

Volumen 13, Núm. 2
Mayo-agosto
2015

Género y salud en cifras



La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad

“¡No te lo dicen!”

El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria.
Un estudio en el norte de México

Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los
significados y las estrategias

Entrevista. Dra. Alicia Hernández Utrera.
Representante estatal del Programa Igualdad de Género en Salud
en Veracruz

Reseña. *10 porqués para una salud y una seguridad laboral
con perspectiva de género*

Secretaría de Salud

GÉNERO Y SALUD en Cifras

VOL. 13 • NÚM. 2

Mayo-agosto

SECRETARÍA DE SALUD

Mercedes Juan López

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Eduardo González Pier

CONSEJO DIRECTIVO

Ricardo Juan García Cavazos

Aurora del Río Zolezzi

Norma A. San José Rodríguez

Cecilia Robledo Vera

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Subdirección de Documentación de Inequidades

Alejandra Oyosa Romero

Comentarios y correspondencia:

gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD en Cifras, Año 13 Núm 2, Mayo-agosto 2015, es una publicación cuatrimestral editada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/ Secretaría de Salud. Homero 213, 3er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.salud.gob.mx. Editora responsable: Alejandra Oyosa Romero. Diseño gráfico y editorial: María Adriana García Hernández. Colaboración en fotografía: Yessica Sánchez Rangel. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo en trámite. ISSN: en trámite. Responsable de la última actualización de este número: Lic. José Manuel Huerta Soto, coordinador de la Página Web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, 1er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D. F. Tel. + (55) 2000 3500, ext. 59176

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indexada en la base de datos periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal)

Presentación

Mtra. Norma A. San José Rodríguez. Directora de Género y Salud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad 3

Angélica Anaei Olivares Ocaranza

“¡No te lo dicen!”
El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria. 17

Un estudio en el norte de México

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo
María del Carmen Castro Vásquez

Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias 26

Isabel Larrañaga P.
María Valderrama P.
Unai Martín R.
José M. Begiristain A.
Amaia Bacigulpe H.
Begoña Arregi G.

Descifr3mo5 34

Para compartir

Entrevista. Dra. Alicia Hernández Utrera.
Responsable estatal del Programa Igualdad de Género en Salud.
Servicios de Salud de Veracruz 38
Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Reseña

10 porqués para una salud y una seguridad laboral con perspectiva de género 47
Mtra. Regina Nava – Böhnell

Notigénero

Invitación para publicar 56

60

Arte en portada

Yessica Sánchez Rangel
Artista Visual-Fotógrafa
México, D.F.

Licenciada en Artes Visuales por la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la Universidad Nacional Autónoma de México, también ha realizado otros estudios en Realización cinematográfica y Tecnología y expresión de los materiales, los cuales cursó en instituciones nacionales y extranjeras. En el año 2011 fue becaria del programa “Jóvenes creadores del Fondo Nacional para la Cultura y las Artes”. Desde 1999 ha ejercido el fotoperiodismo en diferentes medios de comunicación tradicionales y digitales. Ha expuesto de manera individual y colectiva, destacando en 2014 “La voluntad de la piedra”, que se exhibió en el Museo de Arte Carrillo Gil y que en la actualidad se presenta de forma itinerante.

Presentación

La salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres es un aspecto importante del bienestar integral, por ello una buena parte de las investigaciones en materia de género en salud se han enfocado en esta área. Sin embargo, en **Género y salud en cifras** estamos en constante búsqueda de nuevos ámbitos en los cuales se analicen diversas condiciones de salud desde la perspectiva de género.

Por lo anterior, en el segundo número del año 2015 ponemos a consideración de nuestras y nuestros lectores tres temas que muestran la variedad de problemáticas en salud que son factibles de abordarse con la mirada del género: el cuerpo de mujeres con discapacidad, el derecho a la información de mujeres con enfermedades coronarias y la experiencia de cuidadoras y cuidadores informales. El fin es mostrar las áreas de oportunidad en las cuales el análisis con perspectiva de género es aplicable con resultados reveladores y útiles para considerar en las políticas públicas con perspectiva de género.

De esta forma, el primer artículo retoma algunos aspectos de la tesis de grado *Una mirada a las relaciones erótico-afectivas de mujeres en situación de discapacidad visual*, el cual fue acreedor al segundo lugar en la categoría de maestría de la séptima edición del “Concurso Sor Juana Inés de la Cruz” del Instituto Nacional de las Mujeres y cuya autoría corresponde a Angélica Olivares. En “La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad” se expone un marco teórico centrado en tres ejes: los estudios del cuerpo, de género y de la discapacidad, el cual tiene por objetivo ampliar la visión del personal de salud para que otorguen una atención de calidad y con calidez a esta población y en particular a las mujeres, tomando en cuenta sus necesidades específicas.

Al considerar el cuerpo como la materialización de la subjetividad es posible dejar de pensarlo como la dicotomía clásica: cuerpo y mente, para comprenderlo como una sola entidad, en la cual la salud asume un carácter holístico. Por lo anterior, es una importante aportación en la tarea de modificar la mirada social hacia las mujeres en situación de discapacidad visual, quienes a través de su voz dan a conocer cómo viven su salud sexual y reproductiva.

Por su parte, Lucero Aída Juárez y María del Carmen Castro centran su interés en las mujeres con enfermedades coronarias, su experiencia en la atención, su derecho a la información en salud y la percepción que de ellas tiene el personal médico que las atiende. A través de un estudio cualitativo realizado en Hermosillo, Sonora, las autoras reflexionan sobre la distancia existente entre la normatividad y las posibilidades reales de apropiación, ejercicio y exigencia de los derechos de las usuarias de servicios de salud.

En “¡No te lo dicen! El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria. Un estudio en el norte de México”, Juárez y Castro plantean algunas propuestas enfocadas

en el respeto de los derechos de las mujeres con enfermedades coronarias, entre las cuales destaca la búsqueda de innovaciones en la temática de género, la difusión de los derechos de las usuarias, la identificación de situaciones que generen discriminaciones e inequidades en salud y la continuidad a la capacitación del personal médico en materia de derechos en salud con enfoque de género.

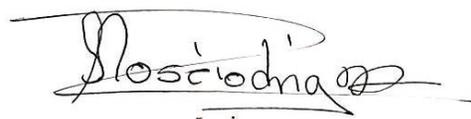
En un esfuerzo constante por ofrecer contenidos actuales y con temáticas diversas, decidimos republicar el artículo “Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias”, que originalmente fue difundido en la revista *Facultad Nacional de Salud Pública*, de la Universidad de Antioquia, Colombia. La autoría de esta investigación corresponde a un grupo de investigadoras e investigadores del País Vasco, quienes se proponen conocer las diferentes estrategias que mujeres y hombres adoptan cuando asumen el rol de cuidado.

El estudio realizado en el año 2009 es de corte cualitativo y analiza el impacto de las labores de cuidado en la vida de las mujeres y de los hombres, para lo cual realizaron cinco grupos de discusión en los que comentaron sobre sus experiencias, testimonios que se analizaron desde la perspectiva de género para conocer el significado del cuidado para unas y otros. Tras seis años de haber sido publicado, consideramos que esta colaboración es importante para que en nuestro país se impulse este tipo de investigaciones que permitan reconocer cuál es la experiencia y la importancia del cuidado para las y los mexicanos que lo realizan de forma cotidiana e informal.

En nuestra sección “Para compartir” continuamos con la tarea de conocer y reconocer a quienes con su trabajo cotidiano realizan aportaciones fundamentales en la temática de género y salud. En esta ocasión, presentamos la entrevista realizada a la doctora Alicia Hernández Utrera, responsable estatal del Programa Igualdad de Género en Salud, quien tiene una amplia trayectoria dedicada a la salud de las mujeres y los hombres en el estado de Veracruz y que reflexionó sobre su “ser mujer” y “ser profesionista”, así como la manera de conciliar ambos aspectos de su vida de una manera congruente.

Para concluir este segundo número del volumen 13 de **Género y salud en cifras**, Regina Nava-Böhnel presenta la reseña del libro *10 porqués para una salud y una seguridad laboral con perspectiva de género*, editado y publicado por el Departamento del Trabajo de la Generalitat de Catalunya. La autora retoma lo expuesto en este documento con el fin de contextualizarlo en la realidad mexicana, para lo cual explica de forma detallada la situación actual del ámbito y las relaciones laborales. Asimismo, revisa a profundidad este texto para evidenciar los problemas de salud diferenciados que existen entre mujeres y hombres que están relacionados con lo biológico y con las expectativas sociales convertidas en estereotipos laborales de género.

Esperamos que los contenidos de **Género y salud en cifras**, correspondientes a los meses de mayo a agosto de 2015, aporten nuevos elementos para que nuestro público lector se motive y continúe su camino hacia la incorporación de la perspectiva de género en su trabajo cotidiano.



Mtra. Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



Entre pares II. Pavel Vázquez para AVE de México.
"Desde Nuestras Voces 2013".

La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidadⁱ

Angélica Anaei Olivares Ocaranza[@]
Maestra en Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

Introducción

El presente artículo muestra un panorama de cómo es visto y tratado el cuerpo de mujeres en situación de discapacidadⁱⁱ por la ciencia biomédica, que ha sido colocada en un lugar de poder y sabiduría, por lo que clasifica y califica a las personas y a sus cuerpos en función de las características que poseen, definiéndolas como sanas o enfermas, aptas o ineptas, funcionales o disfuncionales, capaces o discapacitadas, a partir de parámetros biologicistas que no responden a sus realidades. Esta clasificación es el punto de partida para ejercer un poder sobre el cuerpo, su cuidado, sus conductas y sus expresiones.

En este sentido, es fundamental conocer cómo se ha visto el cuerpo de las personas en situación de discapacidad por la ciencia biomédica, para que el personal de salud deje de considerarlo como un cuerpo enfermo que nada tiene que ofrecer o que es factible de valorar sólo en tanto se asemeja a un cuerpo “funcionalmente normal”. Es decir, que no sea tratado como un objeto-máquina que se puede manipular, modificar y explorar a voluntad, sin tomar en cuenta que se trata de una persona y no de un objeto. Además, explorar y profundizar en las historias de las personas en situación de discapacidad coadyuvará a erradicar los mitos gestados en torno a ellas y es posible que impacte de forma positiva en la calidad de la atención brindada a este sector, pues se considerarán sus necesidades particulares y deseos personales en la atención y cuidado de su cuerpo.

En específico, es importante centrar la atención en el cuerpo de mujeres en situación de discapacidad, pues de forma tradicional les

considera como una población homogénea: como si poseer una funcionalidad orgánica distinta a la “normal” ameritara las mismas atenciones para todos los casos o que los rasgos que la acompañan no generen desigualdades. En el ámbito de la salud es bien sabido que las mujeres necesitan atención específica derivada de la construcción social del género; sin embargo, el área de la salud sexual y reproductiva es la menos abordada, pues se mantiene la creencia de que las mujeres en situación de discapacidad son asexuales e incapaces de ejercer la maternidad.

Este artículo se desprende de mi trabajo de investigación de maestría y retoma las historias de vida de cuatro mujeres en situación de discapacidad visual; el fin es evidenciar cómo establecen relaciones erótico-afectivas. En este sentido, el trabajo de tesis y este artículo se basan en tres ejes de análisis: estudios del cuerpo, estudios de género y estudios de la discapacidad, a través de los cuales propongo que se conozca mejor la realidad de las mujeres en situación de discapacidad y esto impacte en la forma en que son tratadas por la sociedad, la ciencia y en el ámbito de la salud.

Las características de quienes participaron en la investigación, y cuyos relatos se retoman en el presente artículo, se pueden observar en el cuadro 1.

© Correo electrónico de la autora principal: angelicaolivoc@gmail.com

ⁱ Este artículo retoma algunos aspectos de la tesis *Una mirada a las relaciones erótico-afectivas de mujeres en situación de discapacidad visual*, con la cual obtuve el grado de maestra en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco. Este trabajo de investigación fue acreedor al segundo lugar en la categoría de maestría del “Concurso Sor Juana Inés de la Cruz”, del Instituto Nacional de las Mujeres, correspondiente a la séptima edición (2014).

ⁱⁱ Las nombro personas en situación de discapacidad ya que entiendo como situación al conjunto de realidades o circunstancias que se producen en un momento dado y que determinan la existencia de las personas; y la discapacidad “no es una condición o un atributo personal sino una situación construida socialmente, una creación humana que se construye día a día a partir de nuestras actitudes, decisiones y omisiones en un contexto pensado, diseñado y construido según parámetros convencionales y estereotipos de normalidad”.¹ Por lo que el término situación de discapacidad enfatiza las circunstancias externas las cuales son las que fomentan la discriminación y segregación de las personas con una funcionalidad orgánica distinta a la normal, y no su condición física, mental y/o funcional como tradicionalmente se ha concebido.

Cuadro 1. Características de las mujeres en situación de discapacidad que participaron en la investigación

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Especificidades de su discapacidad visual
Ana	36	Licenciada en Psicología	Especialista en el tema de sexualidad y discapacidad	Soltera (vive con su familia)	Tiene discapacidad visual total de nacimiento, en la niñez lograba ver contornos, luces, sombras y distinguir algunos colores, con el paso de los años disminuyó más su percepción visual y en la actualidad ya no logra ver nada.
Karla	22	Estudiante de Psicología	Maestra	Soltera con una relación de pareja estable (vive sola)	Tiene discapacidad visual total desde el nacimiento y nunca ha logrado ver nada.
Eli	28	Bachillerato inconcluso	Comerciante	Soltera (vive con su familia)	Nació con debilidad visual pero como consecuencia de su situación y con el paso del tiempo, desde hace años tiene discapacidad visual total aunque todavía logra distinguir luces, sombras y contornos.
Maru	40	Estudiante de nivel medio superior	Trabajos esporádicos	Madre soltera (vive con su familia e hija)	Al nacer se le diagnosticó con discapacidad visual total, fue sometida a múltiples operaciones y durante la infancia logró distinguir contornos, sombras, luces, colores, objetos grandes, entre otros. Sin embargo, en la actualidad solo percibe la luz.

Fuente: elaboración propia

* Todas las participantes residían en la zona metropolitana de la ciudad de México.

** En cuanto a los aspectos éticos, con el fin de proteger su intimidad y a solicitud de ellas se les nombra con pseudónimos.

Un acercamiento a la cosmovisión de la discapacidad

Durante varias décadas las personas en situación de discapacidad han sido un sector invisibilizado y segregado, a pesar de que han estado presentes desde épocas antiguas. La arqueología y la antropología han develado que desde la era prehispánica han existido personas que por diversas causas no se incluyen en los parámetros de funcionalidad considerados “normales”.² A lo largo de la historia se ha explicado de manera distinta su origen en función de las cosmovisiones particulares de cada época y entre los grupos

ancestrales era constante la relación que se les asignaba con elementos naturales y/o religiosos.

En la era prehispánica se creía que las personas con morfología diferente a la “normal” eran enviadas por los dioses o la naturaleza y se les consideraba como seres bendecidos para cumplir funciones que el resto no podía realizar en la Tierra. Por lo anterior, ejercían prácticas como la medicina, el sacerdocio o el acompañamiento a los señores principales. De

este modo, poseían reconocimiento social, eran respetadas y en ocasiones hasta veneradas.²

Con la instauración del cristianismo dichas creencias se modificaron y las personas en situación de discapacidad fueron concebidas como una maldición o un castigo de los dioses por el mal comportamiento de la madre o el padre, situación que incidió en el trato que se le dio a este sector, ya que se les consideró seres indeseables.²

En la época moderna las creencias mítico-religiosas fueron erradicadas por los aportes científicos y la Medicina fue la ciencia enunciada como autorizada para dar explicación a este fenómeno y concibió a la discapacidad como una enfermedadⁱⁱⁱ, definiéndola tradicionalmente como la “pérdida de facultades o funciones físicas, psicológicas y/o sociales que imposibilitan el desarrollo de una actividad de manera permanente, consecuencia de daños irreversibles”.³

De acuerdo con esta lógica, la disfunción orgánica impide a la persona la realización permanente de diversas actividades por el hecho de tenerla, lo que lleva a identificar a quien la posee como “disfuncional”. Esta es la razón por la que se han orientado todos sus esfuerzos en encontrar las causas que originan la discapacidad, con base en que “la identificación de una causa específica puede ayudar a la curación de la condición y [...] a prevenir la ocurrencia de dichas discapacidades”.⁴

Ante la incapacidad de la ciencia médica de erradicar de la escena funcionalidades orgánicas, físicas y/o sensoriales “anormales”, el modelo rehabilitador^{iv} asumió una importancia trascendental y se posicionó como la medida a aplicarse para reducir la discapacidad en lo posible. Este modelo se ha enfocado en realizar dictámenes médicos y desarrollar medios de prevención, atención y tratamiento con el fin de asemejar a las personas con discapacidad con las denominadas “normales” y que las primeras puedan desempeñar las actividades esperadas tradicionalmente.

En este sentido, el enfoque rehabilitador, bajo el discurso de lograr una “mejor calidad de vida”, tiene por objetivo real “normalizar” a la persona en situación de discapacidad, con la intención de ocultar y si es posible “desaparecer” las diferencias que su cuerpo manifiesta:

Yo soy, nací ciega, a los 11 meses me intervinieron quirúrgicamente y al año y medio tuvieron que intervenirme otra vez. Tuve entre 10 y 11 operaciones

Maru^v

Cuando era pequeña casi me la pasaba en hospitales, porque pues me operaban de la vista, y pues bueno, eso pues obviamente no me acuerdo. Pero dice mi mamá que le daba mucha tristeza porque a mí me daba miedo ya hasta ver a los doctores, ya no quería hospitales, ya no quería nada, y esa parte sí fue como un poco difícil.

Eli

La intención de rehabilitar, y en la medida de lo posible desaparecer la discapacidad que se plasma en el cuerpo, marca los primeros años y gran parte de la vida de las personas en esta situación, lo que regula el accionar de este sector en un intento de asemejarse lo más posible a las personas con funcionalidades orgánicas “normales”. En este sentido son medidas médicas que no toman en cuenta personas sino cuerpos-máquina; es decir, objetos que hay que “reparar”.

Lo anterior evidencia que para la ciencia biomédica la discapacidad, y por tanto quien la presenta, es prescindible ante la concepción de que no tiene nada que ofrecer a la sociedad y al entorno. Esto es factible de trasladar a los consultorios y al trato que el personal de salud brinda a las madres que gestan fetos con alguna discapacidad y a las personas en esta misma condición. Por lo tanto, en ocasiones el trato suele ser despersonalizado, descortés y sobre todo excluyente para quien presenta una funcionalidad distinta a la “normal”. Además, por lo general, la madre, el padre o la persona tutora es quien decide sobre el tratamiento que la persona con discapacidad recibe.

ⁱⁱⁱ Para fines de este artículo, se considera enfermedad cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar. Es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene a composición, estructura o función del organismo.³

^{iv} Se entiende como modelo a una “construcción teórica-conceptual [...] el cual sirve de instrumento para abstraer los componentes fundamentales de un fenómeno social”,¹ con el fin de analizarlo, interpretarlo y comprenderlo.

^v Todos los testimonios fueron recabados y publicados con autorización de las participantes de la investigación de maestría de la que se desprende este artículo.

Cuerpo y discapacidad

Michel Foucault alude que a partir del siglo XVIII aparece en escena una tecnología disciplinaria centrada en el cuerpo, la cual busca la instauración de mecanismos de adiestramiento, disciplina, control y vigilancia sobre este para hacer de él un objeto dócil y útil.⁵ A partir de ese momento el cuerpo se transformó en algo que se debía cuidar, pues se consideró la fuerza útil para el trabajo y la reproducción, esto propició que se viera y tratara como objeto de adiestramiento, vigilancia y castigo.

De esta forma, se instituyó al cuerpo como el objeto de trabajo de la Medicina y se convirtió en el lugar de dominio del personal médico y no de quien lo posee. Esto incidió en que en el ámbito médico se visualizara un cuerpo-máquina-objeto, el cual se debía reparar para que pudiera realizar los fines productivos y económicos que de él se esperaban. Como consecuencia, la ciencia biomédica percibe a la persona a quien presta atención como intrusa, molesta y preguntona, y el personal médico se ve “obligado” a lidiar con esa persona para corregir al cuerpo.

Quando yo iba a citas médicas los médicos nunca, perdón la frase, pero me ignoraban, nunca me preguntaban y aunque yo podía contestar, a mí no me tomaban en cuenta, me ignoraban, aunque yo quería hablar me decían: “no, no”. Yo no contaba.

Maru

El cuerpo se convirtió en el lugar donde opera el poder y por ende sobre el que recaen las normalizaciones socio-culturales, lo que también dio lugar a que se convirtiera en un nodo de representaciones en el que la apariencia, los movimientos, la gesticulación, la funcionalidad, así como las maneras de hablar, caminar, comer, saludar, moverse y vestir, delimitan el tipo de persona que se es. En este sentido, lo que refleja el cuerpo y la forma de exhibirlo determina quienes somos, ya que ostentar ciertos atributos, como los adornos, la vestimenta, el peinado, la postura, las cicatrices, la forma de conducirse y todas las marcas corporales definen a las personas y el lugar que se ocupa en cada sociedad.

En este sentido, Marcel Mauss denominó *técnicas corporales* a ese conjunto de gestos y *acciones incorporadas*^{vi} por el sujeto, las cuales define

como “el conjunto de gestos codificados para obtener una eficacia práctica o simbólica que se ejemplifican a través de modalidades de acción, secuencia de gestos, sincronías musculares que suceden para obtener una finalidad precisa”⁶ y comprende los actos que los sujetos hacen con su cuerpo cuando se encuentran entre sí, como son los movimientos de cabeza, el estrechamiento de las manos, los abrazos, los besos en la mejilla o en la boca, es decir, toda acción ritual ejercida con el cuerpo.



De acuerdo con Mauss, toda interacción implica códigos y sistemas a los que los sujetos se pliegan a pesar suyo, puesto que en toda circunstancia de la vida social es obligatoria determinada etiqueta corporal, la cual adopta el sujeto en función de las normas implícitas que lo guían.⁶ En este sentido:

[...] el elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite a la vez controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de uno a la otra es la norma. La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a la que se pretende regularizar.⁵

En el caso de las personas en situación de discapacidad es precisamente el cuerpo el que delata la funcionalidad corporal “anormal” y por tanto el que se busca regular y controlar. Erving Goffman explica que una persona puede dar la impresión de incompetencia o falta de respeto cuando pierde de forma momentánea el control de su cuerpo, es decir, cuando hace algo percibido como incorrecto. Por ejemplo, cuando titubea, cae o habla estruendosamente, de lo que debe reponerse rápidamente y volver a comportarse con una técnica corporal adecuada al espacio en el que se encuentra.⁷

^{vi} Este término procede de la palabra en inglés “embodied”, de la cual no hay traducción exacta al español, pero que equivaldría a “encarnar” en el cuerpo.

