

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD:

La reflexión desde el CAPS

Esperanza Aguilá. Enfermera. Responsable de Promoción de la Salud. CAPS

LAS RELACIONES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

La preocupación por definir lo que son las mujeres y los hombres y en qué consisten (o deben consistir) las relaciones entre ellos, es una constante en filósofas y filósofos de todas las épocas; es pues tan antigua como la cultura occidental.

Prudence Allen¹ distingue, en esta larga historia, tres maneras de definir a la mujer en relación al hombre:

- a) la teoría de la unidad de los sexos
- b) la de la polaridad entre los sexos, y
- c) la de la complementariedad entre los sexos.

La primera teoría sostiene que las mujeres y los hombres son iguales sin que existan entre ellos diferencias significativas; la segunda sostiene que mujeres y hombres son significativamente diferentes y que los hombres son superiores a las mujeres; y la tercera que mujeres y hombres son significativamente diferentes en algunos aspectos y que son iguales en otros.

El gran defensor de la segunda teoría, la de la polaridad entre los sexos, fue Aristóteles. Esta teoría, claramente hostil a las mujeres, se instauró en Europa a partir del S. XIII, cuando las obras de este autor se convirtieron en textos de lectura obligatoria en la Universidad de París. El poder académico la impuso sobre la teoría de la complementariedad entre los sexos que había estado defendida, entre otros autores y autoras, por dos grandes pensadoras y escritoras del siglo XII, las abadesas Hildegarda de Bingen y Heralda de Hohenbourg.

En la segunda mitad del siglo pasado (s. XX) se introduce el concepto de género, como consecuencia de la presión de los movimientos feministas y progresistas, para replantear las relaciones entre las mujeres y los hombres desde los principios de justicia y de igualdad de oportunidades. En estos momentos muchos autores y autoras definen el sexo como una categoría biológica y el género como una categoría social, una atribución cultural que incluye unos sistemas de valores, roles sociales y comportamientos adecuados a cada sexo, diferentes en cada cultura y en evolución continua a lo largo de la historia.

¹ Prudence Allen, *The Concept of Women. The Aristotelian Revolution, 750 BC-AD 1250*, Montreal i Londres, Eden Press, 1985. *Nombrar el mundo en femenino*. M. Milagros Rivera Garetas. Ed. Icaria.



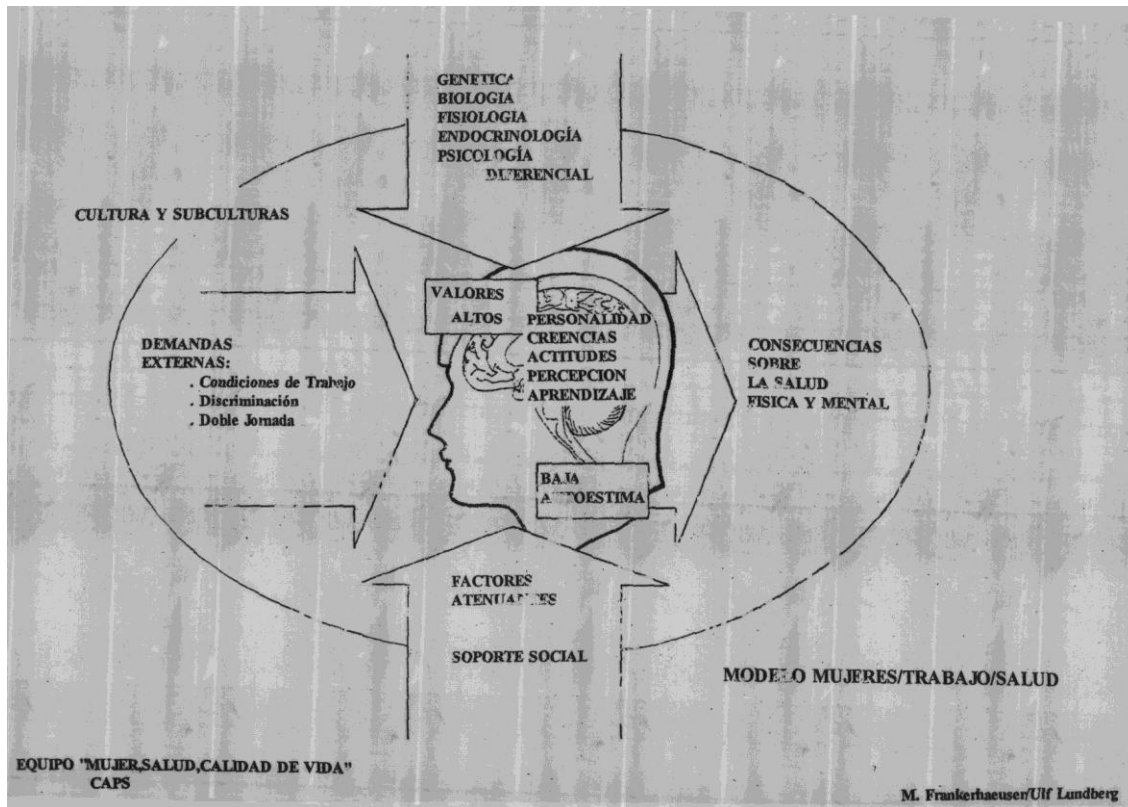
OBSERVAR LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género en la salud nos permite visualizar hasta qué punto los diferentes roles, atribuidos a mujeres y a hombres y a las relaciones desiguales de poder, se vinculan socialmente a sus comportamientos relacionados con la salud.

