicas y como chicos, por separado. Identidad social, presunción de funciones, uso de espacios, actividades propias. Influencia de la ideología del género. Se nos enseña a ser distinto.
 - los roles que aprendemos, comportamientos aceptables o esperados (papeles asignados y representados por los individuos) según tu sexo y el espacio donde te muevas. Espacio que hace que la diferencia que genera desigualdad la vayamos asumiendo como algo normal. Los roles se encuentran institucionalizados. Definirían lo que es correcto para cada sexo.
 - oportunidades, ¿igualdad? Derechos y deberes sociales son diferentes. Esa idea de poder gestionar el tiempo, espacio... es distinta. Brecha salarial. Obligaciones de la mujer fuera del trabajo, porque su rol se lo obliga.
 - clase social. Están formadas por grupos sociales cuyas posiciones en la sociedad vienen definidos por el papel que desempeñan en las relaciones de producción en un momento histórico determinado. En el sentido de cuanto más abajo estamos en la clase social se enfatiza más la desigualdad. Espacio de la producción (prestigio, remunerado, HOMBRES) y la reproducción (MUJERES).

Estos cuatro elementos son los que nos hacen que nos acostumbremos a las desigualdades sociales.

- **SOCIOBIOLÓGICA: defiende el discurso médico. Elementos biológicos tienen el peso, la herencia genética determina nuestro comportamiento. Diferencias hormonales.**
 - identidad de género. Identificación primaria de un individuo con uno u otro sexo. Es una asignación social sobre lo que debes hacer y eso está marcado por la morfología, causante de las diferencias. Depende en gran parte de un proceso de aprendizaje en los primeros años de vida y concuerda con la asignación del sexo del neonato a partir de características morfológicas externas.
 - roles de género, las hormonas sexuales son fundamentales para predisponer a un tipo de comportamiento u otro. Todos los ajustes fisiológicos. El sobrepeso las cuestiones de fertilidad, menstruación... frente al material de los hombres. Predeterminación de la mujer. Importancia a las diferencias fisiológicas que influyen en la manera de comportarse de las personas dependiendo de si se tratan de hombres o mujeres.
 - orientación sexual, condicionantes hormonales. Atracciones hacia un tipo de personas u otras.
 - inteligencia y capacidades cognitivas, hombres y mujeres utilizan indistintamente una parte del cerebro u otra para realizar actividades.

❑ IMPORTANCIA DE LA TERMINOLOGÍA

El encuentro de estas dos visiones generan confusión entre el **género y el sexo**. El género es una construcción social del sexo biológico. Comportamientos que asignamos a cada uno. Existe un multimorfismo genital. El sexo es un elemento demográfico, descripción y a veces no clara, de una tipología corporal. El tema no es caracterizar sexualmente a las personas, sino como construimos diferencias a partir de cómo la gente es caracterizada. Lo que genera desigualdades es darse cuenta de que en esa distinción hay una jerarquía, la confusión esconde el trato desigual.

El término género debería ser utilizado para definir la construcción social del sexo biológico; los comportamientos diferentes o desiguales según el sexo. Por otro lado, el término sexo debería utilizarse en su sentido demográfico, en referencia a los grupos de interés, sin suponer interpretaciones de las causas de las diferencias observadas. Básicamente, sexo se refiere a la clasificación según las características morfológicas que hacen que las poblaciones sean divididas en dos grupos (hombres y mujeres).

❑ GÉNERO Y SALUD

La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Lo que se estudia en salud siempre está relacionado con los hombres. Se prioriza a los hombres. Un hombre no sabemos muy bien lo que es pero una mujer sí, siempre sabemos qué debe hacer, cómo de actuar... Reducción del sujeto a la posibilidad. Reducimos las dos partes a papeles sociales (productor-cuidador). El mundo de las cuidadoras es un mundo opaco. Obligación afectiva o familiar.

Reducción de las mujeres. Importancia porque hay muchos ámbitos de las mujeres que no se estudian. Las mujeres tienden a contar más sintomatología que los varones y a focalizar más sus problemas en el ámbito psíquico que físico. No es un reflejo, hay que ponerle una clave sociológica. (¿Acude por los hijos?) Saben como funciona el sistema y en ellas no tiene un tradición económica. Una socialización previa hace que las mujeres piensen en términos de fracaso, de hacerlo mal. La fragilidad no les hacen más propicias a las enfermedades, sino porque corren más riesgos que los hombres, menos condiciones de seguridad, condiciones que les rodean en los trabajos... Están en una situación de riesgo más agudizada que los hombres, no para morir, sino para estar enfermas.