Sin embargo, cuando los movimientos corporales considerados “anormales” no son accidentales ni momentáneos, sino resultado de una limitación física-sensorial e imposibles de cambiar, cuando ese cuerpo anda y rompe continuamente con la interacción social, hace que se vea raro y dé miedo, convirtiéndose en un cuerpo ajeno de la realidad social.^{6,8,9}

Ese es el caso de las personas en situación de discapacidad, quienes al poseer una funcionalidad diferente a la normal tienen movimientos considerados lentos, inexactos, torpes y extraños. Sus técnicas corporales son aletargadas, pausadas y en ocasiones percibidas como molestas, lo que resulta incómodo, inoportuno y fastidioso para quienes las rodean al ser movimientos que salen de la norma:

[...] en ocasiones se muestran muy amables, pero la mayoría se muestran como molestos, como si uno por estar en ese lugar fuera una molestia, es como estorboso para ellos, como si uno fuera invisible y a la vez molesto. Somos algo que no debería de estar allí, ignoran cómo pueden ayudarle a uno, entonces sí es difícil entrar a una tienda de autoservicio, en principio, para mí, en un primer momento no es muy agradable, desde los que te atienden hasta los que van a la tienda, no es una actitud muy buena. ¿A qué me refiero? Por ejemplo con el bastón, pues lo usamos para saber por dónde caminamos y no tropezarnos, pero a los empleados del lugar no les gusta que les peguemos a los estantes y entonces se molestan; a veces mejor nos mandan a alguien para que no vayamos a tirar algo.

Maru

Ante este panorama las personas en situación de discapacidad entablan con su entorno relaciones que se sustentan en principios de exclusión y marginación, ya que se les considera imposibilitadas para ajustarse a las conductas corporales socialmente esperadas. Por lo tanto, poseer un cuerpo y movimientos discordantes con la etiqueta corporal altera la norma, lo que hace que se instaure en *los otros* un malestar, convirtiendo al “cuerpo del discapacitado” en un “cuerpo extraño”, percibido como algo que debe ser borrado y diluido de la escena, ya que perturba la interacción social con su sola presencia.⁶ A partir de esto se construye el estigma social, acción que hace saber a ese cuerpo que es ajeno.

El estigma incluye una variedad de mecanismos, estrategias y simbolismos que propician que se

vea al cuerpo con discapacidad como carente de características físicas deseables, entre ellas la belleza, la estética, la fuerza, la athleticidad y por supuesto, la salud. Aunque estos atributos suelen ser cumplidos por este sector, por lo general se asocia de forma automática la discapacidad con vulnerabilidad y a las personas que poseen estos rasgos como “anormales”, desprovistas de herramientas para enfrentar la vida, poco atractivas y enfermas.

Estos mecanismos de estigmatización se incrementan en función del grado de visibilidad que posee el cuerpo de funcionalidad “anormal”; es decir, a mayor grado de discapacidad, aumentan la discriminación y marginación sociales hacia la persona que la detenta. De este modo, quienes viven con una discapacidad más evidente, experimentan en mayor medida la segregación social y esta se expresa con el cuerpo con discapacidad “encerrado en su casa”, excluido de la interacción social, enterrado de la mirada del otro, descartado del deseo e impensado para entablar relaciones amoroso-afectivas.^{6,10,11}

En este sentido es más “fácil” interactuar con el entorno si se tiene una discapacidad poco aparente y con menor restricción de los movimientos corporales, en comparación con alguna discapacidad evidente y que limita el control sobre el propio cuerpo.

En resumen, a partir del siglo XVIII el cuerpo transitó de ser lo que le da vida y forma a la persona a ser el objeto sobre el que recaen las regulaciones sociales y que denota las anormalidades culturales. Cuando estas no se ajustan a los parámetros esperados, los sujetos son excluidos y marginados.

A partir de ese momento, el cuerpo hizo su entrada como objeto de estudio de la ciencia médica y más tarde de las ciencias sociales, por lo que diversos autores se interesaron, indagaron y divulgaron diferentes teorías en torno a lo que el cuerpo representa en las culturas actuales.^{5,7,11}

Lo anterior propició que el cuerpo dejara de pensarse sólo como un elemento orgánico y fisiológico, para ser considerado como una estructura simbólica de representaciones e imaginarios, y moldeado por las relaciones y condiciones socio-culturales.^{6,12,13} Al respecto, Steffan Igor Ayora señala:

El cuerpo se constituye como un sitio en el que discursos, imaginarios, fantasías y utopías son

articulados con estructuras de significación y de poder. Los desplazamientos y los movimientos de ese cuerpo reciben atribuciones semánticas que nos permiten hablar de ellos como “prácticas”, y estas a su vez permiten la reproducción, [pero también] a veces la transformación de la relación práctica/sociedad/cultura y, por tanto, pueden contribuir a transformar la sociedad misma (y la cultura).^{12,vii}

En consecuencia, hay que entender al cuerpo como el lugar donde se encuentran plasmados múltiples significados sociales, históricos y culturales que marcan su “realidad” material y biológica, sobre la cual opera la cultura y es terreno de tensión, luchas políticas y poder. En ese sentido, obedece a normas implícitas y explícitas que rigen las conductas y técnicas corporales de los sujetos.^{14,15}

Por lo tanto, limitarnos a pensar el cuerpo sólo como una masa lo invisibiliza como el lugar donde opera el poder y sobre el que recaen las normalizaciones socio-culturales específicas de un tiempo y un espacio particulares.

Cuerpo y género

Si bien la discapacidad es una categoría que se plasma en el cuerpo y que rige los comportamientos y el lugar que se le da a las personas en las sociedades, también existen otras categorías, como la raza, la edad, la clase social y el género, que intersectan en el cuerpo y dictan la corporeidad que se espera sea representada por las personas.

De este modo, cada quien personifica distintas conductas en función de las categorías que le entrecruzan, es decir, las personas deben actuar de cierta manera si son jóvenes y de otra si son “viejas”. No se comporta de la misma forma alguien que trabaja como personal obrero respecto a quien se dedica a labores ejecutivas; lo mismo sucede si se pertenece a la clase alta o a la baja, si se tiene una discapacidad o no y tampoco se espera que una mujer se comporte igual que un hombre.

En este sentido, la categoría género es fundamental, pues analiza y enuncia las características que a

partir del cuerpo fisiológico se asignan a las mujeres y a los hombres, atributos que la persona introyecta e incorpora y que intervienen en la forma en que entablan todas sus relaciones, por lo que en el cuerpo se plasman las regulaciones y normalizaciones personales, sociales y de interacción que se espera reproduzcan las personas.¹⁶⁻¹⁹

Estas atribuciones implican que mujeres y hombres, por el hecho de tener órganos fisio-anatómicos específicos y diferenciados, deben representar y reproducir una serie de comportamientos determinados para su género, los cuales establecen tradicionalmente que la mujer “debe ser” abnegada, fiel, virtuosa, discreta, sumisa, dependiente y obediente. También se espera que ella sea cuidadora, que esté al servicio de la casa y la familia, así como dispuesta a la maternidad. Las expectativas respecto al “deber ser” de los hombres incluyen características como ser fuerte, proveedor, protector, reflexivo, directivo, independiente e instintivo.

Gayle Rubin denominó lo anterior como el sistema sexo-género, el cual “es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas”.¹⁹ De acuerdo con la autora, las construcciones sociales del género y la sexualidad biológica no se encuentran separadas, sino que se entrelazan y son insolubles.

Así, basado en las diferencias biológicas existentes entre mujeres y hombres^{viii} se edificó y justificó la diferencia social entre los sexos, las relaciones jerárquicas de desigualdad, el ordenamiento de las costumbres y el uso del cuerpo.

Por lo tanto, la cultura también marca técnicas corporales en función del género, pues se espera que las mujeres cuiden sus posturas y sean recatadas. En específico deben sentarse con las piernas cruzadas y evitando mostrar los muslos, caminar de forma discreta y sin contonearse mucho, con la mirada al frente y sin ser altiva, vestirse de forma “decorosa” y sin escotes pronunciados, hablar con un tono de voz suave y el acercamiento con otros debe ser sutil, aunque puede permitir ser tomada de la mano o de los hombros, no debe ser así de la cintura y jamás de las caderas.

^{vii} El paréntesis y las cursivas son míos.

^{viii} Es decir, genes, hormonas, gónadas y órganos internos y externos.

En este sentido, como sucede con la discapacidad, el género también marca prácticas corporales, técnicas que son aprendidas e incorporadas a través de las instituciones de socialización y reproducción del género.

Cuerpo, género y discapacidad

Del mismo modo que la discapacidad, el género regula la representación de ciertas técnicas corporales en las personas, y cuando se entrecruzan ambas categorías en el cuerpo, existe una transformación en las normalizaciones que lo regulan y las prácticas que se esperan de estas personas.



Antonio Saavedra. Acervo CONAPRED

Al respecto, Patricia Collins define al entrecruce de categorías de opresión como “interseccionalidad”, la cual forja la identidad y las relaciones, por lo que “ofrece un marco interpretativo para pensar cómo las intersecciones forman las experiencias de cualquier grupo a través de contextos específicos”.²⁰ También advierte que no todas las formas de opresión influyen de la misma manera en las experiencias de las personas y destaca la necesidad de teorizar sobre las jerarquías de la interseccionalidad, en el entendido de que la intersección legitima relaciones de poder que reproducen y mantienen posiciones jerárquicas de desventaja.²¹

En este sentido, no todas las mujeres asumen, resignifican y reproducen el género de la misma

forma; esto depende de las otras categorías que se entrecruzan en su cuerpo. Desde 1987, Judith Butler evidenció que el género es la forma de situarse en y a través de normas culturales pasadas y futuras, un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo, donde “uno elige su propio género”:

No es posible asumir un género en un instante, sino que se trata de un proyecto sutil y estratégico, laborioso y en su mayor parte encubierto [...] es un proceso impulsivo, aunque cuidadoso, de interpretar una realidad cultural cargada de sanciones, tabúes y prescripciones. [...] Elegir un género es interpretar las normas de género recibidas de un modo tal que las reproduce y organiza de nuevo.²²

Las personas representan el género atribuido, pero en relación con diversas normas y categorías de la realidad cultural que le entrecruzan y por ello, ser mujer no significa lo mismo para todas, cada una lo resignifica e interpreta en función de su realidad social específica. Por lo tanto, las mujeres en situación de discapacidad no viven las mismas regulaciones culturales que aquellas sin discapacidad, aunque también se les atribuyen un sinnúmero de regulaciones corporales, muchas de las cuales provienen de ostentar un cuerpo considerado enfermo y por tanto indeseable.

Para ejemplificar la diferenciación en las formas de opresión y regulación, así como la manera en que se les hace frente, se identifica que aun cuando la maternidad es un rol esperado y en ocasiones impuesto, que se sustenta en la creencia del instinto maternal y en que la realización de las mujeres se basa en tener hijas e hijos y una familia, una constante entre las que poseen una discapacidad son las prácticas eugenésicas^{ix} de las que son sujetas con el fin de evitar que se reproduzcan más seres “enfermos y discapacitados”.

En la actualidad muchas mujeres en situación de discapacidad aún son sometidas a la esterilización a temprana edad, vulnerando su derecho a decidir sobre su propio cuerpo, ya que algunas todavía no tienen conciencia plena de lo que ello significa y a otras ni siquiera se les pregunta, pues son la madre, el padre o la persona tutora quienes toman tan importante decisión. Esto implica que se les niega el derecho a elegir, situación que no ha sido abordada en los movimientos feministas, a pesar de que apelan al acceso de las mujeres a los derechos. Aunque

^{ix} Se define como todo procedimiento o intervención individual o colectivo encaminado a la modificación de las características genéticas de la descendencia de las personas, la cual ha sido legalizada en varios países como respuesta a los avances científicos para disminuir la presencia de patologías y enfermedades en los seres humanos.

el tema central del feminismo contemporáneo es el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y a pesar de que se han gestado importantes avances sociales y legislativos los últimos años,^x sigue teniendo nula importancia cuando se trata de las mujeres en situación de discapacidad.

Ante las reformas legales que protegen la vida desde la concepción o la fecundidad e impiden a las mujeres tomar decisiones sobre su propio cuerpo y elegir el ejercicio de su maternidad, diversos grupos feministas han emprendido una lucha para garantizar ese derecho. Sin embargo, frente a la esterilización a temprana edad de miles de mujeres en situación de discapacidad a quienes se les niega el derecho a elegir, no se ha hecho algún pronunciamiento importante, no forma parte de las agendas feministas ni se incluye en los foros o encuentros nacionales e internacionales de los derechos de las mujeres.

Aunado a lo anterior, se encuentran las creencias convertidas en legislaciones en las que se apela a la prescindencia de las personas en situación de discapacidad, lo que impacta en la cosmovisión del ejercicio de la maternidad y la reproducción de este sector de la población. En este sentido, a pesar de que en 18 entidades federativas se han gestado leyes que protegen los derechos del concebido, en los Códigos Penales de los 32 estados de la República está admitido que el aborto sea legal en situaciones en que “el concebido” presenta alteraciones genéticas, entre ellas la discapacidad, sin que ello constituya un tema de discusión ni indignación por ningún grupo o movimiento social.

El anterior es el ejemplo más claro de la forma en que la ciencia biomédica y la sociedad regulan el accionar y las historias de vida de las mujeres en situación de discapacidad, respecto a la maternidad y la reproducción. Además, se generaliza la creencia de que las personas con funcionalidades orgánicas distintas a las “normales” no deberían reproducirse.

De esta forma, aunque la maternidad es un rol asignado a las mujeres, a quienes se encuentran

en situación de discapacidad se les limita o nulifica por considerarlas “enfermas”, “indeseables” y “desgraciadas”:

[...] me dijo [*refiriéndose a un señor que la iba a contratar para un trabajo*] que cómo me atrevía yo a tener un hijo viendo como estaba yo, ¡qué inconsciencia mía! Y que ya no me embarazara. [...] Me humilló bien feo y todavía le llamó a uno de sus tíos y le dijo: “mira, ven. No puede ser, ¿cómo se atreve esta mujer?”. Fue horrible, me quedé sin palabras, me quedé “¡qué!”. Fue una cosa muy humillante, [...] yo ya después lloré sola, porque sí me sentí bien humillada, bien lastimada.

Cuando quedé embarazada, los vecinos, la gente se paraba a mitad de la calle y me veían; las comadres de mi mamá hasta se acercaban a platicar con ella, porque yo era como un fenómeno: “ella embarazada, pero, ¿cómo?”. Yo digo que poco les faltó expresar delante de mí eso, pero sí se lo expresaron a mi mamá y mis hermanas y yo lo percibía. Se paraban a la mitad de la calle a verme, pero así, con la boca abierta. Ellas no podían dar crédito a lo que veían: “¿cómo Maru, la discapitada!”, incluso me llegaron a decir: “los ciegos no tienen hijos”.

[...] sucede que como soy discapitada mi mamá y mis hermanas han querido tomar el control desde que nació (mi hija). Sí me ha valido mucha lucha, mucho hablar, mucho enojarme, muchos enfrentamientos, porque ellas siempre han querido decidir a qué hora tiene que comer la niña, lo que le tengo que dar, como la tengo que vestir. [...] incluso hasta me la arrebataban. Le servía yo de comer a mi hija, pues le quitaban el plato que yo le servía y le daban lo que ellas querían. Yo le quería poner una ropa a mi hija, ellas se la quitaban y le ponían lo que ellas querían. Cosas así, eso es lo que se me ha dificultado. [...] ¡Ah! ¡Y cuidadito y yo me alejara de la casa con mi niña! Yo no era digna de tomarme unas vacaciones con mi niña, tuve enfrentamientos con ellas, se quedaban a disgusto porque yo me llevaba a la niña.

Maru

^x En los últimos años, el tema del derecho sobre el cuerpo y la maternidad elegida ha tenido trascendencia social y política en nuestro país. En un hecho histórico, el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa aprobó las reformas al Código Penal para despenalizar la interrupción del embarazo en el Distrito Federal (D.F.). Posteriormente existieron imputaciones de inconstitucionalidad en contra de la reforma y el 28 de agosto del mismo año, el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) declaró la constitucionalidad de la despenalización del aborto en el D.F. antes de las 12 semanas de gestación. La aprobación de esta ley significó una batalla ganada para los feminismos y para las mujeres, en cuanto al derecho a decidir sobre su propio su cuerpo. Sin embargo, las reacciones no se hicieron esperar y en Guanajuato, San Luis Potosí y Baja California se gestaron derechos a favor de la persona desde la concepción y se formularon leyes antiaborto. Así, 18 de los 32 estados de México han aprobado reformas que protegen la vida desde la concepción o la fecundidad y en algunos de ellos, como Guanajuato, se castiga con cárcel a las mujeres que realizan procedimientos abortivos.^{23,24}

Como parte del sistema de opresión y regulación que busca la prescindencia y la no reproducción de este sector, se han creado imaginarios en torno a ellas, los que suelen mostrarlas como asexuales, poco atractivas y con escasas o nulas posibilidades para entablar relaciones erótico-afectivas, la intención es limitar sus prácticas sexuales y por ende las reproductivas.

En este sentido, el emparejamiento es una actividad de la que se ha excluido a las mujeres en situación de discapacidad, al menos en el imaginario y parece imposible que sean sujetos de deseo para otra persona, idea que les transmiten a través de comentarios directos y de acciones diferenciadas con respecto a otras mujeres:

[...] de repente sí llegan a creer que por ser débil visual a lo mejor no tengo a alguien. Sí, sí me han dicho.

[...] mi hermano, cuando está así, súper borracho, empieza y me dice: “es que a ti nadie te quiere”. Una vez sí me dijo eso: “a ti nadie te quiere, a ti nadie te va a querer. Ve ya la edad que tienes y no estás con alguien, y nunca vas a estar con alguien. Nadie te quiere”. ¡Ay, me puse a llorar!, dije: “¡ay no!”. Ahora que lo analizo, digo por qué lloré, pero en ese momento dije: “¡ay, sí es cierto!”. Y te lo crees porque no estás con nadie, llevas tiempo sin nadie.

Eli

[...] por el hecho de la discapacidad ellos no empezaron a insistir igual que con otras personas, con otras primas es: “tú, ¿cuándo te casas?”, “y el novio, ¿cuándo?”. Entonces conmigo no tanto, porque era así de quién sabe, mejor no le pregunto.

Ana

La visión social generalizada considera que la mujer en situación de discapacidad no es apta para sostener una relación basada en el intercambio, debido al estereotipo de dependencia. En consecuencia, se espera que transiten la vida sin una pareja con la idea de que nadie las querría. Se piensa que “tienen suerte” si alguien les pide una cita y deberían estar agradecidas por la atención de un hombre, incluso si supone una relación no positiva o abusiva.²⁵

[...] cuando estaba con este chavo en la prepa y ya nos dejamos y todo, sí me dijo una chava: “¡ay, no! Es que, ¿por qué lo dejas?” y yo: “no, es que no, no hay química”. Y ya me dice: “¡ay, pero es que igual quién te va a hacer caso después!”. Sí, sí me dijo eso y yo: “¡ay! O sea, ¿por ser débil visual tengo que estar con una

persona que no quiera? ¿Ellos son los que me tienen que aceptar? ¿Yo no soy la que voy a aceptar sino ellos?”. Pues no, digo soy un ser humano, ¿no? Y yo voy a estar con quien me sienta a gusto.

Eli

[...] a varias chavas ciegas algunos señores o chavos en el metro las han invitado a salir y algunas chavas han aceptado. [...] y ella decía: “es que estos se aprovechan de esa situación de vulnerabilidad y piensan que de veras vas a decidir salir, como si nadie más quisiera salir con una.

Ana

A pesar de dichos imaginarios y barreras actitudinales y arquitectónicas, es innegable que estas mujeres entablan relaciones afectivas y amorosas, con historias variadas como sucede con el resto de las mujeres.

[...] me relacioné con ciegos, débiles visuales. Cuando llega a mi vida un hombre normovisual, “¡ay, Dios! ¡Cómo me costó relacionarme con él! Se enamoró perdidamente de mí, que yo dije cómo es posible y realizó cosas que no había hecho en su vida. Permíteme platicarte que en el nombre de ese amor que me tenía él compró un carro, compró un terreno para una casa que era para mí, estaba a un pasito de firmar papeles a mi nombre, el coche era para traerme de aquí para allá, para facilitarme las cosas y que yo ya no anduviera caminando, él me proveía de todo.

Maru

[...] creo que las relaciones que he vivido me han dado mucha plenitud y me han fortalecido mucho. También creo que han ido de menos a más, así como la primera que igual y yo me enamoré y éste me quería como su amiguita. Y después en mi primer amor, donde sí me sentí querida, él se enamoró, me contaba muchas cosas, caminábamos juntos, me regalaba flores, muchas cosas hacíamos con este primer amor, con el que anduve como pareja. Y posteriormente con Alan, que creo que fue como una relación muy profunda, muy intensa, de una gran comunicación y que si bien no se llamaba propiamente pareja o noviazgo, fueron relaciones muy intensas, fueron amores, relaciones amorosas muy fuertes.

Ana

[...] empiezo a platicar más con esta otra persona, él es mayor que yo casi 20 años, empiezo yo a platicar más con él y entonces pasaron unos cinco meses en que estamos

platicando, como conociendo y se da una relación también, [...] es mi relación actual, tiene dos años y tres meses, ha sido una relación estable, bonita.

Karla

Como resultado de dichas creencias de anormalidad y asexualidad, el Estado y los servicios de salud no se preocupan por proveer los mecanismos necesarios para que estas personas tengan una sexualidad^{xi} informada, segura y plena. En este sentido, para la población en situación de discapacidad visual no existen preservativos con fecha de caducidad en braille o relieve, lo que refuerza la idea de que este sector no es consumidor de esos productos. Lo mismo sucede con materiales que ofrecen información sobre sexualidad, los cuales en contadas ocasiones se encuentran en braille o en formato audible. Esto limita el ejercicio de su sexualidad y regula nuevamente el cuerpo de quien se encuentra en situación de discapacidad:

[...] ellos me tratan, yo considero que como cualquier otro paciente. Eso sí, he notado algo curioso, la mayor parte de ginecólogos y enfermeras al principio como que no dan crédito que yo pueda ser una mujer que ejerza mi sexualidad, así como que cómo le hace o tal. Creo yo que por el desconocimiento del tema, pero así que ellos me quieran discriminar por eso, no. Ellos se concretan a platicar conmigo, a resolver mis inquietudes, a sugerirme algún anticonceptivo, cosas así.