Por otro lado nos lleva a cuestionar la ciencia médica androcéntrica, basada en un modelo masculino, y a investigar sobre las diferencias biológicas más allá de las puramente reproductivas.

En este sentido Jerelynn Prior, endocrinóloga americana, el año 1996, dio un paso adelante al hacer un planteamiento clave para entender la salud de las mujeres. Propone un recorrido y un análisis por las tres perspectivas que se habían hecho hasta el momento, sobre el abordaje de la salud de las mujeres, para finalmente proponer una cuarta en la que aporta un enfoque integrador de todos los factores bio-psico-sociales que intervienen en la salud:

1. **LAS MUJERES SON IGUALES QUE LOS HOMBRES.** Este enfoque se desprende de las ideas feministas de la igualdad. Pero, al no tener en cuenta las diferencias biológicas reales de las mujeres, ni los condicionamientos culturales, provoca en ellas un distanciamiento emocional de sus propios cuerpos que les impide apropiarse de él y valorarlo, proporciona una base pobre para la autoestima y, finalmente, conduce a la sobre utilización de los servicios sanitarios al hacer que vivan todo lo diferente como anormal.
2. **LAS MUJERES SON DIFERENTES BIOLÓGICAMENTE A LOS HOMBRES.** Este es el enfoque de la medicina oficial que, además, considera estas diferencias como discapacidades, concepción que le permite medicalizar los procesos naturales de las mujeres. No tiene en cuenta la cultura, ni como condicionante de la salud, ni como substrato de su interpretación.
3. **LAS MUJERES SON VÍCTIMAS DE LA CULTURA.** Este punto de vista analiza muy crítica y acertadamente toda la construcción cultural que hay en torno a temas como la menstruación, la menopausia, la anorexia, etc., pero, al dejar de lado los componentes biológicos no permite profundizar más en el estudio de las interrelaciones de ambos planos.
4. **LA SALUD DE LAS MUJERES DEPENDE TANTO DE LA BIOLOGÍA COMO DE LA PSICOLOGÍA PROPIA, DENTRO DE UNA CULTURA Y UNA SOCIEDAD DETERMINADAS.** Este enfoque integra todos los aspectos que confluyen en una persona, y pone de manifiesto la necesidad de estudiar en profundidad y objetivamente la biología de la mujer, la cual cosa, aunque parezca mentira, dice Prior, es una asignatura pendiente.



Marian Frankenhaeuser, 1991

LOS FACTORES BIO-PSICO-SOCIALES DE LA SALUD DESVELADOS POR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La visión de la sociedad patriarcal

El Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida de CAPS ha iniciado recientemente un proceso de reflexión sobre la promoción de la salud con perspectiva de género.

Este análisis nos ha llevado, en primer lugar, a definir la visión de la sociedad patriarcal sobre las mujeres y su salud:

- **LAS MUJERES SON INVISIBLES.** Sus diferencias son invisibles y dan lugar a dos procesos:
 - La Naturalización: se consideran normales algunas situaciones de desigualdad en salud, debidas tanto a las diferencias biológicas como a los factores socio culturales. Por ejemplo, las anemias y las ferropenias en mujeres jóvenes son consideradas normales sin tener en cuenta los síntomas. Por otro lado, se acepta el papel de la mujer como cuidadora sin valorar la influencia de la doble o triple presencia en su salud; o se medica con ansiolíticos o antidepresivos a cualquier mujer que exprese fatiga o desánimo, sin mirarle el hierro y sin tener en cuenta el peso de las cargas que tiene porque “las mujeres son más depresivas”.