Esquema, dibujo.

❑ TRABAJO, ROLES Y SALUD

Los roles ocupacionales y familiares han sido utilizados como los ejes en la investigación de las desigualdades sociales en salud. Las ocupaciones son claramente matizadas por los roles sociales, que sistemáticamente dependen del género. Las desigualdades en los trabajos reflejan la forma en que las mujeres y hombres percibirán su salud y enfermarán, en las conductas y estilos de vida, y finalmente, en la utilización de los servicios sanitarios.

- El trabajo reproductivo:

El trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con la manutención del bienestar y cuidado de la familias, realizado principalmente en el hogar y mayoritariamente por las mujeres, es considerado como “natural”, difícilmente reconocido y aún menos medido.

Difícilmente puede comprenderse el significado del trabajo femenino si no se tiene en cuenta la situación de doble jornada laboral que, en la mayor parte de los casos, ha de afrontar la mujer trabajadora, a la que incumbe prioritariamente realizar, después del horario de actividad externa, un extenso repertorio de cometidos laborales en casa. Esta situación es producto de la distribución de papeles más común en nuestras sociedades, que adscribe a la mujer al cuidado de la familia y del hogar.

En nuestra sociedad, la propia división sexual del trabajo hace que esta percepción de la injusticia sea más evidente para las mujeres.

- El trabajo productivo:

El mercado de trabajo está altamente segregado según género. Las ocupaciones del tercer sector están relacionadas con el papel tradicional de las mujeres en el ámbito doméstico, lo que les posibilita un conjunto de habilidades consideradas relevantes para el trabajo en este sector.

Hay trabajos femeninos que aunque sean desempeñados por hombres, son poco valorados y trabajos masculinos que aunque sean desempeñados por mujeres son más reconocidos y valorados.

Elección de una jornada a tiempo parcial para poder compatibilizar el trabajo productivo y reproductivo. Se ha sugerido que tanto la jornada parcial como las jornadas más largas pueden servir para demostrar la desventaja de la mujer en el mundo del trabajo remunerado. La competitividad asume un papel decisivo.

Diferencias salariales, brecha salarial. Mayor nivel de estrés para las mujeres, pues su jornada de trabajo es doble (hogar-trabajo).

❑ CONCLUSIONES FINALES

La importancia de la perspectiva de género: detectar estereotipos y desigualdades no son diferencias. Feminización de la pobreza.

Cuando el sexo pase de ser apenas una variable de confusión y se conozcan con más profundidad las diferencias biológicas entre mujeres y hombres y las diferencias en el impacto que los problemas de salud generan en ambos, se estaría avanzando.

Las respuestas diferentes que el sistema sanitario ofrece a los usuarios/as generan desigualdades,, en el sentido de que estereotipos establecidos entre proveedores organizacionales y profesionales médico-sanitarios pueden repercutir en la atención prestada a mujeres y hombres.

“MUJERES, REPRODUCCIÓN Y GÉNERO. ENCUNTROS ASISTENCIALES EN EL EMBARAZO Y PARTO”

- Experiencia de las mujeres
- Cómo se reproducen las estructuras

Hipótesis:

El sistema médico respecto al sentimiento de embarazo, es un mecanismo de control social sobre las mujeres, es decir, se ejerce un mayor control sobre el proceso.

la dependencia de las mujeres embarazadas se consigue a través de:

- desconfianza en las mujeres en su propia comprensión del cuerpo
- desconfianzas sobre el proceso reproductivo

- 1) Seguimiento a la gestación y atención al parto y cómo esto es compartido y/o contestado por las mujeres.
- 2) Vivencia de la maternidad desde la premisa de que el ideal social el respecto no siempre es experimentado así por todas las mujeres a lo largo del embarazo y parto durante los dos meses posparto en que se prolongó el estudio.

Tratar de mostrar la ideología y los valores sociales que hay detrás del trabajo de los profesionales de ginecología, no tanto cada individuo, sino a la hora de trabajar que imagen traslada a las mujeres. Materializar el proceso de la maternidad. ¿Cómo viven eso?