Maru

El relato anterior evidencia que aunque el personal de salud no le restringe algún servicio ni recibe burlas o intimidaciones, sí evidencian extrañeza cuando se les solicita atención sexual y reproductiva, lo que pudiera afectar el trato que se le proporciona a estas mujeres. Por ello, es indispensable que el personal médico se despoje de mitos y creencias que se han gestado en torno a este sector de la población, para garantizar un servicio de calidad y sin discriminación, ya que el ejercicio de la sexualidad y el acceso a la atención en salud es un derecho constitucional. Las creencias, opiniones, ideas, dogmas o prejuicios del personal de este ámbito no deben influir en el tipo de atención que se da a las mujeres en situación de discapacidad, pues contrario a lo que se nos

ha impuesto como una idea generalizada, ellas ejercen su sexualidad de múltiples maneras, por lo que es indispensable encontrar formas que se ajusten a sus necesidades y a su realidad, y que garanticen el pleno acceso a servicios de salud, incluida la sexual y reproductiva. Por ejemplo, sería oportuno que la persona adulta en situación de discapacidad ingrese a la consulta sin la compañía de algún familiar, con el fin de que realice todas las preguntas pertinentes sin pudor o intimidación.

Otra acción que se puede implementar es la adecuación de las instalaciones de los centros de salud para que todas las personas tengan libre acceso, ya que en espacios pequeños es imposible tener libre movilidad cuando se utiliza silla de ruedas o no se ve. Dificultad que se agrava con la acumulación de mobiliario y con personal que no está sensibilizado en el tema. En este sentido, la contratación de intérpretes de lenguaje de señas es otra acción indispensable para otorgar una atención pronta y de calidad a quienes presentan sordera o mudez.

La interacción que este sector tiene con su entorno se basa en la exclusión y marginación al vivir en una sociedad pensada para personas sin “discapacidad aparente”, donde la mayoría de los lugares de tránsito, estancia, esparcimiento y entretenimiento limitan el acceso y la movilidad de quienes poseen alguna discapacidad, por lo que la sociedad dificulta la interacción, las relaciones interpersonales y su acceso a servicios.

Estas limitaciones se reflejan también en el uso que esta población hace de los servicios de salud, lo que impacta de forma negativa, ya que no contar con información y atención oportuna incide en el ejercicio de prácticas de riesgo. El hecho de negarles información y atención no significa que no tengan prácticas sexuales y reproductivas o que no vivan abusos.

De ahí la importancia de considerar a este sector, pero no sólo en lo relacionado a “reparar” y regular su cuerpo, sino ofrecer atención de calidad y con calidez en función de sus necesidades específicas y su realidad cotidiana.

Finalmente, aunque como es innegable el control y la regulación del cuerpo, actitudes y prácticas de mujeres en situación de discapacidad, sería equívoco pensarlas como pasivas, inanimadas

^{xi} Entiendo la sexualidad como un entramado de experiencias entre las que se encuentran la apropiación y el cuidado del cuerpo, las prácticas sexuales, las relaciones erótico-afectivas y el potencial reproductivo.

o víctimas ante un sistema hegemónico, pues subvierten al mismo, a los imaginarios, a las barreras y a las regulaciones que les han sido impuestas. No hay que ver su cuerpo (y a quienes lo ostentan) como un lugar u objeto donde opera la cultura y en el que se plasman la dominación, la explotación y la regulación. Es necesario reconocerlo como un espacio en el que confluyen prácticas de resistencia frente a las posturas emancipatorias y hegemónicas.^{26,27}

De acuerdo con lo anterior, para muchas mujeres y para algunas feministas la maternidad es una forma de opresión y se ha luchado durante años por romper con la imposición social de que toda mujer debe ser madre, pero la experiencia de la maternidad en mujeres en situación de discapacidad se vive de forma muy distinta, ya que su ejercicio rompe con la regulación corporal, médica y social que invita a la prescindencia y la no reproducción de estos cuerpos “enfermos, inútiles y discapacitados”.



Entre pares I. Pavel Velázquez para AVE de México. "Desde Nuestras Voces 2013".

[...] para las mujeres con discapacidad puede ser positivo el acceder a ciertos elementos estereotipados del rol de género femenino, ya que así pueden reivindicar su derecho a ser consideradas “mujeres” y a desarrollar una identidad de género que históricamente se les ha negado [...] reclamar para sí elementos identitarios femeninos puede significar una estrategia empoderante, a pesar de que tales elementos hayan sido considerados opresores desde el punto de vista feminista.²⁸

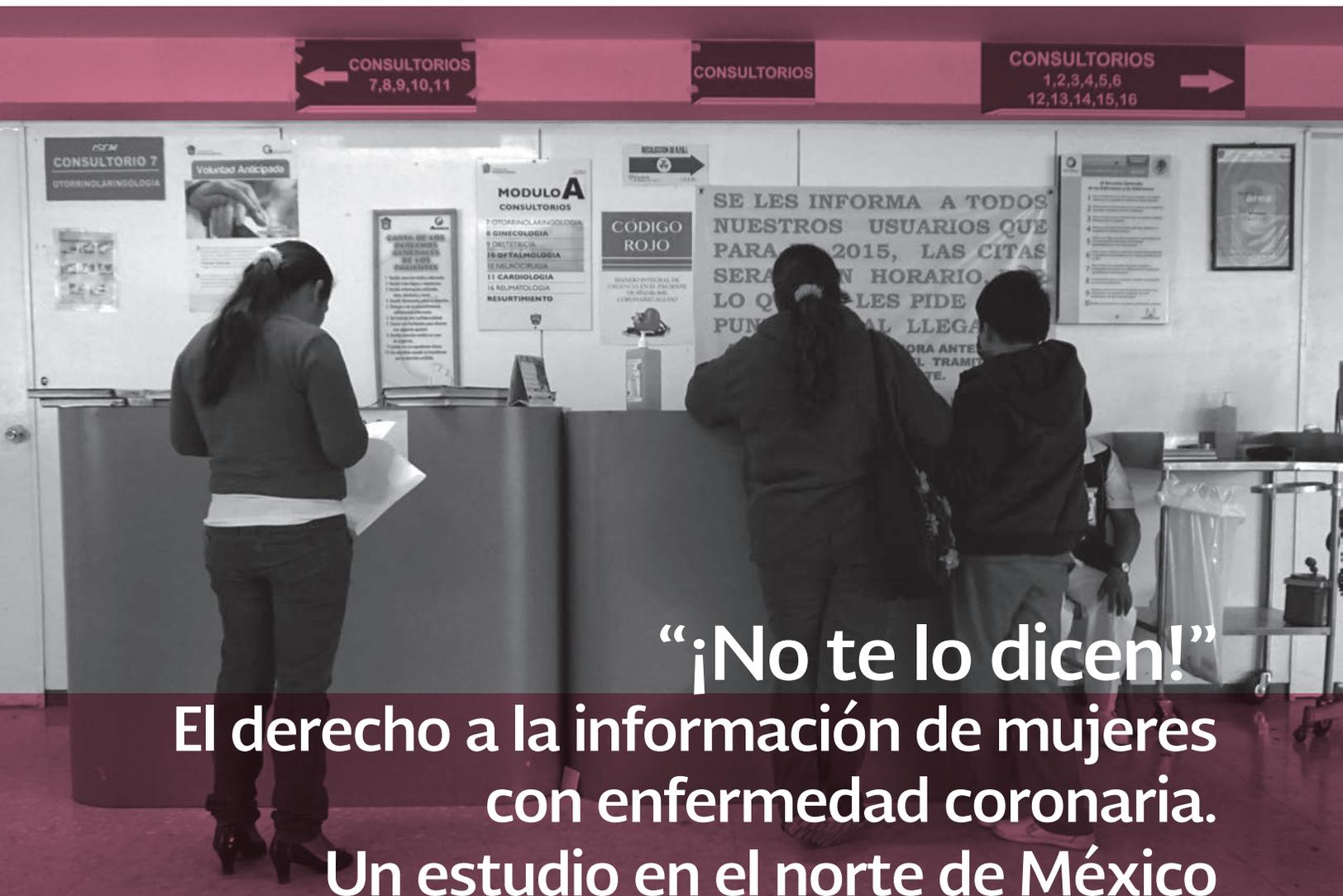
Al despojarnos de los mitos y prejuicios, reconocemos a quienes poseen una funcionalidad de su cuerpo distinta a la “normal” como personas con los mismos derechos y deseos que cualquier otra. Además, es fundamental incluirlas en todas las esferas de desarrollo y brindarles servicios de atención de calidad, no sólo a su cuerpo sino a ellas como personas.

1. Mareño M, Masuero F. La discapacidad del diferente. *Revista sociológica de pensamiento crítico* 2010; 4(1): 95-105.
2. Murillo Rodríguez S. La discapacidad durante la época prehispánica. En: Peña Sánchez EY, Hernández Albarrán L, coordinadoras. *Cuerpo, salud y sexualidad. Memorias de la V semana cultural de la diversidad sexual*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia; 2010. p. 149-170.
3. Higashida B. *Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill; 2001.
4. *Desarrollo Integral de la Familia. Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad*. México: DIF; 2000.
5. Foucault M. *La historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1987.
6. Le Breton D. *Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
7. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. 2ª ed., 1ª. reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu; 2010.
8. Varela Hernández S. Habitus: una reflexión fotográfica de lo corporal en Pierre Bourdieu. *Revista Voces y Contextos* 2009; IV(7): 94-107.
9. García Sottile ME. Algunas reflexiones sobre el emplazamiento actual del cuerpo en las ciencias sociales y humanas. *efdeportes.com* [en línea]. 2007. [Consultado 6 junio 2015]; 12(109). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd109/el-cuerpo-en-las-ciencias-sociales-y-humanas.htm>
10. Ferreira M. Sociología de la discapacidad: investigación y compromiso. En: III Congreso Nacional sobre Discapacidad y Universidad. Zaragoza: Universidad de Zaragoza-Real Patronato sobre Discapacidad; 2007.
11. Bourdieu P. *La distinción*. Madrid: Taurus; 1998.
12. Ayora Díaz SI. El cuerpo y la naturalización de la diferencia en la sociedad contemporánea. *Revista Nueva Antropología* 2007; XX(67): 89-118.
13. Sossa A. Cuerpo y sociología. Reflexiones sobre el cuerpo en la teoría sociológica clásica: exploración al pensamiento de Marx, Durkheim y Weber. *Revista Cultura y Religión* 2009; 3(1): 167-83.
14. Rey MI. *El cuerpo en la construcción de la identidad de los sordos*. Río de la Plata, Buenos Aires: Universidad de La Plata; 2008.
15. Lauretis T. *La tecnología del género*. Mora 1996; (2): 6-34.
16. Muñoz E. Historia y género: hacia una historia cultural del género. En: Pérez Gil Romo SE, Ravelo P, coordinadoras. *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*. México: CIESAS-Miguel Ángel Porrúa; 2004. p. 31-55.
17. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Navarro M, Stimpson CR, compiladoras. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: FCE; 1999. p. 37-75.
18. Grosz E. ¿Qué es la teoría feminista? *Debate feminista* 1995; 6(12): 85-105.
19. Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance C, compiladora. *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución; 1989. p. 113-190.
20. Collins PH. La política del pensamiento feminista negro. En: Navarro M, Stimpson CR, compiladoras. *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: FCE; 1998. p. 235-312.
21. Organización Universitaria Interamericana. Desde la marginalidad: el punto de vista del feminismo no blanco. Notas introductorias al tema 2.2 del Curso en línea *Crítica epistemológica feminista* [Internet]. 2011 [Consultado 4 diciembre 2014]. Disponible en: http://eva.oui-oue.org/virtual/file.php/74/Unidad_2/Tema_2.2/2_2_desde_marginalidad.pdf
22. Butler J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En: Lamas M, coordinadora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Paidós/PUEG-UNAM; 1997.
23. Grupo de Información en Reproducción Elegida [Página principal en Internet], México: GIRE; 2015 [acceso 5 julio 2015]. www.gire.org.mx
24. Cable News Network [Página principal en Internet], México: Turner Broadcasting System, Inc.-Expansión S.A. de C.V. [Página principal en Internet], 2007 [acceso julio 2011]. www.cnn.mx

25. López González M. Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad. Madrid: Narcea; 2008.
26. Blanco J. El cuerpo como discurso de resistencia: subjetividad, cuerpo y práctica contra hegemónica desde la mirada feminista del transgénero [Internet]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2009 [acceso 5 julio 2015]. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/centro_estudio_mujer/Documentos/El_cuerpo_como_discurso_de_resistencia.pdf
27. Butler J. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós; 2002.
28. Viñuela Suarez L. Mujeres con discapacidad: un reto para la teoría feminista. Revista del Centro de la Mujer de la Universidad de Alicante 2009; (13): 33-48.

AVE de México es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, cuyo objeto social es contribuir a la promoción de la salud de las personas en un marco de equidad de género y respeto a los Derechos Humanos. Se especializa en temas de prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, así como en la salud sexual y reproductiva de poblaciones estigmatizadas. El programa "Desde nuestras voces" es un proyecto que brinda herramientas personales a mujeres en situación de discapacidad visual para que ejerzan su vida sexual y reproductiva de manera libre y sin estigmas.





“¡No te lo dicen!”
El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria.
Un estudio en el norte de México

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo[@]

Pediatra-neonatóloga
 Candidata a doctora en Ciencias Sociales
 Estudios socioculturales en salud
 El Colegio de Sonora

María del Carmen Castro Vásquez

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales
 Profesora-investigadora
 Centro de Estudios en Salud y Sociedad
 El Colegio de Sonora

En México, como en otros países, las enfermedades del corazón tienen un peso creciente en la carga de la enfermedad y en la mortalidad general. En el país, los primeros reportes sobre la tendencia al incremento de las enfermedades crónicas y las enfermedades del corazón surgieron en la última década del siglo XX.¹ En este mismo periodo, en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Ayanian y Epstein reportaron diferencias en el manejo médico hospitalario de mujeres y hombres con enfermedad coronaria (EC) y señalaron que es más letal en ellas.² Por su parte, Healy evidenció que cuando las mujeres con EC llegaban a los servicios de salud tenían que demostrar que también podían padecer este tipo de enfermedades para recibir los tratamientos aplicados a los hombres, lo que denominó “síndrome de Yentl”.³

Debido a estos reportes se realizaron investigaciones en otros países, las cuales confirmaron que el personal de salud desarrollaba menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en mujeres que en hombres con EC y se evidenció que para ellas existía un notorio sub-registro de los primeros síntomas coronarios de ellas, que con frecuencia se les medicalizaba con ansiolíticos y que esto sucedía aún más en aquellas menores de 50 años. Estos sesgos de género y edad también se observaron en la prescripción de medicamentos utilizados para la prevención secundaria de la EC.⁴⁻⁷ Los estudios mostraron que la ciencia médica no había generado suficiente conocimiento acerca de las particularidades del cuadro clínico en mujeres, de las diferencias en los factores de riesgo cardiovascular respecto a los hombres y de los tratamientos idóneos para ellas.

En este sentido, la invisibilización de las mujeres en la investigación inicial de la EC ha derivado en la construcción de la enfermedad como “masculina”,^{5,6,8} idea que persiste a pesar de que es la primera causa de muerte para ellas.¹ Esto las coloca en desventaja, pues no se benefician del mismo modo que los hombres de los avances en la prevención y tratamiento de este problema

de salud. Lo anterior incide en repercusiones sociopolíticas y económicas, además de que constituye un proceso violatorio de sus derechos en salud.

En México se ha privilegiado la investigación biológica de la EC de mujeres y se han soslayado los estudios socioculturales y de género, a pesar de que los reportes de otros países demuestran la necesidad de un abordaje contextual para identificar desigualdades de género, edad, etnicidad, clase y otras condiciones sociales específicas,^{6,8,5} entramado que es posible analizar con la propuesta teórica de la perspectiva de género y de los derechos, como un acercamiento a la construcción de ciudadanía.⁹⁻¹⁰

Desde esta perspectiva, y con una mirada sociológica, realizamos esta reflexión y partimos de la premisa sobre la distancia que media entre la normatividad (el deber ser) y las posibilidades de apropiación, ejercicio y exigencia de derechos. En el ámbito de la salud, la traducción de los conceptos de ciudadanía y derechos es complicada debido al carácter normativo y de control de la Medicina,¹¹ ya que la estructura de autoridad del orden médico refuerza la visión de las mujeres como “sujetas” a tutela –“las pacientitas”–, más que como ciudadanas con procesos de autodeterminación.¹² Asimismo, la tardanza en reconocer “los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular”, más allá de los eventos reproductivos, conforma sesgos de género en la atención y una limitante estructural en la construcción de ciudadanía en salud.¹³

En el país, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes compila diversos derechos contemplados en la normatividad jurídica nacional e internacional, como el referente a recibir y/o exigir información suficiente, clara, oportuna y veraz.¹⁴ Cabe señalar que no omite que las mujeres son un grupo heterogéneo: hay diferencias entre ellas en la percepción de riesgo, sus posibilidades de acción, la manera

© Correo electrónico: ljuarez@posgrado.colson.edu.mx

ⁱ Para su elaboración participaron la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Subsecretaría de Innovación y calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Federación Nacional de Colegios de Profesión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud (SSA).

en que es vivida la EC, el proceso de apropiación y sus condiciones para ejercer derechos en salud ante factores de vulnerabilidad y exclusión social que las fragiliza de manera diferencial.¹⁵

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es mostrar cómo las mujeres con EC viven su experiencia en la atención, en específico en lo referente a recibir información oportuna y accesible. Además, esto se vincula con el derecho a la información en salud. En contraparte, se busca aportar evidencia sobre la percepción que tiene el personal médico que las atiende acerca de su papel como usuarias de los servicios de salud.

Metodología

La investigación se realizó en la ciudad de Hermosillo, Sonora, y se desarrolló un estudio cualitativo con dos herramientas metodológicas: la entrevista en profundidad y la semiestructurada. De esta forma, primero se enfocó en mujeres afectadas por EC y entre enero y junio del año 2014 se realizaron nueve entrevistas en profundidad, en las que se incluyó a mujeres de 30 a 85 años de edad, lo que permitió contar con información del desarrollo y vivencia de una enfermedad crónica. Por lo tanto, se seleccionaron a aquellas afectadas por cardiopatía isquémica con infarto (infarto agudo al miocardio) y sin infarto (angina de pecho). Asimismo, se diversificó la selección por edad, modalidad de protección en salud -seguridad social y usuarias de la SSA-, escolaridad, estrato socioeconómico y situación laboral.

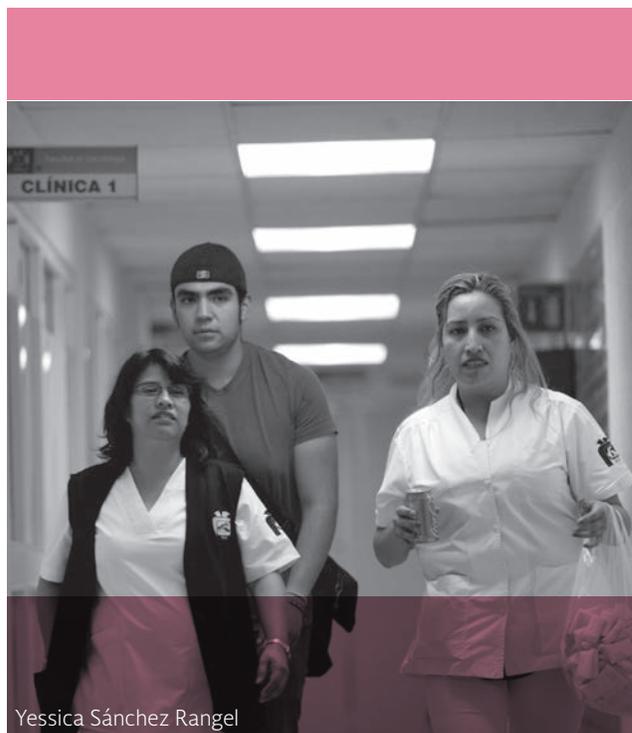
El contacto fue a través de la técnica “bola de nieve”, que consiste en que las primeras informantes remiten a otras más, quienes a su vez proporcionan los datos de otras mujeres en situación similar.¹⁶ En este caso, las primeras se conocieron a través de una encuesta, un grupo de autoayuda para hipertensión y diabetes y en áreas de consulta externa de unidades médicasⁱⁱ. Cabe señalar que en el grupo participaron dos mujeres que laboran como personal de salud.

El número de entrevistas se estableció con base en el muestreo teórico, el cual es un proceso de ida y vuelta entre las entrevistas y los datos, hasta el punto en que no es posible obtener información nueva (saturación).¹⁶

Con el fin de garantizar los aspectos éticos de la investigación, todas las entrevistas se realizaron bajo consentimiento informado, la participación fue voluntaria, gratuita y confidencial, y se ofreció la posibilidad de retirarse en cualquier momento y sin ningún tipo de repercusiones. Asimismo, las conversaciones fueron grabadas con el permiso expreso de cada mujer y fueron transcritas por una de las investigadoras (Lucero Juárez). Además, se utilizaron seudónimos para asegurar el manejo de los datos y el anonimato de las mujeres y del personal médico participantes. Finalmente, se contó con la aprobación del Comité de Ética de El Colegio de Sonora.

La guía de entrevista se diseñó previa identificación de temas nodales, los que se obtuvieron en una encuesta aplicada previamente y se profundizaron en las entrevistas individuales. Para el análisis se identificaron núcleos de significados y se construyeron códigos para comparar las expresiones, generar temas y subtemas y dar sentido a ejes de análisis situados contextualmente.¹⁷ En este artículo se presentan dos de ellos:

1. “¡Lo tienes que preguntar!”. El derecho a la información en salud
2. “Porque debemos de tener más... ¿Cómo te diré?”. El derecho a la salud



Yessica Sánchez Rangel

ⁱⁱ Secretaría de Salud de Sonora: Hospital General del Estado y Clínica Lomas de Madrid. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del estado de Sonora: Policlínica CIAS Sur.