- La Fragmentación: Las mujeres y los hombres son vistos por la ciencia médica como un campo a explorar, donde las diferentes partes del todo acaban siendo más importantes que el todo mismo, es decir las personas. Para las mujeres, ya lo hemos dicho antes, la situación es más grave porque generalmente el único hecho diferencial aceptado es su aparato reproductivo.
- **LAS MUJERES SON INFERIORES.** Sus diferencias se ven como factores de discapacidad, sobre todo las vinculadas al hecho reproductivo, que así se convierten en un campo a intervenir y a medicalizar, sin tener en cuenta la discriminación a que están sometidas las mujeres. Los problemas biológicos y sociales de las mujeres son interiorizadas, invisibilizadas o tratadas con un reduccionismo que no analiza las causas reales.
- **LAS MUJERES ESTÁN CONTROLADAS Y NO TIENEN CAPACIDAD DE DECISIÓN.** La salud ha estado en las manos de las mujeres a lo largo de la historia hasta la llegada de la ciencia tal como hoy la conocemos. En el siglo XIX la ciencia se apropió de la autoridad y de los cuerpos de las mujeres y de los hombres y de su cuidado. Se parte del modelo masculino, con la premisa (aún vigente), de que lo que es bueno para los hombres también lo es para las mujeres, como ha sucedido, por ejemplo, en la mayoría de los estudios de investigación médica que no tenían mujeres en las cohortes investigadas. Este planteamiento además de alejar a las mujeres de sus cuerpos y del protagonismo de su salud, ha dado paso a otro proceso:
 - La Objectivación: la sociedad patriarcal y la ciencia androcéntrica convierten los cuerpos de las mujeres en objetos para el consumo, convirtiéndose en objeto diana para las industrias, también las farmacéuticas.

EL CAMBIO POSIBLE

El fruto de la reflexión del equipo del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida de CAPS, mencionada en el apartado anterior, y muchos años de trabajo, nos han permitido desarrollar esta amplia propuesta presentada a continuación esquemáticamente. El objetivo de la misma es dar una respuesta a la visión androcéntrica de la salud de las mujeres que nos permita poner en marcha las acciones impulsoras de un cambio posible.

HACER VISIBLES A LAS MUJERES Y A SUS SABIDURÍAS.

- Dar información sobre las diferencias:
 - En el desarrollo genético/embrionario
 - En la anatomía
 - En la fisiología/genética
 - En el sistema endocrino
 - En la psicología
 - En los aspectos bio-psico-sociales.



- Valorar las sabidurías de las mujeres:
 - Dar valor a la salud. La sabiduría ancestral en el cuidado de los otros y la transmisión de madres a hijas
 - Dar valor a la cultura y las subculturas femeninas:
 - Más habilidades para resolver lo cotidiano: *conseguir más con menos recursos, más vale maña que fuerza (desde que hay mujeres carteras, se hace el reparto del correo con carrito...)*.
 - Más habilidades emocionales, la práctica de la empatía (cuerpo calloso más grande).
 - La conexión con otras mujeres para compartir experiencias vitales y su impacto en la salud: reducción del estrés, concesión de autoridad a las otras y aumento de la autoestima y la reducción del sentimiento de soledad...
 - La experiencia milenaria en el cuidado: de los niños, del hogar, de los enfermos y del trabajo remunerado (hacer varias cosas a la vez); más habilidades para la mediación de los conflictos, en la escucha.
- Analizar las experiencias:
 - Sobre los síntomas: diferente información.
 - Dificultades entre mujeres / hombres, relación médicas / médicos / pacientes.
 - Auto conocimiento.

VALORAR SUS PROBLEMAS EN SALUD, NO COMO DISCAPACIDADES, SINO COMO CONSECUENCIA DE LA DISCRIMINACIÓN.

- Valorar los efectos de la Inferiorización o la Invisibilización en sus problemas biológicos o sociales.
- Reduccionismo de las diferencias/problemas sin analizar las causas reales:
 - La no escucha psicosomática
 - Anemias y ferropenias
 - TSH no valoradas
 - Rol de cuidadoras. Corresponsabilidad
 - Mobbing/Acoso Sexual
 - Ansiedad/Depresión
 - Dolor
- Desigualdades en salud debidas a la discriminación:
 - Por el territorio



- Por el género
- Por la clase social
- Por las ciencias invisibles
- Por la inmigración

DAR PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

- Participación
- Deconstrucción de la publicidad
- Contrarrestar la organización androcéntrica
- No centrar el análisis sexo/género en las mujeres blancas.

ESTRATEGIAS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

CONTRAPODER

- Resignación.
- Sumisión.
- Indefensión aprendida.
- Algunas mujeres no confían en otras mujeres.
- Valoración/imitación del modelo masculino.
- La ciencia androcéntrica hace que las mujeres no sepan lo que les pasa.
- Imaginación colectiva falocéntrica:
 - Dinero
 - Exclusión
 - Dominación (mandar)
 - Nacionalismo
 - Feminidad icónica
 - Violencia del sistema

PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

- Presencia de mujeres en...
- Dar confianza y solidaridad entre mujeres.
- Dar la palabra.
- Visibilizar.
- Dar autoridad.
- Gobernar.
- Redistribución de los recursos socio sanitarios.
- Dar espacio a la voz de las mujeres en la organización sanitaria: los consejos de salud.