➤ **CREACIÓN Y RECREACIÓN DE LA GESTACIÓN: el itinerario sanitario-asistencial.**

Se ha medicalizado el tema del embarazo y del parto. Ello se ha hecho haciendo ver que el proceso de la situación implica un riesgo, por lo que las mujeres embarazadas deben ser puestas bajo control médico. Se dice que el sistema sanitario da información que no puede gestionar una persona personalmente y ello será beneficioso en el proceso del embarazo. Además proporcionarán funciones asistenciales, las cuales están cargadas de ideologías normativas y morales dirigidas a mantener el orden social en que las mujeres, se supone, deben ser receptoras pasivas de los dictados hegemónicos.

El encuentro con el sistema sanitario implica: para evitar el riesgo, eso implica un control y un seguimiento del proceso del embarazo, por lo que se habla de mucho tiempo de control 8 o 9 meses. Adoctrinamiento. Implica contacto. Se traslada ideologías sobre qué hacer y cómo ver o enfocar ciertas situaciones sociales durante el embarazo. Trabajo de mantener el orden social. Cómo se cuida a un niño, qué hay que hacer cuando nace...

Se producirá un adoctrinamiento en el cumplimiento de lo que de ellas se espera y el lugar que socialmente les corresponde como mujeres y madres.

3 vivencias que reciben las madres:

- ellas no saben, de esas cuestiones lo que ellas aportan no es válido
 - lo que perciben es que el proceso de embarazo es expropiado
 - están constantemente siendo educadas instruidas, mandando mensajes de cómo deben hacer las cosas...
- EL “NO SABER”

Se produce una reducción y expropiación del campo de conocimientos de las mujeres.

Hay muchas mujeres que se hacen una prueba por sí solas a ver si están embarazada, y acuden al sistema médico, pero no saben muy bien por qué, pero aceptaban que los profesionales sean quienes controlen la situación. Desconocen también la explicación de cómo va a ser el proceso de seguimiento y control. No hay ese primer contacto.

El sistema no explica muy bien porque la mujer tiene que acudir a su médico de referencia.

Sus vivencias y síntomas quedan anulados. La opinión de las mujeres se sustituyen por pruebas técnicas más certeras, como por ejemplo las ecografías, pues las informaciones técnicas siempre irán por encima que la percepción y opinión de las mujeres. Ello lleva a que las mujeres sientan que no comparten el proceso y tienden a buscar información.

De ello desprende que se tiende a promover y mantener la fe hacia los expertos, desde donde también hay cierta inclinación a culpabilizar a las mujeres. Primero la medicina se impone, pero la responsabilidad de su uso retorna a la usuaria a la que antes se le ha expropiado o desvalorizado sus conocimientos, lo que se traduce en “culpabilización de la víctima”.

A partir de esto, se produce la imagen de la infantilización de las mujeres como seres incapaces porque “no saben o no se enteran”, aparece de forma frecuente en las relaciones con los profesionales. Las mujeres, por la salud de su hijo/a se sitúan donde los expertos mandan, además serán valoradas y fiscalizadas por éstos.

- EXPROPIADAS

Lo importante no eres tú, es el producto y el sistema tiene esa responsabilidad. El proceso no tiene importancia. Se olvida a la mujer para potenciar la atención del niño/niña que va a nacer y todas las actividades se dirigirán y justificarán por este objetivo.

A las mujeres se les invisibiliza, se presta atención al feto y los factores que le afectan, dejando a la mujer de lado. Las mujeres en el embarazo son meras portadoras del feto.

El embarazo, no pertenece a las mujeres sino al sistema médico encargado de asegurar su evolución. Las mujeres son trabajadoras que fabrican los bebés para la industria social, y el personal sanitario ejerce de jefes que controlan para que esta producción llegue a ser una mercancía socialmente viables.

Todo tiene que estar consensuado y ajustado el bebé. Tu vida se ve condicionada de que hay una escisión entre un ser social que existe y un producto fisiológico que es el bebé. El sistema sanitario tiene la responsabilidad de que este producto (bebé) salga correctamente.

- EDUCAR A LAS MUJERES

Si se parte de que las mujeres no saben, hay que enseñarles, función protocolizada que realizarán las matronas. Educar para la salud y educar para el parto y maternidad. Las mujeres son “objetos de trabajo”, tiene pues un mínimo protagonismo.