La segunda herramienta fue la entrevista semiestructurada, que se aplicó entre julio y diciembre del año 2014 a ocho integrantes del personal médico, a quienes se contactó a través de la técnica “bola de nieve” y se tomó en cuenta que estuvieran en trabajo asistencial y laboraran en las mismas unidades de salud a las que acudían las mujeres entrevistadas. Asimismo, se diversificó la selección por sexo, lugar de trabajo, tiempo de ejercicio de la profesión médica y grados de especialización. De esta forma se eligieron dos médicas y dos médicos generales, y el mismo número de cardiólogas y cardiólogos (de Clínica y Hemodinamia). La información que se obtuvo fue amplia y permitió el análisis con técnicas de la Teoría Fundamentada.

Así, se presentan dos ejes que abordan la forma en que el personal médico percibió a las mujeres que atendía, en relación con el ejercicio del derecho a la información y a la atención oportuna, así como respecto al derecho a tomar decisiones informadas.

Resultados

“¡Lo tienes que preguntar!”. El derecho a la información en salud.

Las entrevistadas coincidieron en señalar que hace falta informar a las mujeres acerca de la EC; independientemente de su edad, estrato socioeconómico, nivel educativo y situación laboral, refirieron que las indicaciones médicas son puntuales, centradas en el cambio de su manera de vivir y en que sigan el tratamiento con diversos fármacos. Sin embargo, coincidieron en afirmar que no se les ofrece suficiente información sobre la enfermedad y las limitaciones que trae consigo en su vida cotidiana:

[...] pues es que en realidad a ti como paciente no te dicen mucho. [...] cuando fui a consulta... ¡nada, nada!... El cardiólogo me decía ¡que no!, ¡que sí! [...] me decía: “yo quiero que te vea el otro cardiólogo”, que porque fue el que me dio de alta y ya cuando fui con X nomás me dijo: “es que, ¡no, señora! ¡Usted tuvo algo muy serio!”, pero nomás.

Investigadora: ¿Has tratado de entender lo que te pasó, exigiéndoles información?

Lorena: Pues sí de repente... Yo les digo a mis hermanas, o sea, ¡yo no tengo miedo, pues! Yo digo... yo digo... Cuando te toque, te va a tocar, pues, independientemente de lo que sea y... ¡no!

Lorena. 56 años. Infarto agudo al miocardio

En otros casos, la desinformación se suma a subestimar los malestares de las mujeres, ya sea por ellas mismas o por el personal de salud, como fue el caso de Josefina, que tras un año y cinco meses cambió en diversas ocasiones de unidades médicas y narró su última experiencia:

¡No! ¡Nunca he recibido información! ¡Nunca me han dado! Ahorita es lo que estoy haciendo en el Seguro, haciéndome estudios porque la doctora me mandó hacer estudios y me mandó hacer un electro y una radiografía, pero no la pudo ver porque se fue la luz. Dijo: “te voy a poner cita para el 13 de junio, a ver si te mando con el cardiólogo”; pero no sé porqué me siento como si tratara... ¡Me siento como desesperada! ¡Así! ¡Ay! ¿Por qué? Y en la noche me pongo a rezar y me duermo a gusto, nomás en la mañana... Así, a mi hora, tempranito, todavía oscuro, ¡ya estoy despierta! Y pienso y... ¡Me tengo que calmar y dormirme otro rato!

Josefina. 75 años. Angina de pecho

En las entrevistas las mujeres expresaron serias dificultades que aparentan una contradicción: por una parte, a nivel discursivo reconocen que tienen el derecho a exigir información del personal médico; por otro lado, no reclaman su cumplimiento:

[...] antes no tenía casi conocimiento (sobre EC), lo conozco “como médico”, ¡pero no! ¡Pero no! Nadie me dijo que si seguía así. [...] ahora porque también yo le busco y porque aparte mis colegas me... Yo les pregunto por interés, sin ser, ¿cómo te diré?, obsesiva, porque luego entras en ansiedad, ¿eh? Porque a veces ellos quieren, ¡tas, tas, tas! O sea, ya te toca otro estudio... pero, ¿información? ¡No, no, no! A fin de cuentas yo lo pregunté, más bien mis hijas: “Doctor, mi mamá, ¿qué tanta chanza tiene? ¿Mi mamá se va a morir?”, “pues se va a morir como cualquier persona mi hijita”, les contestó el doctor. Pero la clínica te dice que es bien &?%@& la recuperación. Yo fui un hilacho por meses, ¿eh? ¡Pero no te lo dicen! ¡Lo tienes tú que preguntar! (golpeando la mesa) y a veces uno le saca por... ¡por lo que quieras! Por miedo o por comodidad, pero ahora como mis hijas lo preguntaron, yo lo terminé de preguntar, ¡pero no te dicen!

Irene. 57 años. Infarto agudo al miocardio

En el plano discursivo, todas las entrevistadas responden que tienen derecho a la información,ⁱⁱⁱ pero no se atreven a exigirla, aun cuando consideren

ⁱⁱⁱ A excepción de Irene, quien es médica y se apoyó en sus hijas para realizar preguntas puntuales.

que necesitan conocer más acerca de la enfermedad y evitar que “sus (hijas e) hijos” sigan “sus patrones” respecto a esta condición de salud.

“Porque debemos de tener más... ¿Cómo te diré?” El derecho a la salud

Además, si bien todas las mujeres narraron diversos problemas relacionados con la atención médica por la EC, no exigían mejoras en la atención que reciben:

[...] al Seguro... ¿Atención? ¡No! ¡Se puede morir ahí la gente! [...] Pobrecita la gente que no tiene dinero para pagar un “Similares” o algo, tienen que ir a fuerzas o jaguantarse! [...] ¡Es cierto! ¡Muy cierto! Es que uno lo ve, [...] pero dicen: “¡ah! ¡Es muy ignorante la gente! ¡No se da cuenta! No saben que nosotros también pensamos y vemos... es que ¡es cierto!...”

Josefina. 75 años. Angina de pecho

Josefina asume lo que el personal médico opina sobre la población que atiende, particularmente en el IMSS. Ella se suma a la clasificación de “ignorante”, como justificando el proceder de las y los médicos para no ofrecer información. En este mismo sentido, algunas entrevistadas refieren que la desatención de la que fueron objeto obedece a que el personal médico no tiene con qué trabajar, pues les falta más tiempo para la consulta y/o reciben sueldos bajos, con lo que se reproduce el discurso médico. Sin embargo, varias de ellas afirmaron que prefieren “no volver” a la unidad médica donde recibieron malos tratos, referidos como “regaños”, lo que representa un riesgo serio para las diagnosticadas con EC.

Asimismo, la mayoría considera que la atención médica debe ser garantizada por el personal y por las y los directivos de las unidades médicas; pero con excepción de las que trabajan en el sector salud, las otras mujeres difícilmente reconocen la responsabilidad del Estado como garante de derechos.

De igual forma, se aprecia que si bien las entrevistadas incorporan de forma discursiva parte de las indicaciones médicas, no hay líneas argumentativas que evidencien el proceso de apropiación del derecho a la salud:

Investigadora: ¿La salud es un derecho?

Emma: Pues yo digo que sí

Investigadora: ¿Por qué?

Emma: Porque debemos de... de... tener más... ¿Cómo, cómo te diré? [...] pues de cuidarnos más, a veces para no enfermarnos tanto, porque si no... si no quieres tú, pues nunca te vas a cuidar, te va a suceder todo lo que... las cosas malas a veces, ¿no?

Emma. 55 años. Angina de pecho

Como se observa, Emma no responde de forma clara sobre lo que se le pregunta, a pesar de afirmar que sí tiene el derecho y también se observa que reproduce el discurso médico dominante que escucha en las consultas, el cual la responsabiliza de su propio cuidado. Este tipo de expresiones reflejan los esquemas incuestionables de la prescripción médica, lo que dificulta el reconocimiento y el proceso de apropiación de derechos en este espacio.

En cuanto al personal médico y su percepción acerca de las mujeres con EC a quienes atienden, se presentan dos ejes de análisis vinculados con el ejercicio de derechos, los cuales se detallan a continuación.

Ejercicio de derechos: a la información y a la atención oportuna

A partir de esta investigación, se encontró que la mayoría del personal médico entrevistado de Medicina General consideró que las mujeres conocen los riesgos cardiovasculares porque se le informa en la consulta y también a través de pláticas en las salas de espera. Sin embargo, afirman que ellas no “absorben” las recomendaciones debido a cuestiones culturales.

Otro señalamiento es que la búsqueda de información por parte de las mujeres varía dependiendo de su edad y por lo general lo hacen hasta que inician la menopausia y consideran que les preocupan más otros problemas de salud, como los cánceres relacionados con la reproducción, la obesidad y la osteoporosis.

El personal de salud también manifestó que las mujeres priorizan cumplir con sus roles de género sobre sus propios cuidados en salud, por lo que tienden a responsabilizarlas por ello:

Investigadora: De acuerdo con tu experiencia, ¿hay alguna etapa o alguna edad de la mujer en que acuda a consulta para obtener información acerca de su propio riesgo coronario?

Hugo: Sí, cuando ya empiezan a tener los síntomas del climaterio, [...] las mujeres jóvenes no hay problema, se vienen a hacer estudios, [...] las mujeres mayores, las que tienen 40, 45 años, ¡todavía se resisten! [...] En nuestros días todavía hay gente... mujeres que llegan y que les preguntas: ¿con qué se cuida para no tener embarazos? y (dicen:) “mi esposo me cuida”. Entonces digo, ¡a pesar de toda la información que recibimos, seguimos oyendo todavía esos comentarios! [...] entonces no hay... ¡Esa gente no tuvo educación! Sus papás, sus familiares, ¡no le dieron la educación pertinente! ¿No? [...] por

su rol como madre, como esposa y encargada de un hogar... ¡Le ponen más prioridad a eso que a su autocuidado!

Hugo. Médico general



Yessica Sánchez Rangel

Cabe señalar que en este mismo grupo hay diferencias sobre la información que consideran tienen las mujeres:

¡No!, está muy deficiente la información que ellas tienen (sobre la EC). Se sabe que los hombres, ¡sí! Porque le dan más fama a los hombres... (las mujeres) vienen en cuanto a obesidad, que quieren información de nutrición y de control de peso, ¡nada más!

Nicolás. Médico general

De acuerdo con las palabras de Nicolás, entre las mujeres y el personal de salud persiste la idea de la EC como una enfermedad masculina. Este médico general también comentó que uno de los programas preventivos prioritarios en su área de trabajo es el control de la obesidad, pero que a las mujeres no les queda claro que esta pudiera tener relación con la EC.

Mientras que el personal médico de Cardiología señaló que las mujeres llegan a su servicio sin tener conocimientos sobre la enfermedad que las aqueja y tampoco tienen información clara acerca de los riesgos cardiovasculares.

Ejercicio de derechos: toma de decisiones informadas

En la investigación se apreció que al personal médico se le dificulta identificar el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre la EC. Cuando se les preguntó al respecto, los discursos enfatizaban la responsabilidad individual y conductual de ellas para mantenerse saludables:

Pues las mujeres tienen toda la responsabilidad de tener un cuerpo y manejarlo saludablemente, en la dieta, en el ejercicio, [...] la mayoría de los factores, acudir al médico cada cierto tiempo a exámenes generales, hacer caso de su organismo; si tiene un dolor, ver de qué se trata, no dejarlo para lo último, sobre todo en los de origen cardíaco. ¡Es su responsabilidad ver como maneja los colesterolos! ¡Cuál es su metabolismo! ¡Cuál debe de ser su peso ideal! Si fuma, pues dejar de fumar, porque en el radio... eso sí, el tabaquismo sí tiene bastantes programas (preventivos), se ha implementado mucho, pero (para) la cardiopatía isquémica, ¡no! Entonces... eh, pues depende (de) muchos factores, ¿no?

Elena. Cardióloga

Sin embargo, el personal médico no identifica qué tipo de decisiones compete a las mujeres con EC. Por ejemplo, la médica entrevistada refirió que este tipo de atención es muy cara y que el Estado no ofrece toda la cobertura necesaria. Al igual que el resto de las y los médicos, insistió en que hacen falta campañas específicas para la EC en mujeres y señaló la necesidad de involucrar en los programas de detección de riesgos cardiovasculares a gineco-obstetras, pues es la especialidad más concurrida para ellas a lo largo de la vida.

En las narrativas se observó que las mujeres no sienten los derechos en salud como propios, aunque discursivamente los reconocen, en especial aquel que indica que deben recibir información sobre su enfermedad y los riesgos que conlleva,¹⁸ por lo tanto si no los consideran, tampoco pueden exigirlos.

La información se contempla en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se indica que debe ser completa y expresada en forma clara, comprensible y que favorezca el conocimiento pleno sobre el proceso salud-enfermedad, pero en los testimonios no se observa que se haya posibilitado su ejercicio. Además, las entrevistadas consideran que las decisiones son competencia de quien tiene el “conocimiento científico” y por ello confían en que sea el personal médico el que indique los cuidados y ofrezca información entendible sobre su diagnóstico. Sin embargo, como hemos confirmado con las experiencias de las mujeres, tal expectativa no se cumple.

En la investigación se observa que la subordinación de las mujeres a la autoridad médica excluye sus voces, tal como se ha reportado en otras investigaciones.⁹ Así, se realiza de facto que las directrices, el control y las decisiones sobre la enfermedad y sobre las mujeres con EC, son tomadas por el personal médico que las atiende.^{19,20}

Las entrevistas evidenciaron que los procesos necesarios para la apropiación de derechos, en particular el referido a la información, no constituye una condición de posibilidad para el ejercicio de derechos en salud, situación identificada en otros estudios.^{9,11,12}

En este sentido, enfatizamos que esto se presenta más entre las mujeres de sectores populares, ya que la desigualdad y la pobreza en que viven las coloca en mayor vulnerabilidad, con estigmas y estereotipos que tienden a excluirlas del “tipo de paciente” que padece EC, lo que coincide con otros reportes.^{6,8} De igual forma, en estudios con mirada feminista^{iv} desde hace varias décadas se ha señalado que la pobreza

estructural es una limitante para la construcción de ciudadanía de las mujeres, especialmente en el cuidado de su salud, por lo que la toma de decisiones autónomas queda descartada.^{21,22}

Por lo anterior, las mujeres no exigen sus derechos debido a la falta de información sobre la EC, los problemas en la calidad de la atención y los retardos para realizar los estudios y los tratamientos específicos de la enfermedad. Además, también se agrega que el proceso de apropiación de derechos requiere el paso de las mujeres de objeto a sujetas de derechos y el reconocimiento de los “otros” significativos.²¹

En este caso de las y los médicos, quienes expresan diferentes opiniones sobre la información que ofrecen y que tienen las mujeres acerca de este problema de salud, la cual depende del nivel de atención en que se encuentran ubicados, de los programas y/o protocolos vigentes en cada área y de su propia experiencia. En general, consideran que son ellas quienes tienen la responsabilidad de cuidarse y el “deber” de buscar la información.

Asimismo, reconocen que las decisiones le competen en primer lugar al personal médico, pues tiene el saber y la verdad sobre la EC. También consideraron que toman las determinaciones para beneficio de las enfermas; sin embargo, se afecta la autonomía de las mujeres en su calidad de usuarias de los servicios de salud.

Los hallazgos muestran que el personal médico no visualiza plenamente los derechos a la información y a la toma de decisiones de las mujeres con EC. Además, el discurso médico tiene una función normativa y de control que trasciende el espacio de la consulta y se entromete en la cotidianidad con el fin de imponer cambios en los estilos de vida, señalándolos como “deberes” y asume que si no se obedece es por “falta de cultura”. Al mismo tiempo emite juicios de valor que culpabilizan o responsabilizan a las mujeres por “no cuidarse”, lo que se sustenta en la idea predominante en el ámbito médico de que “educar en salud” es suficiente para que las personas lleven a cabo prácticas de cuidado¹² o que esta educación es única y necesariamente la información biomédica que se ofrece en la consulta.

^{iv} La mirada feminista se refiere a la utilización de herramientas analíticas de la teoría feminista, con la finalidad de examinar cómo se construyen social, cultural e históricamente las diferencias y desigualdades de poder entre mujeres y hombres, así como el impacto de esas diferencias en la concreción de los derechos.

Por lo tanto, es importante enfatizar que hay discursos de las mujeres y del personal médico que se refieren a problemas macroestructurales que involucran al Estado y/o las instituciones de salud. En particular se mencionaron la falta de campañas y programas preventivos específicos para la EC de mujeres y de políticas sociales que cubran todas las necesidades de la población femenina en una enfermedad que implica gastos importantes en salud.

Las entrevistas permitieron conocer la voz de diferentes “actores sociales” y en específico de quienes tienen menos espacios para ser escuchadas: las usuarias de los servicios de salud. Así, se reconoce que el discurso es un modo de comunicación y representación del mundo que se genera de manera contextual y a la vez refleja el contexto de donde proviene.²³

Finalmente, se reconoce que esta investigación tiene limitaciones, las cuales se trataron de evitar para controlar posibles sesgos y que tuvieran siempre presente el objetivo propuesto. Las autoras subrayamos que no se pretende generalizar los resultados para toda la población, pero sí se presenta una aproximación a los grupos sociales más amplios, como a los que pertenecen las personas entrevistadas.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y El Colegio de Sonora (COLSON). A las mujeres y al personal médico que participaron en este proyecto.

Recomendaciones

Para concluir, presentamos algunas propuestas derivadas de la experiencia investigativa, como buscar innovaciones en género que señalen prioridades para atender discriminaciones e inequidades en salud,²⁴ profundizar en estudios multidisciplinarios que integren aportes de las ciencias sociales a las investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención de la EC y difundir esos reportes entre el personal de salud.

También se recomienda continuar con la capacitación sobre los derechos en salud con enfoque de género entre el personal médico. Asimismo, es fundamental transversalizar la perspectiva de género en las políticas sectoriales, programas de salud y campañas específicas para la EC de mujeres, de manera general y sostenida.

Finalmente, se afirma que la capacitación y difusión de los derechos de las pacientes debe ser una tarea regular y cotidiana en las instituciones de salud, así como en los medios de comunicación masivos.



1. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-La Torre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón J, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pub de Mex* 2013; 55(6): 580-94.
2. Ayanian J, Espstein A. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart diseases. *NEJM* 1991; 325: 221-25.
3. Healy B. The Yentl syndrome. *The New England Journal of Medicine* 1991; (Julio): 274-75.
4. Ruiz MT, Verdú D. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(1):118-25.
5. Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano M, Juvinyà D, Balstasar A, et al. Género y Cardiopatía Isquémica. *Gac Sanit* 2004; 18 supl(2): 55-64.
6. Tajer, D. Mujeres y enfermedad cardiovascular: Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. Anu. investig. [en Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2006, vol.13 [consultado abril 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1686200600010002.
7. Williams D, Bennet K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 55: 604-8.
8. Tajer D, Fernández AM, Antonietti L, Salazar A, Chioldi A, Barrera MI, Juárez L. Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarios/as pacientes. *Rev Arg de Salud Pub* 2014; 5(2): 14-23.
9. Castro-Vásquez, C. Habitus lingüístico y el derecho a la información en el campo médico. *Rev Mex de Sociol* 2011; 73 (2 abril-junio): 231-59.
10. Castro-Vásquez C, Arellano M, Gil C, Aranda P. Ciudadanía y salud. Revisión bibliográfica para el estado del arte. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2011.
11. Castro R. Sociología de la salud en México. *Política y sociedad* 2011; 48(2): 295-312.
12. Herrera, C. "De "pacientita" a ciudadana: el largo sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En: Castro R, Gómez A, editores. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Comité Sectorial de Investigación Científica; 2010.
13. Sen G, Asha G, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política. Boston: Organización Panamericana de la Salud-Harvard Center for Population and Development Studies; 2005.
14. Secretaría de Salud. "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes". *Revista de Enfermería IMSS*. 2002 (10): 103-5.
15. Nichiata L, Bertolozzi M, Takahashi R, Fracolli L. La utilización del concepto "vulnerabilidad" por enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(5) (stembro-outubro): 1-7.
16. Taylor J, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En Taylor J, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós: Buenos Aires; 1987.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
18. Arendt H. Los orígenes del totalitarismo. Madrid: Editorial Santillana; 1998.
19. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
20. Clavreul, J. El orden médico. Barcelona: Argot; 1983.
21. Correa, S, Petchesky R. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista*. Perú: Flora Tristán; 1983.
22. Cerón-Mireles P, Sánchez-Carrillo C, Robledo-Vera C, Del Río Zolezzi A, Pedroza-Islas L, Reyes-Zapata H et al. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud. *México* 2000-2003. *Salud Púb de Méx* 2006; 48(4): 332-40.
23. Menéndez E. El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 1997; XVIII(69): 270-327.
24. Schiebinger L, Klinge I, Sánchez de Madariaga I, Paik HY, Schraudner M, Stefanick M, editores. (2011-2013). *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment (genderedinnovations.stanford.edu)*. [Consultado abril 2015]. Disponible en: <https://genderedinnovations.stanford.edu/>

Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategiasⁱ



Guillermo Trujillo

Isabel Larrañaga P.@

Profesora
Universidad del País Vasco/
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU)
Departamento de Sanidad
Gobierno Vasco

María Valderrama P.

Profesora
UPV-EHU

Unai Martín R.

José M. Begiristain A.

Profesores
UPV-EHU

Amaia Bacigulpe H.

Profesora
UPV-EHU
Departamento de Sanidad
Gobierno Vasco

Begoña Arregi G.

Profesora
UPV-EHU

En las últimas décadas ha existido un interés creciente por el estudio de los flujos de ayuda entre los miembros de la red familiar o de la red social. Como factores que contribuyen a este interés se citan: el cuestionamiento de los sistemas clásicos del estado de bienestar y la falta de incentivos, por parte de los poderes públicos, de la institucionalización de las personas dependientes.