No podemos separar al producto del envase. El tiempo de gestación es un tiempo de enseñanza y de adoctrinamiento.

Se habla no se habla solo del propio proceso de gestación, del parto y sobre la maternidad, la crianza inmediata. Y sobre la propia salud que tiene que mantener la propia madre.

Una de las intervenciones sistemáticas fue la dirigida a promocionar hábitos saludables entre las que el control nutricional y ponderal se presentó como tema de especial interés tanto para las matronas como para las mujeres.

El riesgo, la amenaza, la responsabilización y la culpa, son elementos habituales de los discursos profesionales en estos encuentros.

La educación se percibe como un adoctrinamiento de las mujeres para que se adapten y colabores con el sistema.

➤ **EL PARTO: representaciones y prácticas**

Las definiciones socialmente aceptadas sobre los eventos que dan lugar al parto están construidas desde la ideología de un sistema en el que el dolor, pero sobre todo, el riesgo, se presentan como realidades materializadas en los cuerpos, amenazando las vidas de la madre y la criatura.

Dolor: desconocimiento, ilusión. Existe la anestesia epidural, la cual es vista como una ventaja tanto para la madre como para los profesionales, pues tiende a reducir el dolor en su gran medida durante el parto.

El riesgo: lo presentan más como un asunto de los profesionales en quienes confiaban que estuvieran preparados para afrontarlo si fuera necesario.

Una de las representaciones que más claramente se pone de manifiesto es la insistente desconfianza en el cuerpo. Por un lado, la inquietud ante el imprevisible comienzo del parto, por otro, como ya hemos visto, el riesgo que supone que conllevan también el dolor del acto de parir y finalmente, su duración. Se presenta una concepción mecanicista del cuerpo y el hospital aparece como la fábrica de “sacar” niños/as en un período de tiempo controlado.

Pero el parto, al igual que sucede en el embarazo, es asunto de los expertos y las mujeres, de nuevo, tiene poco que decir. La percepción de que todo puede ocurrir sin su colaboración refuerza los sentimientos de desconfianza e inseguridad respecto a su capacidad física para parir, porque, de alguna manera, se les hace ver que no pueden.

Parto en el hospital/ en casa.

➤ PUERPERIO Y CRIANZA: la práctica de la maternidad

Transcurrido el parto, las mujeres adquieren el nuevo estatus social de madres al que deben responder según las normas culturalmente pautadas. Durante las primeras semanas del puerperio se adaptan y aprenden a cuidar a sus criaturas a la vez que se recuperan del esfuerzo o lesiones que dejó el parto. En esta etapa las mujeres se verán presionadas por los profesionales y obligadas a la lactancia materna.

Los profesionales se manifiestan ante la lactancia materna defendiendo los beneficios teóricos, mientras que ello se enfrenta a la importancia de las condiciones de vida de los padres. Siendo la lactancia materna una práctica socialmente promovida, su manifestación pública no es siempre aceptada y queda regalada al espacio privado del hogar en un trabajo invisible y monótono. Al igual que en el embarazo y el parto, el sistema médico tiende a apropiarse del saber en el cuidado de las criaturas.

La crianza exige de las mujeres la dedicación a tiempo completo, pues normalmente recae en la madre la responsabilidad de atención del niño. Se idealiza la maternidad, pues solo una mujer de las entrevistadas aseguró que esta experiencia estaba siendo tal y como la imaginaba.

Las madres se encuentran cada vez más cómodas y los niños responden a los requerimientos de su madre. Se muestran más optimistas y con la visita al ginecólogo a los 40 días se cierra este período reproductivo.

CONCLUSIONES

Se mantiene la visión de las madres como seres sociales menos capaces o en falta. Objeto de interés médico.

A las mujeres se les sigue asignando una mayor dedicación y responsabilidad basadas en un supuesto instinto maternal “naturalizado” que, como hemos comprobado, no es más que un aprendizaje insertado en la cotidianidad del contacto con sus criaturas.

Con todo, somos de la opinión que se está produciendo cambios en la forma de atención a las mujeres en el embarazo y parto. Sus demandas están teniendo un efecto renovador en el sistema, y esto se traduce a una incipiente mayor consideración hacia sus opiniones y decisiones.