En los países del sur europeo, y particularmente en España, el sistema de cuidados está basado en la familia¹ pero la distribución del rol de cuidador no es homogénea entre sus miembros. Las variables género, convivencia y parentesco se señalan como las más importantes cuando se trata de definir a las personas que cuidan.² En consonancia con dicho perfil, en el País Vasco se estima que la familia asume más del 70% de la carga de cuidado, siendo la mujer proveedora principal (73%), y variando las relaciones de parentesco según el ciclo vital de las personas cuidadas y cuidadoras (esposa 20%, madre 25%, hija 17%).³

La cuantificación del tiempo dedicado al trabajo reproductivo, específicamente dedicado al cuidado, ha sido un indicador utilizado frecuentemente para conocer el grado de simetría/asimetría de género en su reparto.⁴⁻⁶ El ordenamiento simultáneo del tiempo y el cumplimiento de múltiples roles han sido las estrategias aplicadas por muchas mujeres para administrar eficientemente su tiempo y hacer compatibles las exigencias de la vida familiar y la vida pública o profesional, para garantizar eficazmente la reproducción social.⁷ Sin embargo, factores como la modificación de la estructura familiar, la progresiva y creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y su determinación en desarrollar y priorizar los proyectos personales, ponen en entredicho la continuidad de las mujeres y de las familias como proveedoras de cuidado informal. Las estadísticas españolas son reveladoras de los cambios. El número de mujeres dedicadas exclusivamente a las labores del hogar ha descendido en un millón en sólo 10 años, disminuyendo ostensiblemente la

reserva estructural de mano de obra femenina en los hogares.³ La colisión de los intereses familiares y personales afecta desde la esfera más privada de las mujeres, como es su salud física y emocional, hasta la más pública y social reflejada en una pérdida de dinamismo demográfico. El número de hijos por mujer ha descendido hasta mínimos históricos en España, con una reducción del 38% en los últimos 25 años. Ante la acumulación de responsabilidades familiares, la opción de renunciar al empleo remunerado es frecuente, elevándose en 2002 a 117 500 mujeres las que abandonaron su empleo por razones familiares, frente a 6 000 hombres.⁸

La omnipresencia de la familia en el sistema de cuidados explicaría la notoriedad de la crisis ante los cambios en la estructura, tamaño o roles familiares y justifica la necesidad de su estudio y el desarrollo de nuevas estrategias. Términos como apoyo informal o solidaridad familiar son difíciles de aprehender y abarcar en su total complejidad ya que incluyen diferentes dimensiones. Dicha complejidad contribuye a que la metodología cualitativa resulte especialmente pertinente⁹⁻¹² en el conocimiento de las diferentes estrategias que las mujeres y los hombres adoptan en su rol de cuidadores, lo cual unido a la carencia de este tipo de estudios en la población vasca justificó el desarrollo de la presente investigación.

Metodología

Desde la metodología cualitativa se diseñó un estudio exploratorio¹³ basado en la información obtenida a través de cinco grupos de discusión (GD). Dicha técnica fue considerada como idónea para la generación e interacción de diferentes discursos entre los participantes.¹⁴ La selección de los participantes en los GD se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes variables de heterogeneidad y de homogeneidad:

¹ El artículo fue publicado originalmente en el volumen 27, número 1 (enero-abril de 2009) de la revista *Facultad Nacional de Salud Pública* de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia y puede consultarse en <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1454>. Debido a que dicha revista conserva los derechos patrimoniales, esta republicación es fiel, por lo que no se realizaron modificaciones respecto al lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista.

© Correo electrónico de la autora principal: ilarranaga@euskadi.eus

- Grupo 1. Mujeres de entre 50 y 65 años cuidadoras informales de una persona mayor de 65 años que no fuera su cónyuge/pareja.
- Grupo 2. Hombres de entre 50 y 65 años cuidadores informales de una persona mayor de 65 años que no fuera su cónyuge/pareja.
- Grupos 3 y 4. Mujeres mayores de 65 años cuidadoras informales de su cónyuge/pareja.
- Grupo 5. Hombres mayores de 65 años cuidadores informales de su cónyuge/pareja.

La convocatoria y desarrollo de las reuniones se realizó por parte de profesionales independientes con experiencia previa al respecto, conforme a un guion semi-estructurado, pero priorizando el seguimiento de los posibles nuevos hallazgos. El contenido de las reuniones fue grabado previo consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad. A partir de las transcripciones se llevó a cabo un análisis temático agrupando las principales categorías conforme al significado de los hallazgos y a los objetivos de la investigación. El análisis se llevó a cabo de forma separada por dos de las investigadoras, consensuando posteriormente los resultados con objeto de mejorar su validez.¹⁵

Cada grupo estuvo compuesto por ocho personas, a excepción del grupo 3 en el que participaron sólo cinco mujeres y fue completado con un segundo grupo de similares características. El cuadro 1 refleja las variables sociodemográficas y de carga de cuidado de los participantes en los GD.

Cuadro 1. Características de las y los participantes en los Grupos de Discusión

		Hombres	Mujeres
Total		16	21
Edad	<65 años	8	8
	65-74 años	8	13
Parentesco con la persona cuidada	Esposa/o	8	11
	Madre/padre	2	5
	Suegra/o	4	3
	Otro familiar	2	2
Estado civil	Casada/o	14	16
	Divorciada/o	1	0
	Soltera/o	1	5
Trabajo	Labores del hogar	0	15
	Empleo remunerado	16	6
Abandono del empleo		0	2
Intensidad de cuidados	ADV básicos	4	12
	AVD instrumentales	12	9

Fuente: elaboración propia

Resultados

De los discursos de mujeres y hombres cuidadores se extrajeron los siguientes núcleos informativos:

Mujeres Cuidadoras: la tradición como compromiso

Persistencia de los roles de género: para las mujeres la actividad de cuidar es una extensión de su rol de ama de casa y forma parte de su función de madre, hija o esposa. Cuidar presenta una centralidad en su vida y es una actividad priorizada cuando surge incompatibilidad con el trabajo remunerado fuera del hogar. Se advierte una “naturalización” del rol de cuidadora que contribuye a configurar su identidad:

Yo creo que el Señor nos ha hecho fuertes a las mujeres, (reafirmación del grupo) es que tenemos mucho más espíritu de sacrificio porque ellos no lo tienen.

G3



Yessica Sánchez Rangel

Cuando los hombres participan en el cuidado se incorporan a la identidad femenina:

El caso es que las mujeres de la vecindad que me ven en el supermercado me consultan... ya soy una mujer más, ya nos tratamos de mujer a mujer.

G5

Esta naturalización permite justificar la escasa colaboración de los hombres:

Ellos están para las faltas, no están para la dedicación... pero es lógico, tienen su vida.

G1

Y aparecen sentimientos de culpabilidad por la reducción del tiempo dedicado a los esposos. De modo que no sólo no se exige de ellos una corresponsabilidad en el cuidado, sino que se les concede un reconocimiento, particularmente cuando las mujeres cuidan a sus ascendentes:

A los maridos hay que hacerles un monumento, porque los mejores años de nuestras vidas han estado condicionados por atender a mis padres... O sea que los maridos “chapeau”.

G1

Ruptura en la transmisión de los “deberes familiares”: la unidad familiar es el primer eslabón en el proceso de socialización del individuo y los progenitores constituyen un referente a seguir e imitar por los hijos, impulsando una serie de valores y orientaciones vitales. La familia actualmente impulsa como valor en alza la autonomía de los hijos y reconocen el derecho de la prole a ser y pensar diferente. Se trata de una socialización menos directiva y más propicia para la transmisión de valores democráticos y solidarios:

Las hijas hacen su vida, es que tienen su vida; es que no pueden hacer otra cosa más que su vida, o sea, no puedo esperar que mis hijas vayan a cuidarme ni a hacerme la comida, o...

G1

A la vez se reconoce la necesidad de una solidaridad intergeneracional como valor social, que es expresado especialmente por las cuidadoras mayores como la obligación familiar de cuidar:

Yo creo que es una obligación, pero también hay quien tiene que tener esa obligación y no la tiene.

G4

Quienes así lo reconocen, no ocultan los costes derivados de su cumplimiento:

Ya hace 16 años que cuido a mi marido y mi vida se ha arruinado, pero por otro lado, Dios me ha dado seis hijos maravillosos y mis nietos, y tengo salud... bueno, también tengo mis cosas, pero...

G4

La difusión y defensa de la solidaridad depende del grado de acuerdo/desacuerdo con tales normas y de la satisfacción/insatisfacción que produce la práctica de cuidar. Razón por la que mayoritariamente las cuidadoras manifiestan su deseo de no transmitir a las hijas dicha obligatoriedad y el “compromiso moral” (G4), tal como lo inculcaron en ellas, que en algunos casos es vivido como una

[...] esclavitud la que he tenido con mis padres o... o el sufrimiento que yo he tenido para atenderlos, no quiero para nada que lo tengan mis hijos.

G1

Este conjunto de circunstancias les lleva a autodefinirse como la “última generación” de cuidadoras (G1).

El impacto en la salud y el bienestar de las cuidadoras: tanto las mujeres que cuidan a sus ascendentes como las que cuidan a sus esposos perciben que cuidar castiga su salud y subrayan especialmente el coste físico derivado de cuidar, sienten que su salud se resiente y debilita debido al esfuerzo y cansancio derivados de las tareas de cuidar a una persona no autónoma, de la atención y las movilizaciones que precisan las personas dependientes en el día a día. Las esposas cuidadoras manifiestan especial afectación en su estado anímico, refieren sentir tristeza, depresión y desesperanza:

Mi vida, lo que yo entiendo por vida es lo que he vivido, y eso ya no va a existir jamás, eso ya se ha acabado desde la enfermedad de mi marido.

G3

Sentimientos suscitados por la constatación del progresivo deterioro físico y psíquico de sus compañeros, lo que se ve acentuado cuando se asocia el deterioro físico al cognitivo, señalando este último como el más duro para quien cuida. Pero son también numerosas las manifestaciones de deterioro físico provocado como consecuencia del esfuerzo físico:

La tensión de moverle, tenerle que meter en la bañera y encontrarme sola...

G1

La conflictividad familiar: el deterioro de la persona dependiente fuerza, a menudo, el inicio de una nueva convivencia que está precipitado por la ocurrencia de situaciones críticas que llevan a tomar decisiones en las que intervienen sentimientos de afecto, pero sobre todo de obligación y necesidad. Este hecho conlleva frecuentemente la modificación de la unidad familiar y de las relaciones familiares

A mí me ha marcado muchísimo, la salud, la apetencia sexual... ¡con este ánimo!

G1

La decisión de quién debe cuidar y cómo, va acompañada de conflictos en el seno de la familia y las mujeres observan que tuvieron que decidir “llevárselos a casa” (G1) a los padres o suegros, dejando entrever críticas más o menos veladas a hermanos y cuñados que se escudan en no saber cuidar, reflejando en sus discursos un sentimiento de resignación, de “hacer lo que nos ha tocado en la vida” (G1).

La carencia de un tiempo propio: el tiempo de ocio es inexistente, ni lo tienen ni se lo permiten, expresando una gran preocupación incluso cuando se ausentan de casa por poco tiempo

Por las tardes quedo alguna vez con una amiga... pero mi vida termina a las 8:30, por no dejarle tanto tiempo solo.

G4

Les resulta difícil diferenciar el tiempo de trabajo del tiempo de ocio y con frecuencia son los miembros de la familia los referentes de la distracción y del asueto:

Yo, además de cuidar de la tía, tenía que satisfacer a mis hijos y a mi marido. Si yo no iba, ellos no iban a esquiar, así que nos llevamos a la tía... y los cuatro con la tía.

G1

La relación fluida con la familia sirve de apoyo en lo cotidiano y por ello se buscan tiempos de disfrute y encuentros, que generalmente se circunscriben al espacio del hogar (celebraciones), aunque ello suponga un trabajo añadido, un sobreesfuerzo derivado de preparar comida para más personas

Te da alegría cuando viene la familia, los nietos, te da alegría todo, aunque... algunas veces me da más alegría cuando se van que cuando vienen.

G3

El futuro: el deseo de no tener que necesitar de nadie que cuide de ellas es unánime, es decir, continuar siendo autónomas para que sus hijas e hijos no se sientan en la obligación de cuidar de ellas

El día de mañana procuraré no dar guerra a mis hijos; si tengo que ir a una residencia, yo tan feliz.

G1

La institucionalización de las personas mayores es aceptada en diferente grado entre las participantes, aunque es entendida como un recurso posible. Su preferencia a futuro, siempre que económicamente sea posible, se orienta a poder permanecer en sus propios domicilios, bien cuidadas, pero no a cargo de sus hijas e hijos.

Hombres cuidadores: la novedad del cuidado doméstico

Diferentes significados del cuidar. A diferencia de las cuidadoras, en el discurso de los cuidadores rara vez aflora el sentimiento del deber moral de cuidar. Para la mayoría se trata de una tarea nueva que rompe el statu quo anterior

Las mujeres se encargaban de la casa y de los hijos, nosotros trabajábamos 10-12 horas al día.

G5



Yessica Sánchez Rangel

Estas diferencias se manifiestan en que las mujeres ejercen como cuidadoras a “*tiempo completo*” (G1), mientras que los hombres se declaran cuidadores “*comodín*” (G2), actores secundarios:

Mi mujer se arregla bien, yo hago lo que ella me dice, a ver si me entiendes el tema... ella se desenvuelve bien, pero hay que ayudarla.

G5

[...] es mi hermana la que está al pie del cañón, aunque bueno, le apoyo en lo que puedo.

G2

La experiencia masculina está frecuentemente ligada a la necesidad de cuidados de baja o media intensidad y se definen como “cuidadores con mando a distancia” (G5), porque aun cuando ejercen de cuidadores cuentan con la supervisión de algún miembro femenino de la red familiar.

Emotividad afectada: los hombres hacen referencia principalmente al sufrimiento emocional provocado por el hecho de que “tener a una persona enferma en casa produce sufrimiento” (G2). La tensión derivada de “querer hacer bien las cosas” (G5) es un sentimiento unánime, ya que se sienten poco preparados, a la vez que vigilados y supervisados por las mujeres del entorno familiar o por parte de las propias esposas cuidadas:

[...] entonces yo quiero hacer las cosas y a ella no le gusta cómo lo hago, entonces chilla y yo me pongo nervioso. Muchas veces cojo y me marchó y la dejo chillando.

G5

Las estrategias para mantener un tiempo propio: los hombres participantes consideran el tiempo de ocio como un bien preciado, el cual se ha visto limitado respecto de la situación anterior. Pero en mayor medida que las cuidadoras mantienen un tiempo y espacio personal fuera del hogar y de la red familiar, mediante “la lectura del periódico en el bar”, “la partida con los amigos” (G5), el “paseo y/o poteo con la cuadrilla”, “la pesca” (G2) y consideran importante ese disfrute para continuar cuidando de sus esposas o familiares.

El futuro: en los hombres participantes se advirtió mayor dificultad para expresar y manifestar las expectativas de futuro, siendo las respuestas muy evasivas. Prefieren “vivir el día a día” (G2). Sus referencias a la institucionalización son despectivas “las residencias son jaulas, ¿eh?, son jaulas” (G2) y a diferencia de las mujeres no la consideran una alternativa futura para sí o sus parejas.

Discusión y conclusiones

Los núcleos informativos confirman la permanencia de valores y normas que vinculan a las mujeres a la función de cuidado y que forma parte de los roles de género asignados socialmente. La “naturalización” del rol de cuidadora ha participado en la configuración de la identidad de las mujeres y permanece aun cuando los hombres se incorporan a esta actividad. A pesar de las políticas de igualdad impulsadas por las instituciones públicas vascas (Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres, 2005), aún observamos la reproducción y el mantenimiento de estos roles de género, que a juicio de algunos autores¹⁶ se sustentan en una dominación “suave” o de “bajísima intensidad” sobre las mujeres, de tipo “micro” –en términos de Foucault¹⁷– que, por situarse en los límites de lo evidenciable, resultan más difícil de visualizar y corregir.

Cuidar impacta en la vida tanto de hombres como de mujeres, pero el significado de cuidar es diferente y la intensidad del efecto es desigual. La obligación moral de cuidar es un sentimiento femenino que rara vez aparece en el discurso de los hombres. Cuando los hombres se incorporan al cuidado, las diferencias de género no desaparecen ni en tipo ni en intensidad de cuidado. Las mujeres asumen la organización y asistencia del cuidado personal, mientras que los hombres ayudan y acompañan a las cuidadoras haciéndolas más vulnerables al impacto emocional y físico. Estos comportamientos se enmarcan en lo que se ha denominado “micromachismo utilitario o encubierto”,¹⁶⁻¹⁸ porque inducen a la mujer a “ser para otros”, condicionando su autonomía y desarrollo personal.

El mantenimiento de actividades fuera del ámbito del cuidado (relación social, ocio, ejercicio físico, etcétera) es un factor relacionado con el bienestar de los cuidadores.¹⁹ Los discursos de las mujeres y hombres cuidadores reflejan las distintas oportunidades que tienen de utilizar mecanismos de amortiguación del estrés (disposición de tiempos y espacios propios), lo que explica el diferente impacto del cuidar en su salud y calidad de vida. El mayor coste soportado por las cuidadoras favorece la aceptación de nuevas alternativas de cuidado (institucionalización) y cuestiona la transmisión intergeneracional del compromiso social de cuidar. Cuidar es una función social que entraña un coste de oportunidades a quien lo ejerce y por tanto debe recibir todo el reconocimiento social que merece, además de ser distribuida equitativamente entre los hombres y las mujeres de la familia. Como tal función social, el trabajo de cuidado requiere también de la intervención formal e institucional en función de las necesidades de los cuidadores. El desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia²⁰ debe servir, en el caso español, para complementar los servicios formales e informales y prestar el merecido reconocimiento social y económico a quienes ejercen de cuidadoras y cuidadores de sus familiares.

Agradecimientos

Proyecto financiado por EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer y por la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.



Yessica Sánchez Rangel



Yessica Sánchez Rangel

Referencias bibliográficas

1. Moreno L. La “vía media” española del modelo de bienestar mediterráneo. Paper: revista de sociología 2001; (63-64): 67-82.
2. García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004; 18(supl 2): 83-92.
3. Larrañaga I, Martín U, Arregi B, Bacigalupe A, Valderrama MJ, Beguiristain JM. Desigualdades de Género en el Cuidado Informal: Efectos en la Salud y Calidad de Vida. CAPV. Ponencia presentada en el Foro para la Igualdad de las Mujeres y Hombres. EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz; 2007.
4. Durán MA. Concentración y reparto del trabajo no remunerado en los hogares. Cuaderno de Relaciones Laborales 2000; 17: 91-122.
5. Álvaro M. Los usos del Tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros. Serie Estudios 46. Madrid: Instituto de la Mujer; 1996.
6. Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. Trabajo reproductivo o doméstico. Gac Sanit 2004; 18(supl 2): 36-41.
7. Méda D. El tiempo de las mujeres. Conciliación entre vida familiar y profesional de hombres y mujeres. Madrid: Nancea; 2002.
8. CES. Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. Madrid: CES; 2004.
9. Jansson W, Nordberg G, Grafstrom M. Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. J Adv Nurs 2011; 34(6): 804-812.
10. Lane P, McKenna H, Ryan A, Fleming P. The experience of the family caregivers' role: a qualitative study. Res Theory Nurs Pract 2003; 17(2): 137-151.
11. Aberg AC, Sidenvall B, Hepworth M, O'Reilly K, Lithell H. Continuity of the self in later life: perceptions of informal caregivers. Qual Health Res 2004; 14(6): 792-815.
12. Hawranik PG, Strain LA. Giving voice to informal caregivers of older adults. Can J Nurs Res 2007; 39(1): 156-172.
13. Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 1999.
14. Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel; 2001.
15. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. IJQM [revista en Internet] 2002; 1(2). Disponible en: <http://www.ualberta.ca/ijqm>
16. Bonino L. Los Micromachismos. Revista La Cibeles. Ayuntamiento de Madrid 2004; 2
17. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: Ediciones La Piqueta; 1993.
18. Corsi J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós; 1995.
19. Al-Janabi H, Coast J, Flynn TN. What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up. Soc Sci Med 2008; 67: 111-21.
20. Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE 15 de diciembre de 2006.

Desafíos

Carga de enfermedad en México

Subdirección de Documentación de Inequidadesⁱ
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

El conocimiento de la situación epidemiológica de mujeres y hombres de los diversos grupos de edad y condiciones sociales permite trabajar en la dirección adecuada con el propósito de lograr niveles óptimos de salud para la población mexicana. En ese sentido, es fundamental realizar investigaciones para identificar y conocer los tipos de causas de la mortalidad, la duración y severidad de las enfermedades, la comorbilidad asociada a estas y las discapacidades que pudieran estar relacionadas con ellas. Estos elementos se sintetizan en el indicador denominado “carga de enfermedad”, que parte de un marco conceptual y metodológico surgido en el Instituto de la Métrica y Evaluación en Salud de la Universidad de Washington y que es retomado en el estudio *Carga de Enfermedad en México 1990-2010. Nuevos Resultados y Desafíos*.^{1,ii} De acuerdo con este documento científico, los instrumentos diagnósticos derivados de este abordaje:

Ofrecen una manera novedosa de analizar las pérdidas de salud al aportar un indicador compuesto (años de vida saludable perdidos –AVISA–) que integra los daños provocados por la muerte prematura (años de vida perdidos por muerte prematura –APMP–) y los daños por vivir con enfermedad y discapacidad con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez (años de vida asociados a discapacidad –AVD–).^{1,iii}

El indicador AVISA otorga una importancia similar y equivalente tanto a las enfermedades que conducen a la muerte como a aquellas que, sin ser mortales, afectan las capacidades de mujeres y hombres “de maneras insidiosas y que ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada.”¹

De esta forma, los AVISA se integran por los años perdidos por muerte prematura (APMP) y por los años vividos asociados a discapacidad (AVD). La fórmula para obtener el primer indicador es la siguiente:

Número de muertes
para cada grupo de edad



Esperanza de vida estándar^{iv} a esa edad
(independientemente del sexo)

Respecto a los AVD, su cálculo “se basa en la sumatoria de las prevalencias de cada una de las secuelas vinculadas a una enfermedad multiplicada por la ponderación de la discapacidad”.¹ La base de esta medición es una encuesta realizada en cinco países y en más de 15 mil hogares, así como una encuesta electrónica que se aplicó en 175 países y que incluyó al menos a 16 mil personas participantes.¹

ⁱ En la elaboración de esta sección participaron Cecilia Robledo Vera, subdirectora de Documentación de Inequidades del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), así como Silvia del Pilar López Hernández y Alejandra Oyosa Romero.

ⁱⁱ Este esfuerzo colaborativo del Instituto Nacional de Salud Pública y del CNEGSR parte del análisis secundario de la base de datos del “Estudio de la carga global de la enfermedad 2010”.

ⁱⁱⁱ Las cursivas son de las autoras de esta sección.

^{iv} De esta forma, “la esperanza de vida al nacer con base en esta tabla estándar es de 86.0 años y deriva de aplicar la menor mortalidad por edad y sexo observada en el mundo”.¹

De acuerdo con el estudio, para el cálculo de las prevalencias se creó una base de datos que incluyó revisiones sistemáticas de:

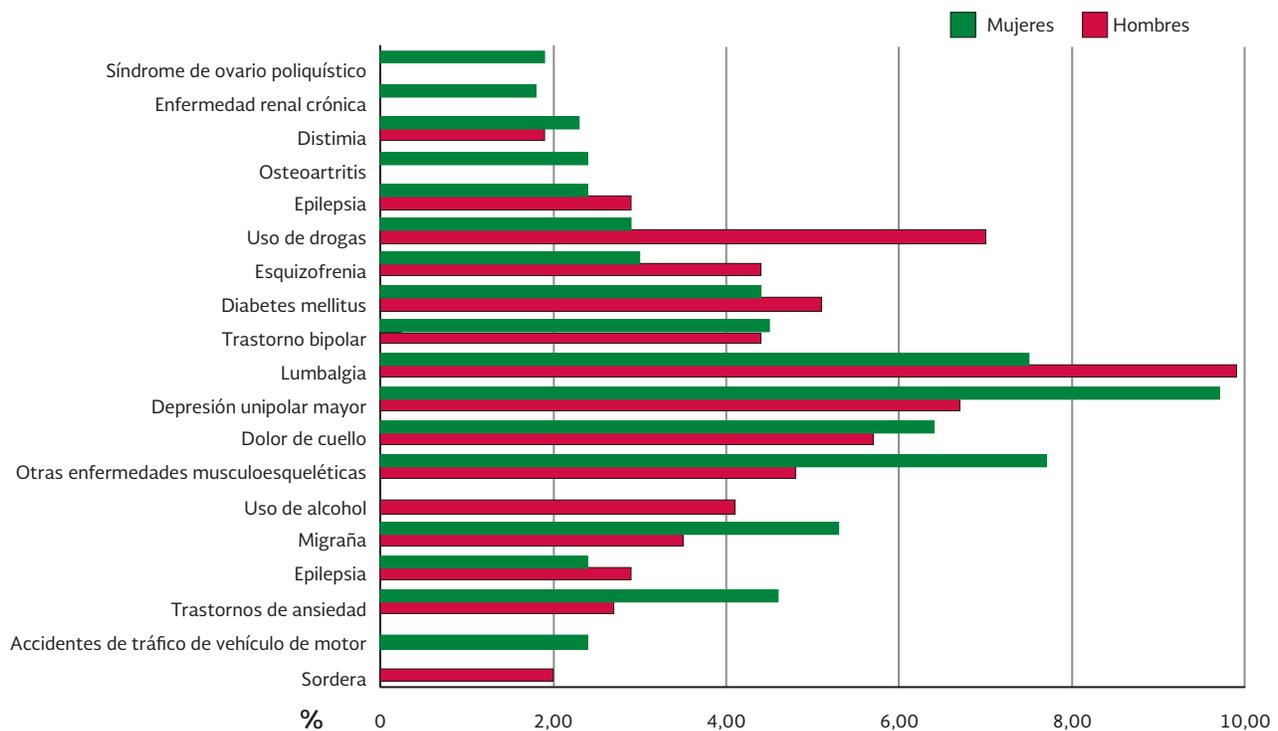
- Estudios publicados
- Exámenes y encuestas en viviendas
- Sistemas de vigilancia de enfermedades notificables
- Registros de cáncer y de enfermedades como diabetes e insuficiencia renal, entre otras
- Egresos hospitalarios
- Consultas ambulatorias¹

Asimismo, se utilizaron estimaciones sobre la incidencia, la prevalencia, la duración, la remisión y el exceso en el riesgo de morir para cada enfermedad.¹ Nuestro país participó en esta investigación internacional con los registros de egresos hospitalarios, las Encuestas Nacionales de Salud (1986 y 1994), de Nutrición (1988 y 1999), de Salud y Nutrición (2000 y 2006), los registros de vigilancia epidemiológica sobre enfermedades de reporte obligatorio y otros estudios.¹ Entre las aportaciones del estudio de la carga de enfermedad en nuestro país destaca la

estimación de *daños atribuibles a la exposición de 67 factores de riesgo* que se agregan en: factores de riesgo conductuales (por ejemplo, consumo de tabaco, alcohol, drogas; inactividad física); dieta (deficiencias de micronutrientes, consumo elevado de grasas o de azúcares industrializados, etc.); metabólicos o fisiológicos (elevada glucosa en sangre, elevada presión arterial, elevado índice de masa corporal, baja concentración de hemoglobina, etc.); ambientales (utilización de combustibles sólidos, exposición a plomo o partículas suspendidas, etc.); agua y saneamiento (porcentaje de dotación de agua potable y drenaje dentro de las viviendas); ocupacionales; abuso sexual, lesiones y violencia.^{1,v}

A continuación se presentan algunos resultados, desagregados por sexo y edad, del estudio *Carga de Enfermedad en México 1990-2010. Nuevos Resultados y Desafíos*:

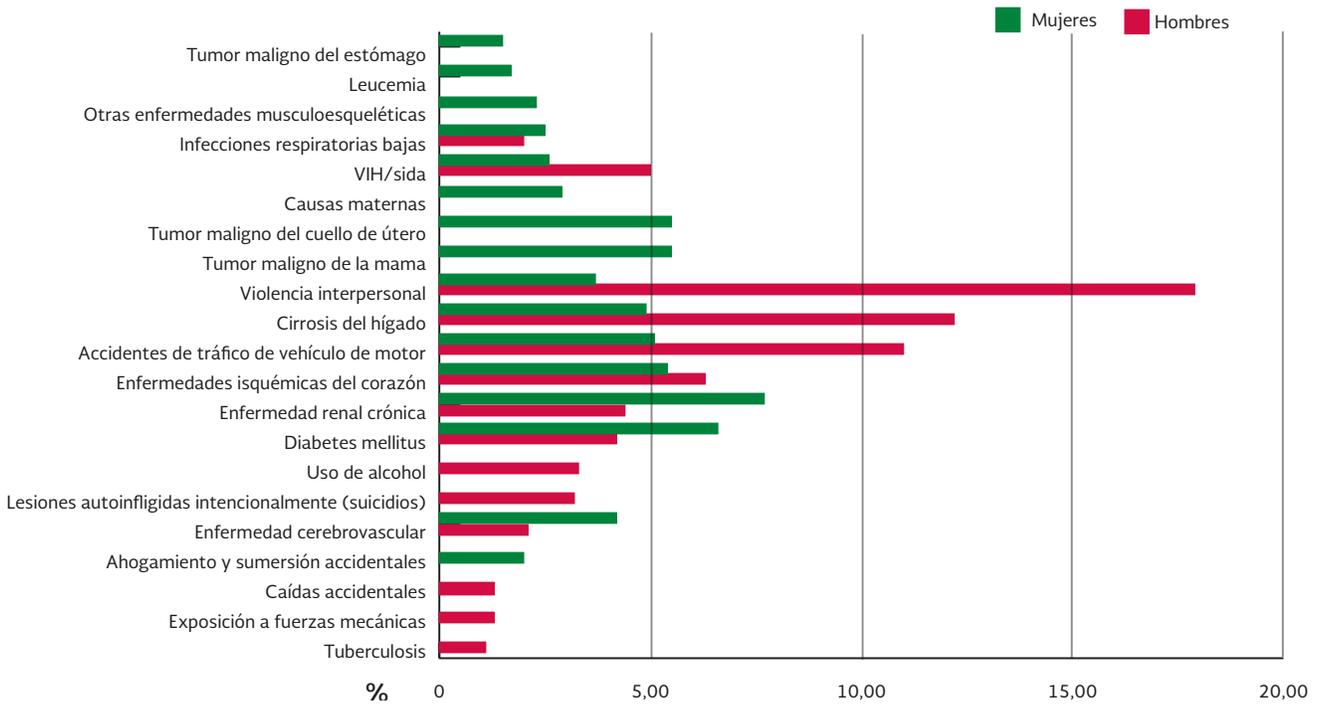
Gráfica 1. Principales causas de años de vida asociados a discapacidad (AVD). Mujeres y hombres de 25 a 49 años. México, 2010



Fuente: elaboración a partir de datos del libro *Carga de Enfermedad en México 1990-2010. Nuevos Resultados y Desafíos*.¹

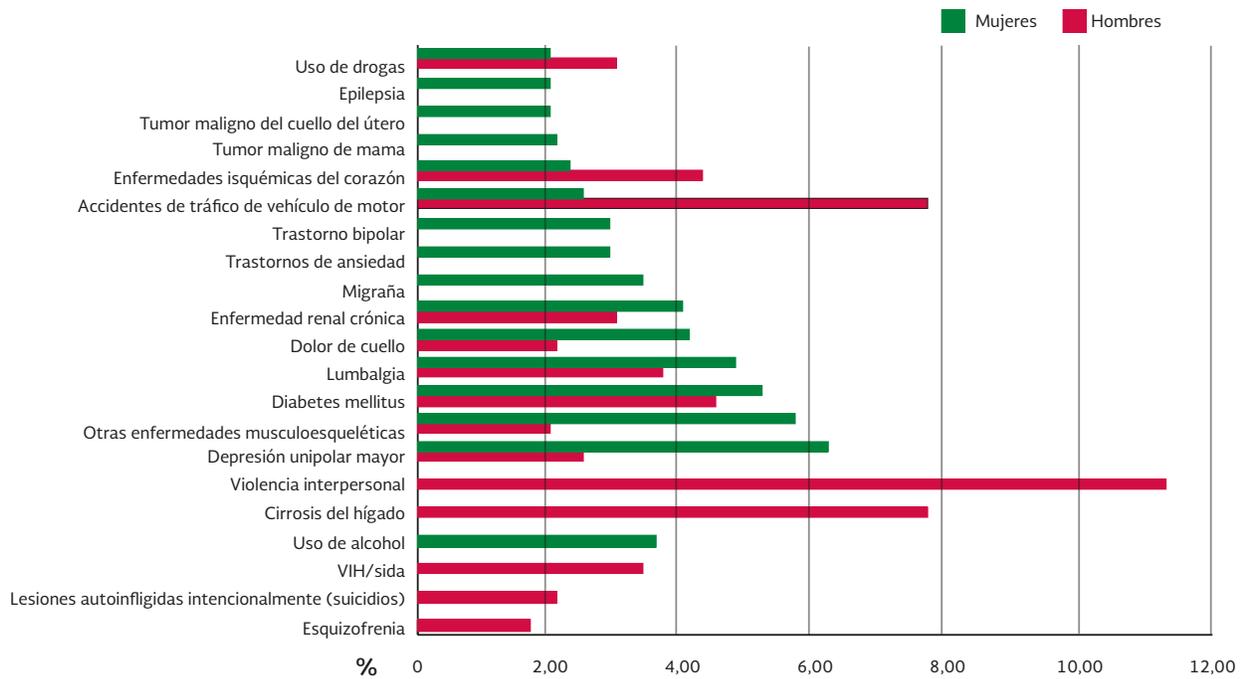
^v Las cursivas son de las autoras de esta sección.

Gráfica 2. Principales causas de años de vida asociados a muerte prematura (APMP). Mujeres y hombres de 25 a 49 años. México, 2010



Fuente: elaboración a partir de datos del libro *Carga de Enfermedad en México 1990-2010. Nuevos Resultados y Desafíos*.¹

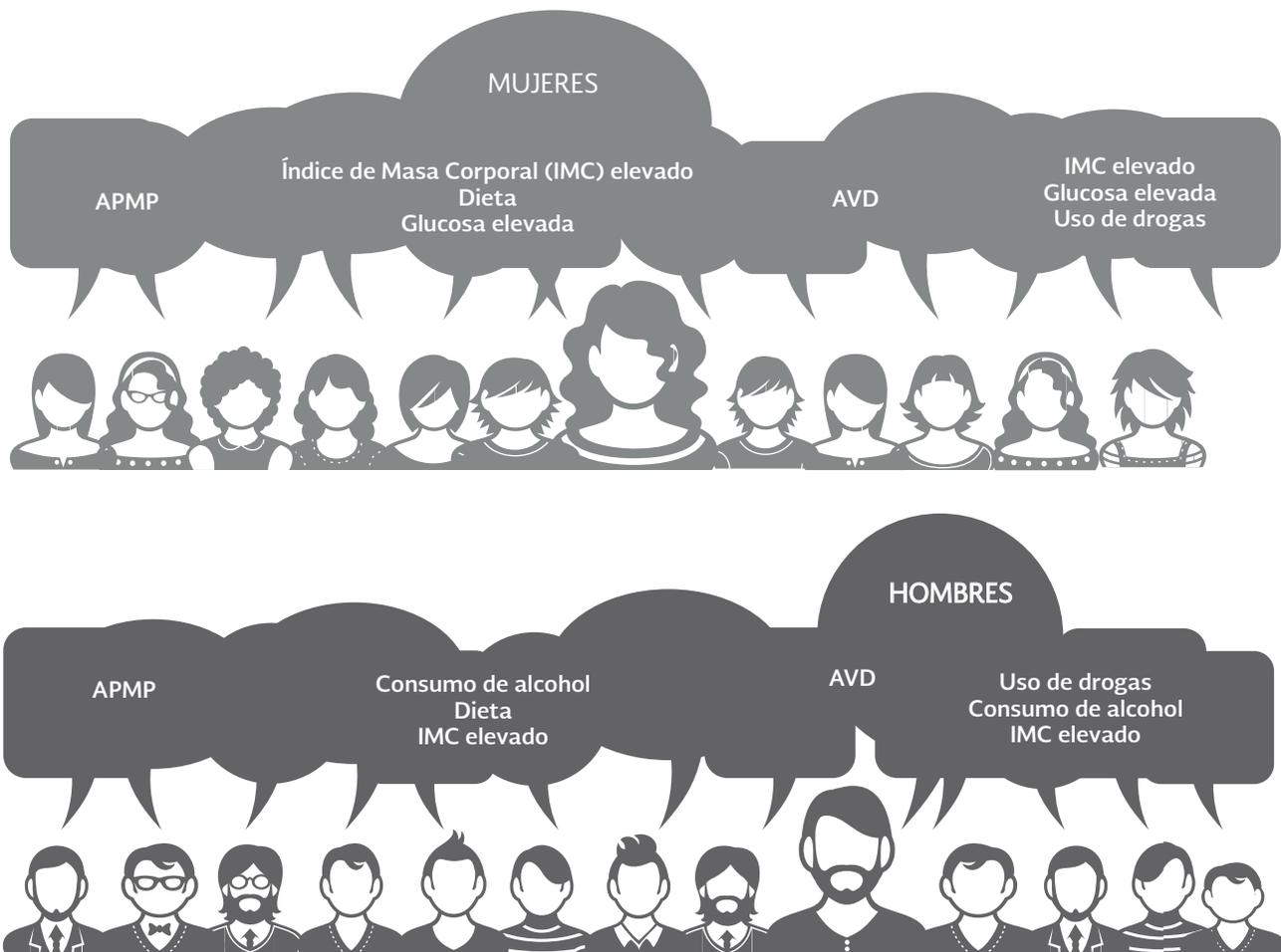
Gráfica 3. Principales causas de años de vida saludables (AVISA) perdidos. Mujeres y hombres de 25 a 49 años. México, 2010



Fuente: elaboración a partir de datos del libro *Carga de Enfermedad en México 1990-2010. Nuevos Resultados y Desafíos*.¹

Los datos del estudio confirman la importancia de la desagregación por sexo y edad para realizar un análisis epidemiológico con perspectiva de género, el cual permitiría considerar las condiciones de salud-enfermedad tanto desde lo biológico como relacionado con las construcciones sociales de “ser mujer” y “ser hombre”.

En 2010, los principales factores de riesgo para la población de 15 a 49 años, en función del Avisa y AMP fueron:



Referencias bibliográficas

1. Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2014.

Entrevista
Dra. Alicia Hernández Utrera.
Responsable estatal del
Programa Igualdad de Género en Salud.
Servicios de Salud de Veracruz

Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Alejandra Oyosa Romero



Salud es conectar, desde mi sentir como mujer, con mis emociones, mi entorno familiar, social y médico. Es saber cómo estoy, qué hay en mi ambiente familiar, cómo me afecta y cómo encontrar posibles soluciones. También es reconocer mi entorno social y laboral para identificar el estrés que me podría producir y cómo afecta esto mis relaciones en el trabajo y en bienestar en general.

Este es el concepto de salud de Alicia Hernández Utrera. El cual surge de sus experiencias personales y como responsable estatal del Programa Igualdad de Género en Salud en Veracruz, posición que le ha permitido trabajar esta temática que ha impactado en su vida personal y en su construcción constante del “ser mujer”.

Alicia, cuéntame un poco de ti.

En la actualidad tengo 42 años, soy soltera y tengo un hijo de 12 años que es mi compañero, aliado y cómplice. Soy la sexta hija, entre seis: somos tres hermanas y tres hermanos. Mi familia es apegada a los valores tradicionales que caracterizan a las y los xalapeños.

Estudié la licenciatura en Odontología y mi servicio social lo realicé en Xico, un pueblo cercano a Xalapa. En esa etapa de mi vida observé que llegaban al servicio algunas mujeres con problemas de lesiones temporomandibulares y pérdidas dentarias; poco a poco identifiqué que una de las causas principales eran los golpes que recibían, vinculados con sus relaciones de pareja y con todas las formas de violencia en la comunidad. Lo que más llamó mi atención fue que para las personas era normal perder piezas dentales por esa razón, desde entonces el tema de la violencia, el género y la salud han sido fundamentales para mí.

En búsqueda de mi crecimiento profesional ingresé en la especialidad en Salud Pública con un proyecto sobre violencia intrafamiliar relacionada con el bajo peso de las niñas y los niños al nacer. Durante un año me enfoqué en la investigación y conocí la libreta “Historia de mi salud”, proyecto de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), en el cual colaboré y con ello obtuve mi título. Como parte de ese proyecto, realicé trabajo comunitario en San Andrés y observé varias situaciones de violencia similares que había identificado durante mi servicio social en Xico, aunque ambas comunidades están ubicadas de un extremo a otro del estado de Veracruz.

Al concluir la especialidad impartí clases como profesora adjunta en el área de Epidemiología y de forma simultánea colaboré en un proyecto sobre los factores que incidían en el incremento de la operación cesárea en el estado de Veracruz. Ahí escuché frecuentemente “me pega mi esposo” o “no llevé un buen control” y observé que las

suegras siempre estaban atentas a las entrevistas y cuestionaban qué íbamos a preguntar.

En esa época llegó la noticia anhelada de que iba a tener un niño hermoso, por lo que decidí dedicarme de forma exclusiva a mi hijo, lo que incluyó cuidar mi embarazo porque yo presentía que iba a ser el único y por cuestiones de salud así fue. Durante tres años mis actividades se centraron en la maternidad y no trabajé en ese periodo. Para mí era fundamental tener la experiencia maravillosa de escuchar a mi hijo decirme “mamá”, darle la mano para que caminara, ver sus dientes brotar y cuidarlos.

Después de cumplir mi objetivo, comencé la búsqueda de trabajo y fui al Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de Veracruz, donde me preguntaron sobre mi experiencia y me comentaron que habría una reunión en Manzanillo, en la que por primera vez se programarían acciones para implementar en el programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

El inicio del camino

¿Así fue como ingresaste en la Secretaría de Salud del estado de Veracruz?

Sí, desde el año 2005 coordino dicho programa y el primer reto que enfrenté fue su implementación con las líneas estratégicas y lo que implica insertar acciones de prevención y atención a la violencia en el ámbito de la salud. Poco después se dio a conocer la convocatoria estatal para realizar proyectos y obtener recursos financieros, por lo que propuse un centro de atención para mujeres víctimas de violencia, el cual se hizo acreedor de un subsidio que permitió que el programa despuntara y hasta la fecha es una fuente de financiamiento con un ingreso muy bien asignado.

Entre los años 2007 y 2008 empezamos a realizar más acciones y se contrató más personal, por lo que en el 2009 existió la necesidad de crecer más, pues era claro el ámbito de operación, pero faltaba incorporar la medición. Por esa época ingresé al Programa de Igualdad de Género en Salud, con líneas estratégicas muy específicas y también ha sido un reto implementarlo en todo el sistema de salud de Veracruz.

Afortunadamente surgió la oportunidad de que ingresara más personal al programa de Igualdad de Género en Salud, pues sólo era yo y tenía una carga doble de trabajo, de

responsabilidad y emocional, pues debía dar resultados en la implementación del nuevo programa, considerando que Veracruz es un estado muy grande. Además, quería mantener mi empleo, pues mi madre y mi hijo dependen de mí. Era una doble responsabilidad, no podía dejar a un lado mi trabajo, pero tampoco podía dejar de ser mamá.

Nuevas direcciones en género y salud

¿Qué retos has vivido trabajando esta temática en Veracruz?

Recuerdo que en el año 2009 nos invitaron a una capacitación con el programa de Igualdad de Género, era un taller para formar facilitadoras y facilitadores en sensibilización en este ámbito. Yo llegué pensando que sí sabía sobre el tema, según yo es bien sencillo y esperaba aprender sobre teoría, pero ahí me di cuenta que en realidad no conocía mucho, pues va más allá de lo que entendía hasta ese momento: es una construcción social que ha impactado y que implica marcadas diferencias en la salud de las mujeres y los hombres, que no podemos dejar de lado a estos últimos y que también están dentro del ciclo de la violencia.

Esta capacitación me sirvió para tener un panorama más amplio y redireccionar estrategias en el programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Entonces enfrenté un nuevo reto, encontrar la forma de decirles a las y los directivos que es importante hablar de género y no podemos tener un programa sólo con acciones específicas para mujeres, que es cierto que representamos la población con mayores problemas de violencia que impactan en nuestra salud, pero es indispensable trabajar con los hombres.

Otro reto más fue empezar a trabajar con la desagregación de datos por sexo y hemos identificado que hay una insuficiencia en el registro, pues el personal médico no siempre lo hace y señalan que es porque tienen muchas consultas, por lo que incluso se les olvida poner si son mujeres o son hombres las personas a quienes atendieron. En la parte de captura consideran que hay temas sin importancia y sólo se centran en la vacunación.

Al trabajar con ambos programas, he podido observar que no son prioritarios para la gente ni para las y los tomadores de decisiones, pero no es porque las personas sean maquiavélicamente

malas sino porque no tenemos claridad en el concepto de género y continúa la idea de que violencia sólo se trata de mujeres que lloran y les pegan o que el género sólo es una construcción social y es diferente al sexo. No vemos más allá, por eso la importancia de las líneas estratégicas específicas para trabajar con las personas que toman decisiones, hay una guía para la incorporación de la perspectiva de género y un manual, documentos que son muy útiles para los procesos de capacitación. El problema es que no se dan el tiempo para conocer esta información, por lo que es un gran pendiente que existe en todas las entidades federativas.

Los logros

¿Entonces el camino no ha sido fácil, pues implica una labor constante y tener metas muy claras. En este sentido, ¿cuáles son los logros que identificas en tu experiencia?

Durante estos años el programa ha crecido, pero también existen algunos rezagos porque la población es muy amplia y tenemos pocos servicios especializados, los cuales reconozco que nos apoyan para capacitar en materia de género. De manera paulatina hemos propuesto estrategias, por ejemplo, tenemos algunos boletines para visibilizar la importancia de hablar de este tema, en los eventos relacionados con el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y buscamos fortalecer las capacitaciones de género e interculturalidad en el marco de los Derechos Humanos. También tenemos acciones específicas para el Día Internacional de la Mujer, con el fin de posicionar el programa.

Hemos tenido otros logros importantes: el año pasado se capacitó a todo el personal directivo y administrativo de jurisdicciones y de algunos hospitales, a las áreas Jurídica, de Recursos Humanos, así como compañeras y compañeros coordinadores de otros programas. Recuerdo que alguien comentó: “tengo que asignar recursos para que la gente venga a capacitarse en género y Derechos Humanos, para que traten bien a las usuarias. Esta reflexión surgió porque dimos el enfoque para que la gente pudiera identificar los impactos del género, la interculturalidad y los Derechos Humanos en la salud.

En el año 2013 terminamos de impartir estos talleres y tuvimos un gran avance en capacitación, pero la población médica es bastante amplia, por lo que la estrategia debe continuar.

Sabemos de nuestros logros y conocemos los retos pendientes, por eso gestionamos una beca para cursar la maestría en Género y Políticas Públicas en Veracruz, en la Universidad Tercer Milenio. Esto nos permite tener otra visión y contar con los elementos para ir más allá de lo alcanzado hasta ahora.

En nuestro trayecto ha sido importante el apoyo y la participación del Instituto Veracruzano de las Mujeres, en particular durante las administraciones de la doctora Martha Mendoza Parissi y de la doctora Edda Arrez Rebolledo, quien se enfocó en trabajar procesos de igualdad y dentro del estricto marco del Instituto Nacional de las Mujeres ha evidenciado que hay dependencias que tenemos una normativa establecida, lo que le ha dado credibilidad a nuestro trabajo. Entonces hemos podido demostrar que tenemos una línea que está muy bien estructurada desde el nivel nacional con un programa establecido con guías y manuales para su implementación.

Otro apoyo que hemos recibido se refiere a la creación de las Unidades de Género como el área administrativa para transversalizar la perspectiva de género, lo que nos ha ayudado visibilizar el programa, porque ya está estructurado y tiene todos estos elementos para asumir el nuevo reto, lo que me permite posicionar todo el trabajo que se ha realizado durante varios años.

Acciones pendientes

Siguiendo con el Programa de Igualdad de Género, hay dos acciones que son recientes: el Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) y el Programa de Cultura Institucional (PCI), ¿cómo has trabajado ambas actividades?

En el tema del CEI, la principal dificultad es elegir el lugar idóneo para implementarlo. Las unidades de salud están rebasadas en su capacidad, la población es mucho mayor que la infraestructura que tenemos, por ello los hospitales están saturados, no tienen espacios y es muy complicado. Otra parte que incide es el retraso en la administración del recurso financiero, hace unos días se nos notificó el techo presupuestal, pero estamos por cerrar el ciclo de este año y aún no tenemos el espacio con las condiciones adecuadas.

En primer lugar, se necesita que el personal directivo identifique qué es un CEI y que considere el impacto que va a tener en la población usuaria, en particular en las mujeres. Otro punto es la

operación, es decir, el espacio, la compra de insumos y mobiliario, la selección del personal adecuado y las condiciones de seguridad.

Este último aspecto es fundamental porque son niñas y niños que van a estar en un lugar sin la presencia de sus madres, por lo que se requiere una estrategia de coordinación con la procuración de justicia, para que sepan que vamos a necesitar algún personal de guardia, al cual también hay que capacitar.

También es necesario considerar si hay niñas o niños con alguna discapacidad motora o intelectual, para saber cómo trabajar con este grupo y si se tienen las habilidades para el cuidado. Asimismo, es necesario seleccionar de forma adecuada el material con el que se trabajará, procurando que se tengan los menores riesgos posibles.

Por otra parte, he identificado una situación en la oficina central: las y los hijos de las trabajadoras llegan poco después del mediodía y hasta la hora de la salida de sus madres se concentran en una rampa que está a la entrada del edificio y en una cancha que está a un lado. Esto repercutió en un oficio que indicaba que no deberían estar ahí porque existe el riesgo de accidentes, lo cual es cierto. Debido a esto, me pregunté si era posible poner el CEI en este sitio, pues sería más importante para las mujeres trabajadoras, porque salen entre dos y media y cinco de la tarde, esto les permitiría tener a las y los hijos en un lugar específico, con personal capacitado y por lo tanto, ellas desempeñarían mejor sus actividades.

Es cierto que es una acción dirigida a la población usuaria de los servicios de salud, pero creo que en Veracruz, para la problemática de las mujeres trabajadoras de este sector, sería ideal porque se “matarían dos pájaros de un tiro”, pues es una acción afirmativa que se relaciona con la conciliación laboral y familiar.

Como lo planteas sería una acción que está más relacionada con la cultura institucional, ¿cómo has trabajado este tema?

Es necesario realizar sesiones de trabajo operativo con el fin de modificar las características de la normatividad de la Secretaría de Salud de Veracruz y también hay que incidir en otras acciones, como que el área de Recursos Humanos tenga un registro estadístico en el que se identifique el perfil de la planta laboral: sexo, años trabajados, ubicación y salario, entre otras cosas. Sin embargo, reconozco que es un sistema que no entiendo mucho, es decir, si busco el dato de

alguna persona, lo encuentro, pero no permite hacer un análisis.

Me parece que es necesario saber cuántas personas trabajamos en esta institución y hacer una revisión de los cargos administrativos para identificar hasta dónde están feminizados o masculinizados los puestos. También hay que poner atención en los días que son otorgados al personal sindicalizado y a los que no tienen derecho quienes laboran en cargos directivos, sean mujeres u hombres, como el 10 de mayo o el 6 de enero.

Además, en el área de Salud Reproductiva somos más mujeres y hacemos un trabajo que no es plenamente reconocido y es evidente que es un ámbito feminizado. Por lo tanto, se debe revisar la distribución de los puestos directivos, si se pierden derechos laborales y es fundamental trabajar el tema del acoso sexual y laboral. En este sentido, hemos hecho difusión del póster "Relaciones laborales con Equidad de Género en las Instituciones de Salud" y del documento "Información importante del hostigamiento y acoso sexual en tu lugar de trabajo".

De ahora en adelante nos debemos concentrar en consolidar esta labor, pues existe colaboración

del área Jurídica y con su apoyo en las jurisdicciones se ha difundido la importancia del seguimiento de la normatividad, las obligaciones y los derechos, así como lo que se debe hacer si estos no se cumplen.

Asimismo, hay un avance claro respecto a los presupuestos con perspectiva de género, pero falta trabajar la normatividad por todo el cambio que implica. Por ejemplo, en las áreas jurídicas la mayoría de quienes toman decisiones son hombres, por lo que es indispensable capacitarlos para que comprendan la importancia de incorporar esta perspectiva en su trabajo cotidiano y así diseñar e implementar una estrategia.

¿Cómo te apoya la revista Género y salud en cifras en las acciones que realizas para incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud?

Es muy importante, pues al distribuirla al personal directivo o al área de Enseñanza pueden conocer que en otras entidades se están realizando análisis que permiten incorporar la perspectiva de género en programas y estrategias. A mí me interesaría que se difundiera y se distribuyera en los hospitales, pues hay áreas específicas de enseñanza y se podría gestionar



Yessica Sánchez Rangel

que publiquen algunos artículos. Lo ideal es que cada mes un hospital nos pudiera apoyar con una colaboración para la revista.

Sin embargo, reconozco que las y los responsables de los programas de Violencia y de Género debemos aplicarnos para publicar, pues eso ayudaría a enfocar la atención en nuestros avances. Eso implica que perdamos el miedo a escribir, que la mayoría lo tenemos.

Considerando las actividades que realizas, ¿cuál es el mejor formato de la revista: impreso o electrónico?

Sería ideal tenerlas en el portal de la Secretaría de Salud estatal y también en el portal del área de Enseñanza. Por supuesto que es importante tenerlas impresas, pero hoy en día la mayoría de las personas tiene celular, laptop o “tableta” y existen diversas aplicaciones que permiten leer la revista en cualquiera de estos dispositivos.

Me parece que esa parte de la lectura se ha modificado, la tecnología ha cambiado las cosas y difícilmente hacemos consultas en las bibliotecas, ya todo es digital.

Respecto a la dificultad de sistematizar tus experiencias de trabajo y escribir un artículo, ¿qué herramientas podrían ayudarte para enfrentar este reto?

Sería importante que nos impartieran un taller en el que empecemos desde lo básico: cómo se hace una ficha bibliográfica, cómo buscar información y que tuviéramos apoyos para la redacción y consejos para estructurar un escrito. En la medida que tengamos esos elementos perderemos el miedo a escribir y publicar, porque a veces queremos hacer el artículo como personas expertas, con análisis estadísticos o cualitativos profundos y creo que con el apoyo necesario sí lo podemos lograr.

¿Qué otras necesidades identificas para lograr tus objetivos en el fortalecimiento y la continuidad de tu trabajo?

Lo ideal es contar con acompañamiento para cultura institucional, pues el hecho de que alguien de nivel federal venga, respalda las formas en que se va a trabajar, desde la revisión normativa estructurando una carta programática y con una reunión de trabajo. Así quedaría claro que es una línea nacional y no sólo que la responsable estatal quiera modificar algunos procesos.

También sería útil que existiera material específico de promoción de la salud para el personal médico, pues la mayoría está dirigido a la población usuaria, pero dejando fuera a quienes trabajamos en este ámbito y es fundamental que visibilicemos nuestra salud para crecer laboralmente.

En resumen, tres actividades que posicionarían mejor al programa: el taller de redacción para publicar un artículo en la revista **Género y salud en cifras**, el acompañamiento para hacer actividades relacionadas con cultura institucional y también para hacer el presupuesto con perspectiva de género.

Ser mujer y hablar de género y salud

Como has comentado, la tarea de incorporar la perspectiva de género es compleja, como mujer, ¿qué tan difícil ha sido para ti esta situación?

Sí es un reto porque hay estereotipos en torno a quienes trabajamos con este tema y que tienen sus bases en los estereotipos de género. Por ejemplo, muchas personas piensan que por ser mujer y dar continuidad al rol de cuidadora, por eso nos interesa el programa de género. En la misma línea, piensan que a lo mejor esa mujer vivió violencia y por eso habla del tema, porque está reflejando su historia de vida. Por eso se sigue considerando que una mujer debe ser quien trabaje esta temática, por lo que es posible observar que es un área de política pública que está feminizada.

Además, cuando se habla de presupuesto con perspectiva de género, de inmediato buscan a la responsable estatal del programa, pues aún no identifican que todos los programas deben trabajar en esa línea. Cuando eso sucede, les digo que puedo capacitarles, pero cada quien conoce sus estrategias y cómo direccionarlas.

Posicionarse como estratega

¿Cuáles han sido tus estrategias y herramientas para posicionarte ante este panorama?

Ha sido complicado y definitivamente no es fácil. Sin embargo sí se puede avanzar, sobre todo porque los programas de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género y de Igualdad de Género en Salud son nacionales y si te apegas a los objetivos propuestos y elaboras estrategias puedes mantener su continuidad para dar resultados. Por ejemplo, tengo buena relación con quienes colaboran en Cáncer Cérvico Uterino y me permiten hablar de género en algunas de sus

capacitaciones: esa es una forma de permear en otros programas. Lo mismo sucede con Salud Materna y Perinatal, donde intervengo con el tema de violencia obstétrica.

Además, es necesario visibilizar todo lo que se hace, por ello es fundamental hacer tarjetas informativas, en las que pones el cuadernillo con las actividades realizadas. Así como otros programas entregan sus avances de indicadores, hacemos lo mismo, no importa que no nos lo soliciten, de todas formas lo entregamos y sabemos que será leído. Cuando hay reuniones y van a hablar de indicadores de todos los programas, nosotras hablamos de capacitación en género y de todo lo que llevamos a cabo.

Otra estrategia es el reconocimiento a las autoridades, si una directora o un director me permite entrar en su unidad y realizar una capacitación o taller, después de elaborar la tarjeta informativa, le envío un oficio de agradecimiento y le invito a seguir participando en nuestras actividades.

No hay que sufrir tanto porque hay un programa nacional, el cual debes aterrizar en tiempo, lugar y persona. Así, en Veracruz tengo que capacitar en todas las jurisdicciones sanitarias, lo que implica revisar los presupuestos, los contenidos de promoción de la salud y buscar personas aliadas estratégicas. Siguiendo esta lógica he gestionado la ayuda del jefe de Medicina Tradicional, quien tiene amplios conocimientos en interculturalidad y me apoya en diferentes talleres que imparto.

Con este tipo de estrategias te empiezan a identificar y por eso son importantes los materiales de promoción, como las memorias USB, pues las entregamos como agradecimiento por acudir a las capacitaciones. La memoria tiene impreso el nombre del programa, sabemos que la van a utilizar y al verla recordarán el taller de género e interculturalidad al que acudieron en Xalapa.

También hemos impartido talleres a personas que colaboran en municipios de bajo índice de desarrollo y con lengua indígena náhuatl de la Huasteca, totonaca de la Sierra, totonaca de la Huasteca, náhuatl de la Sierra Zongolica y Popoluca. Son promotoras y promotores de salud que se sumaron en el año 2014 y que no habían asistido a ningún taller, entonces vinieron con el pasaje, el hospedaje y la alimentación, lo que permitió que se sintieran como parte del sistema de salud. Además, son actores estratégicos que debemos posicionar y quienes deberían estar en

todos los procesos de capacitación de salud, al margen del tema que sea.

¿Qué aportaciones identificas al trabajar con el binomio género e interculturalidad?

Los problemas de salud deben atenderse desde el marco de los Derechos Humanos, pero también es necesario comprender que cada comunidad y cada población tienen sus tradiciones, por eso es un error señalar que no tienen cultura o que no cuidan de forma adecuada su salud. Esto lo escuchas en el personal médico y piensan que hay que enseñarles a lavarse las manos, pero no es así. La interculturalidad se suma a tus conocimientos y te da una visión más amplia, pero también debes aplicarlo en acciones concretas, por lo que es fundamental detenerse, ver cuánto has avanzado y a ello agregar este tema. Es picar piedra nuevamente.

Tienes otros elementos para trabajar y te das cuenta que el camino todavía es largo, pero hay que avanzar y sumar para que el personal directivo identifique la problemática. Lo anterior implica la revisión de los programas operativos para definir si están incluyendo el género, los Derechos Humanos y el enfoque de interculturalidad. La tarea es complicada, pero debe hacerse y sin dejar de lado todas las estrategias que ya se están realizando. De lo contrario, si sólo me quedo en el entendido de que el personal tomó el taller y ya supieron de la existencia de estos temas, me estoy quedando corta porque hay que generar acciones.

Por lo tanto, llega un momento en que te estresas, porque piensas, ¿cómo le entro a esto? Te das cuenta que tienes que invertir más tiempo laboral y tal vez supervisar más, moverte para capacitar y hacer todo esto se debe hacer con poco personal. Y es más estresante porque tienes una vida familiar.

Conciliación de la vida laboral y la familiar

¿Cómo ha cambiado tu vida personal a partir de que asumiste el compromiso de trabajar el tema de género en salud?

Trato de mantener cierto orden y me apoyo en mis compañeras, quienes actualizan mi agenda de forma cotidiana porque quiero darme tiempo para mí y para mi familia, sería incongruente no hacerlo.

En mi historia viví un acontecimiento relacionado con mi salud que me marcó, por lo que creo

que los conocimientos que he adquirido en el programa me permiten ver mi vida diferente, así como entender y romper lo que fue un ciclo de violencia. Saber sobre género me permitió comprender que hay mucho trabajo que hacer por todas las mujeres, pues se requiere mejorar la calidad en la atención y reconocer que existen acciones que deben llevarse a cabo por la salud de los hombres.

Lo anterior implica conciliar el ámbito laboral con el familiar, por eso es importante tener una agenda de trabajo programada, de no hacerlo pierdes tiempo que podrías utilizar en tu vida personal y el cuidado de tu salud. Además, es una realidad que aún con una especialidad, una maestría o un doctorado, el sistema no ha cambiado y las mujeres seguimos realizando la doble jornada laboral, por eso debes ser lo suficientemente inteligente y ordenada para equilibrar todo.

Esto me permite reconocer que debido a la doble jornada laboral tengo muchas actividades, pero soy Alicia Hernández Utrera, vivo, respiro, duermo, descanso, me procuro diversión y esparcimiento para disfrutar la vida. El reto es no olvidar que soy una mujer que tiene necesidades y que no puedo dejar de lado esto por focalizarme en un programa o por ser mamá de manera exclusiva. Sé que es un reto bastante complicado.

¿Cuáles son tus estrategias para encontrar el equilibrio del que hablas?

De hecho, mi vida es muy sana, siempre hago deporte y practico ballet. Para hacerlo todo tengo el apoyo de mis compañeras y compañeros, e influye que tenemos un ambiente laboral tranquilo y relajado, pues con el paso de los años han aprendido a entenderme cuando ando acelerada.

Por lo general, mi jornada laboral termina a las tres y media de la tarde, aunque si la carga de trabajo lo amerita, salgo a las cinco y es una ventaja que Xalapa es una ciudad pequeña, por lo que trabajo a diez minutos de mi casa.

Al llegar a mi hogar dejo todo lo laboral afuera y me dispongo a disfrutar de mi familia, platicar con mi mamá y apoyar a mi hijo con sus tareas escolares para después salir a caminar con él o ver televisión en su compañía. A partir de las ocho, que ya les di de cenar, soy Alicia: ya cumplí y reservo mi espacio en el que me desmaquillo mientras escucho música y pongo velas aromáticas.

¿Consideras que tu trabajo con la temática de género en salud ha permeado en la forma en que tu hijo ve el mundo y actúa en él?

Me parece que sí, te comento que le gusta leer sobre la temática y de forma cotidiana utiliza lenguaje incluyente, por ejemplo dice “mis compañeras y mis compañeros”. A pesar de que su profesora le señala que es incorrecto, él considera que si no menciona a sus compañeras es “como si no contarán”.

En su escuela se ha posicionado porque participó en un concurso para hacer una página de Internet y la hizo sobre violencia contra las mujeres, eso hizo que llamara la atención de las y los maestros porque señaló que el bullying se da porque existe violencia en el ámbito familiar.

¿Cómo ves la vida de Alicia en cinco años?

En ese momento tendré 47 años y quiero seguir teniendo la misma calidad de vida. Me gustaría continuar en esta línea de trabajo porque me agradan los temas de violencia y género, pues son los que me han permitido crecer profesionalmente. También considero que es un reto continuar en el Programa de Igualdad de Género y generar nuevas estrategias, por lo que espero que en cinco años las personas tomadoras de decisiones y quienes coordinan programas realicen presupuestos con perspectiva de género, compartan o publiquen sus análisis y tengan un plan de trabajo integral en salud reproductiva en el que incluyan el tema del género.

Otro pendiente para un futuro cercano es estudiar un doctorado, pero como sé que debo invertir mucho tiempo, sólo lo dejo como una posibilidad. También me visualizo con la regularización de mi código laboral, porque mi base fue como auxiliar administrativo y no he podido modificar eso, por ello me gustaría hacer las gestiones y estar con un código mínimo de cirujana dentista.

Asimismo quisiera que tuviéramos una oficina real, no porque demeritemos este espacio, pero no son las condiciones ideales de trabajo. Entiendo que la estructura en salud está obsoleta, somos demasiado personal, pero también es parte de visibilizar las necesidades de las y los trabajadores. Asimismo, me encantaría optimizar la conciliación laboral y familiar.

¿Algún tema con el que quieras cerrar?

Me gustaría concluir señalando que mi vida se ha modificado de forma positiva a partir de

todo lo que he aprendido en el Programa de Igualdad de Género en Salud, el cual tiene una buena estructura, con líneas estratégicas pertinentes y adecuadas, lo que nos permite tener una visión diferente para cada entidad federativa y por ello he podido posicionar las cuestiones de género y avanzar de forma sustancial.

Quiero subrayar que trabajar la temática de género me ha fortalecido como mujer y trabajadora al identificar lo que aún falta por hacer. Me siento satisfecha con lo que estoy realizando y sé que voy creciendo y que hay cambios en mi entorno social, familiar y laboral.



Yessica Sánchez Rangel

10 porqués para una salud y una seguridad laboral con perspectiva de género

Mtra. Regina Nava – Böhnelⁱ.

Doctoranda en Sociología

XQ

10 porqués PARA UNA SALUD Y UNA SEGURIDAD LABORAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



ⁱ Socióloga egresada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Participante independiente en eventos académicos y asesorías a organizaciones no gubernamentales sobre género, masculinidad y trabajo.

Correo electrónico: reginava7@gmail.com

A cinco años de publicarse, este material es actual y vigente, pues es una herramienta útil que puede adaptar sus recomendaciones al contexto de nuestro país. La edición de es presentada por el Departamento de Trabajo de la Generalitat de Catalunya y es el tercero de una colección cuyo objetivo es promover la igualdad de oportunidades desde el enfoque de género.¹

El libro centra la atención en la incorporación de medidas preventivas para proteger y garantizar la salud de las y los trabajadores, por lo que las organizaciones sindicales, el personal médico, el sector empresarial y el público interesado encontrarán información básica y de calidad que puede adaptarse a condiciones particulares.

El texto se organiza en diez capítulos acordes con el título de la obra y se realiza la revisión de las normatividades locales y de la Unión Europea, los temas incluidos cubren aspectos como el reconocimiento de los factores de riesgo y la propuesta de un decálogo para instrumentar medidas de protección de la salud y seguridad laborales.

Sobre el contexto

El punto de partida es reconocer que vivimos en sociedades estructuradas con una jerarquía piramidal, en la que de manera histórica han prevalecido condiciones de desigualdad y discriminación que se vinculan con los marcadores basados en características corporales, como el género, la raza-etnia, la edad, la clase social, entre otros. Los principios democráticos son los únicos que permiten modificar y garantizar un régimen legal en el que prevalezca la igualdad de oportunidades y se desmantelen discriminaciones injustas.

De acuerdo con Alda Facio, el término de igualdad debe entenderse como un Derecho Humano que tiene tres importantes implicaciones: el derecho a la no discriminación, la obligatoriedad legal para los Estados nacionales y el reconocimiento de los privilegios que ejercen ciertos grupos respecto a la gran mayoría de la población, que se encuentra en condiciones de exclusión y/o explotación por parte de los primeros.² En este sentido, el derecho a la igualdad sostiene la distinción y reconoce que cada persona es diferente.

Actualmente, en España y en otros países que aspiran a ser regidos bajo el sistema democrático, como México, es indispensable retomar la defensa de estos principios y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pues son los ejes normativos de nuestras prácticas cotidianas. Estos principios

son los únicos que pueden garantizar la inclusión e impedir las discriminaciones injustas, que pueden iniciar con sutiles expresiones verbales y escalar hacia el acoso o prácticas violentas.

Es indudable que hemos interiorizado muchas de estas costumbres, que son avaladas por mecanismos sociales y mediáticos, pero que a través de la reflexión y constantes cuestionamientos se pueden reconocer, y así proponer cambios.

Asimismo, se analizan y evalúan las consecuencias de las profundas transformaciones que en los últimos veinte años ha tenido la organización del trabajo a nivel mundial, entre las cuales se mencionan tres:

1. La modernización de los procesos productivos a través de la digitalización y/o robotización, lo que sucede en todos los sectores económicos. Esto ocurre en la producción agropecuaria con la extensión de monocultivos y la introducción de tecnología genética que se complementa con el abuso de fertilizantes y pesticidas, lo que asegura un incremento de la productividad alimentaria, pero con graves problemas de distribución y deterioro de los ambientes ecológicos. También se observa en las instalaciones industriales con la modificación de la cadena de montaje al incorporar técnicas de flexibilización y a partir de la implementación de mecanismos robotizados que imponen ritmos propios, sustituyen una gran cantidad de personal y asumen tareas altamente perjudiciales para la salud humana. Asimismo, afecta el intenso crecimiento del sector terciario y su movilidad dinámica en los puestos laborales y en los espacios geográficos.
2. Debido a factores como los cambios en los procesos productivos, las crisis económicas son más frecuentes y se observa la redistribución del mercado laboral a nivel mundial, por lo que es común la formación de nuevos empleos y hay competitividad entre los países, la cual se deriva de los bajos salarios. Lo anterior, aunado al desgaste de las organizaciones sindicales, ha generado el desmantelamiento y deterioro de las condiciones de trabajo, lo que se conoce como precarización o desregulación del mercado laboral. Este proceso se caracteriza por contratos de corta duración que en cualquier momento pueden ser revocados por quien emplea y la

cancelación de casi todas las prestaciones sociales, como la atención médica, las vacaciones y las indemnizaciones, también se extiende la jornada laboral y hay control salarial.

3. El acelerado desarrollo del conocimiento científico y tecnológico también afecta la organización laboral creando una enorme especialidad ocupacional con miles de opciones educativas y de capacitación. Debido a que prevalecen los estereotipos de género, los trabajos más pesados, rudos y con riesgos aún son asignados a los hombres. En contraparte, las tareas rutinarias, con mayor dedicación y precisión todavía son desempeñadas por las mujeres.

Aun cuando en Europa existen sanciones estrictas para el trabajo informal o “negro”, como se le conoce popularmente en España, se sabe que es frecuente que las personas inmigrantes ilegales lo realicen sin ninguna protección.

En este sentido, la propuesta de atención a la salud para todas y todos los trabajadores reconocidos se dirige a su protección a través de medidas preventivas y no sólo debido a la ocurrencia de accidentes o a las consecuencias derivadas de las exposiciones prolongadas a diversos tipos de agentes dañinos. En cuanto a la diferencia entre sexos, la atención se centra en la vulnerabilidad de la salud reproductiva de las mujeres que se encuentran laborando de forma activa y que transitan por las etapas del embarazo y la lactancia.

En el primer capítulo, “Porque así lo establecen la legislación y las políticas públicas”, se seleccionaron los lineamientos normativos de la Organización Internacional del Trabajo y algunos programas que rigen a los países integrantes de la Comunidad Europea, los cuales proponen la inclusión de la perspectiva de género, la protección respecto a las actividades peligrosas, penosas o insalubres y la protección de las trabajadoras embarazadas y lactantes.

Los lineamientos se han concretado con enunciados legales que tienen carácter obligatorio y que sancionan su incumplimiento: desde la Constitución Española hasta las leyes nacionales y particulares de la Generalitat de Catalunya y que destacan los principios de defensa a la igualdad, el rechazo a la discriminación, las propuestas para eliminar el acoso y el hostigamiento sexuales y la violencia de género.

Asimismo, se reconoce que nuestras sociedades se encuentran organizadas por la división sexual del trabajo genérico, lo que implica una serie de asimetrías, desigualdades y discriminaciones. Esta situación atraviesa todos los ámbitos, por lo que se realiza el análisis desde la transversalización, es decir, considerando que atraviesa los diferentes niveles de clasificación jerárquica. En el caso de las desigualdades en el mercado de trabajo, tema del segundo capítulo, se distingue la asociación de las características consideradas apropiadas para cada puesto y ocupación.

Debido al predominio y a los privilegios que socialmente se establecen al género masculino y la asignación del trabajo doméstico y familiar para el femenino, son evidentes las dificultades que viven las mujeres para incorporarse a la actividad laboral y además asumir la doble



El contenido

Las y los autores centran el ámbito laboral en las relaciones contractuales, excluyendo a las prácticas de trabajo doméstico, el voluntariado o el comunitario y en una zona intermedia colocan a quien trabaja por cuenta propia, así como a las y los microempresarios. Tampoco se toman en cuenta a quienes se encuentran en situación de desempleo, es probable que esto haya sucedido debido a las limitaciones institucionales para resolver las dificultades prácticas para contactar y cuidar a este amplio sector de población.

jornada. De esta forma, se seleccionaron cinco indicadores que demuestran esta situación de desventaja:

1. Dificultad para obtener empleos y permanecer en ellos, lo que tiene como consecuencia un mayor desempleo. Se han realizado estudios sobre los impactos en la salud mental y emocional ocasionados por la falta de empleo, además del empobrecimiento por la carencia de ingresos monetarios, el cambio en la posición social y la modificación de las relaciones.
2. Con mayor frecuencia las mujeres son contratadas en puestos temporales, por periodos cortos, para el desempeño de proyectos específicos o por jornadas de medio tiempo. Esto implica salarios menores y la eliminación de opciones para obtener mejoras, ascensos o promociones.
3. La inestabilidad laboral se vincula con la ocurrencia de accidentes o el padecimiento de enfermedades laborales, en particular las psicológicas, como la depresión, la baja autoestima y la ansiedad.
4. La segregación horizontal reproduce la identificación del uso de la fuerza física masculina y aun cuando se observa una mayor deserción escolar de los hombres durante la adolescencia, ellos logran mayores grados de capacitación en los puestos de operadores y obreros calificados. Por otro lado, en las ocupaciones administrativas y comerciales las mujeres obtienen puestos de decisión intermedia.
5. La mayor dificultad vinculada con la segregación vertical se refiere a la conciliación de la vida laboral con la responsabilidad del trabajo doméstico y familiar, asignado socialmente a las mujeres. En este sentido, las jóvenes que posponen la unión en pareja y el primer embarazo logran obtener una educación superior; sin embargo, pocas acceden a los puestos de jefatura y dirección.

Por otra parte, entre los riesgos laborales diferenciados se encuentra la remuneración menor para las mujeres (por la vigencia del antiguo principio del “salario familiar para el varón proveedor”), la discriminación, el diseño ergonómico de herramientas y equipos que se basa en el promedio de talla corporal de los hombres, la exposición a agentes físicos,



químicos, biológicos, así como la aplicación del esfuerzo físico, la repetición monótona de tareas y la duración o turnos de las jornadas laborales.

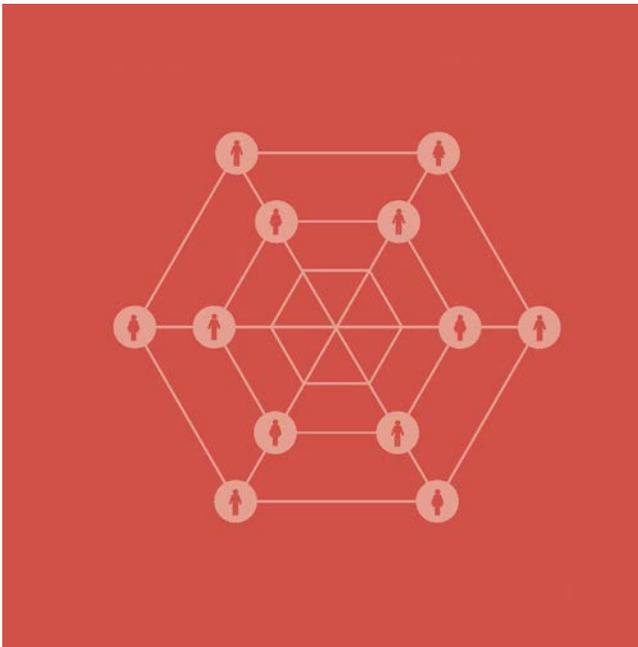
En el tercer capítulo se indican los principales efectos de la desigualdad de género que afectan de forma directa a la salud. Si bien es relativamente sencillo demostrar la causalidad en los accidentes laborales o las enfermedades por la exposición a agentes y sustancias tóxicas y nocivas, existen otras áreas en las que la evidencia no es tan directa. Esa es la importancia de los estudios para detectar condiciones específicas de acuerdo con la organización laboral para cada sexo.

Respecto a las notificaciones registradas en Catalunya en los años previos a este documento, y que coinciden con las mexicanas, los hombres tuvieron la mayor parte de los accidentes, mientras que las mujeres presentaron lesiones físicas (musculares y del esqueleto) debido a los desajustes en la ergonomía. Si se considera esta como la relación de las características antropométricas y las habilidades de la persona con el equipo (maquinaria, herramientas, vehículos, etcétera), el problema fundamental reside en que las dimensiones de referencia aplicadas corresponden a los promedios de las tallas de los cuerpos masculinos lo que implica un sobreesfuerzo para las mujeres.

En segundo lugar de frecuencia las mujeres sufren de afecciones mentales y de comportamiento, como depresión, ansiedad o irritabilidad. Este diagnóstico refleja las presiones que sostienen al enfrentar la doble jornada y las condiciones de precariedad antes señaladas, además de una larga herencia vinculada a los estereotipos

y los prejuicios todavía vigentes. Sin embargo, el personal médico continúa prescribiendo antidepresivos y ansiolíticos, ante la imposibilidad de modificar las condiciones de vida de las trabajadoras.

El cuarto capítulo se enfoca en cinco tipos de riesgo psicosocial para las mujeres y se proponen medidas preventivas. El primer riesgo se relaciona con las exigencias emocionales e intelectuales del puesto laboral, como lo describe Arlie Hochschild³ a través del currículo oculto en los perfiles laborales, en los que se exige el control emocional y la demostración de expresiones afectivas. Este es el caso de la demanda permanente en los empleos “típicamente femeninos”: maestra, enfermera o azafata. A estos requerimientos se agrega el incremento de la productividad.



El segundo riesgo psicosocial para las mujeres es la falta de autonomía y control de la ejecución de las tareas y actividades, es decir, el sometimiento al ritmo y demandas del proceso productivo. El tercer riesgo es el ambiente emocional en el entorno laboral, sea amigable o no y que incluye el trato digno y respetuoso en las relaciones sociales en los tres niveles jerárquicos (con personas superiores, colegas y subordinadas), lo que permitiría conformar equipos que desempeñen las labores asignadas de manera efectiva.

El reconocimiento emocional y material del desempeño laboral o su ausencia constituye el cuarto riesgo psicosocial para las mujeres; mientras que el último es la doble presencia

o jornada, pues se les continúan asignando las responsabilidades del trabajo doméstico y familiar, situación que se ha documentado de forma amplia.

En su conjunto, estos riesgos son factores que afectan la salud de las mujeres, con variaciones que dependen por una parte de los grados y tiempos de exposición y por otro lado de las características y prácticas individuales: desde la presencia de trastornos hasta el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, aunque se asocie la causa con el padecimiento es difícil demostrar y clasificar esos malestares con enfermedades profesionales específicas. Por ejemplo, los hábitos alimenticios o el ejercicio físico pueden contrarrestar o incrementar la incidencia de este grupo de enfermedades, pero es pertinente cuestionar si las mujeres tienen tiempo para cuidar ambos aspectos o si cuentan con la energía suficiente para el deporte cuando realizan una doble jornada de trabajo.

En España se encuentra vigente la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención, los que deben ser conocidos por las y los trabajadores, las representaciones sindicales y el sector patronal, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo a partir del diagnóstico, la evaluación y la implementación de medidas concretas. En el contexto mexicano es necesario revisar las recientes reformas a Ley Federal del Trabajo y las normatividades que de ella se derivan.

Por otra parte, en el capítulo quinto se concentra la atención en las prácticas de violencia hacia las mujeres como consecuencia del predominio de lo masculino, pues constituyen casi la totalidad de los casos, aun cuando también se registran incidencias de violencia, así como de hostigamiento sexual hacia jóvenes y grupos minoritarios por parte de otros hombres.

La ocurrencia de las agresiones hacia las mujeres dentro del ámbito ocupacional califica si sucede al interior o alrededor del centro laboral y en el tiempo que se considera como la jornada de trabajo; por ejemplo, en el transporte para llegar al lugar donde se labora o de regreso al domicilio particular. Quienes agreden pueden ser colegas, personas jerárquicamente superiores o inferiores, la clientela, las y los proveedores, personal becario o cualquiera que se vincule con el proceso productivo.

La difusión del contenido de los protocolos, programas, reglamentos y legislaciones se propone como la primera herramienta para la prevención de la violencia, de manera que se

inicie el proceso de sensibilización respecto a las formas de comportamientos ofensivos. En especial, cuando muchos de estos integran los usos y costumbres sociales que han dejado de ser aceptables en el contexto democrático. Este proceso implica la responsabilidad de las autoridades dentro de la empresa para rechazar estas conductas, lo que evita la complicidad y promueve los canales de comunicación institucionalizados para implementar mejoras; medidas que alentarán la formulación de quejas y denuncias, pues se garantizará su amable y justa atención.

El sexto capítulo propone disposiciones para reducir los riesgos ergonómicos con base en el principio de que el trabajo y la salud son Derechos Humanos. En este sentido, el diseño industrial del equipamiento, maquinaria, vehículos y demás mobiliario de los procesos productivos ha sido diseñado e implementado a partir de los promedios de tallas masculinas. Cuando los módulos se han diseñado en países con pobladores de mayores tamaños, el problema es más grave, pues resulta indispensable que se realicen las adaptaciones necesarias para que las trabajadoras lleven a cabo las tareas que se les asignan de manera efectiva y con los menores daños a su salud, en general afectaciones a los sistemas musculó-

esqueléticos debido a posturas forzadas, desgaste innecesario de energía, repetición de acciones, etcétera.

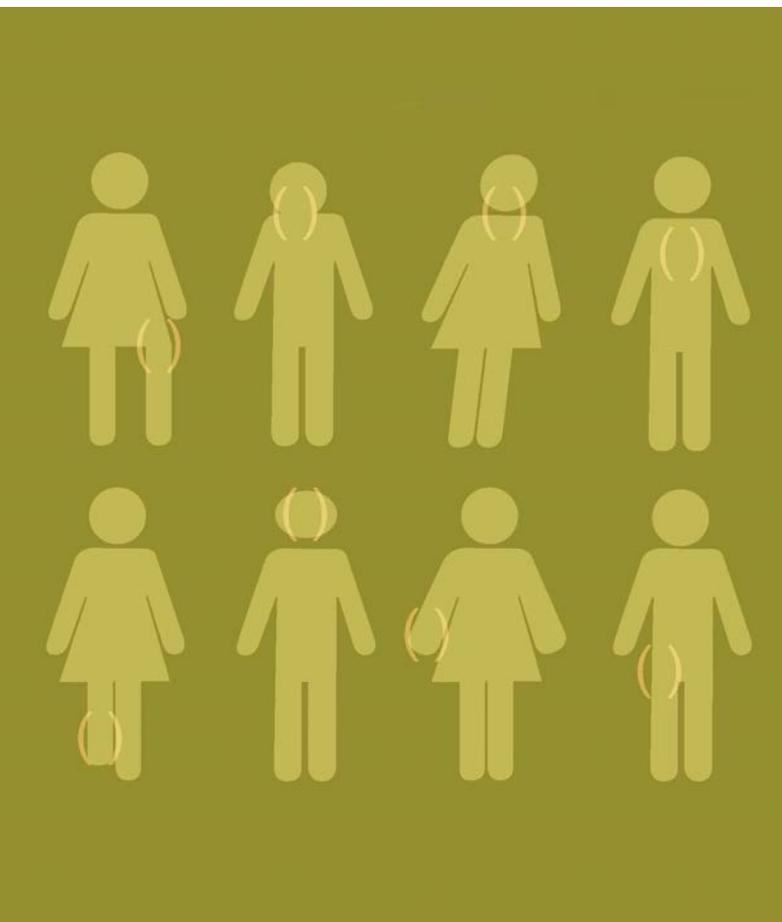
Otras medidas preventivas son válidas para todas y todos los trabajadores, como el uso de equipo de protección, el control de riesgos ambientales y la consideración de las variables corporales de cada persona: edad, tamaño, fuerza, estado de salud, entre otras.

El tema del séptimo capítulo es la iniciativa para reducir la exposición a los agentes de riesgo ambiental, los cuales se agrupan en: químicos, físicos y biológicos. Si bien se ha logrado identificar un gran número de estos y se han cuantificado los límites aceptables de exposición, se requiere ampliar y profundizar las investigaciones sobre los nuevos agentes, en su mayoría derivados y sintetizados del petróleo, que se han incorporado al proceso productivo o que son consecuencias indeseadas y no planeadas, como la aparición de virus de alto y veloz contagio.

Además, es relevante la protección específica para las mujeres trabajadoras en edad reproductiva y de aquellas que se encuentran embarazadas o atendiendo a sus bebés, tema en el que se enfoca el octavo capítulo. Aquí se retoman las definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud sobre la salud y el derecho de elegir libremente para procrear hijas e hijos, a quienes se les debe garantizar su bienestar. Asimismo, las leyes españolas proponen esta protección con medidas concretas, por lo que se recomienda consultar en el libro la tabla anexa que enlista los principales riesgos ya comprobados y que deben ser evitados durante estas etapas reproductivas. También se indican los procedimientos que deben cumplir las empresas y las protecciones que aseguran las prestaciones a las trabajadoras.

La incorporación de los cuestionamientos alrededor del género es el tema del noveno capítulo y para comenzar con la reflexión de la vida cotidiana y profundizar sobre las relaciones laborales, la propuesta parte de las acciones que podemos realizar de forma concreta y práctica. Por ejemplo, se sugiere determinar si para asegurar la salud y prevenir los riesgos la empresa ha incluido el enfoque de género en la organización productiva y si ha sido de acuerdo con las políticas y normatividades.

La prioridad reside en la prevención de accidentes, de contraer enfermedades profesionales y otros padecimientos relacionados con el empleo, para lo cual es importante promover la participación de



toda la planta laboral con iniciativas individuales y grupales, así como contar con el apoyo de las organizaciones sindicales. Este proceso consta de varias fases: desde la elaboración del diagnóstico, el diseño de un plan, su ejecución y la constante evaluación. Los posibles beneficios de esta intervención incluyen la protección de la vida humana, la reducción de accidentes y la garantía de eficacia, lo cual resulta de provecho para la parte empresarial, las y los trabajadores y para la sociedad.

El último capítulo resume la información en diez propuestas que se sintetizan a continuación:

1. Incorporar la perspectiva de género, pues la exposición a los riesgos que amenazan la salud laboral es diferente para mujeres y hombres.
2. En general, las mujeres ocupadas presentan mejores indicadores en su salud, aunque los datos revelan desventajas en relación con los hombres trabajadores.
3. Quienes sufren más accidentes de trabajo y se lesionan con mayor frecuencia son los trabajadores; es posible que esto ocurra por la extensión de las jornadas laborales.
4. Desde el enfoque de género es pertinente investigar de manera transversal la detección e identificación de enfermedades laborales.
5. Es necesario considerar los riesgos ergonómicos en la organización productiva para cada trabajadora y trabajador.
6. Facilitar los ritmos laborales con las actividades personales permite asegurar la motivación y limitar las presiones emocionales y psicosociales.
7. La prevención incluye la reducción de todos los tipos de riesgo, además de los accidentes.
8. El Plan de Prevención de Riesgos Laborales y el Plan de Igualdad de España se complementan para garantizar la seguridad y salud laborales.
9. El derecho a la salud se garantiza con el compromiso de la igualdad de oportunidades
10. El objetivo de asegurar condiciones saludables en el empleo es mejorar la situación general del país.

Comentarios y sugerencias

La lectura de este documento suscita una serie de reflexiones y cuestionamientos que enriquecerán el debate y la posible adaptación de las propuestas al contexto mexicano. La primera consideración pertinente consiste en los factores que obstaculizan la protección laboral y la integridad de las y los trabajadores. Por una parte, de acuerdo con los datos publicados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México, la distribución de la población ocupada en el último cuatrimestre de 2014 tuvo los siguientes porcentajes para todo el país: 5.5% no recibió pago, 4% se asumió como del sector patronal o quienes emplean, 22% trabajó por su cuenta y 68% manifestó tener un salario, aunque no se desglosa cuántas personas se beneficiaron de contratos con todas las prestaciones, pues en la práctica la tendencia creciente de contratación es únicamente por salario. Además, se reportó que las mujeres ocupadas alcanzaron 37.7% y los hombres totalizaron 62.3%.⁴

En la distribución regional se presentan serias disparidades para que en México la población pueda ejercer su derecho a un trabajo digno, con remuneración suficiente y en condiciones de seguridad y salud. En las entidades situadas en la costa del Pacífico Sur es muy alta la proporción de trabajadoras y trabajadores por cuenta propia o en la economía informal, lo que implica mayor vulnerabilidad.

En otros casos, las prácticas corruptas de las organizaciones sindicales obstaculizan la protección de la población trabajadora y también se han incrementado los costos y procedimientos para abrir fuentes de empleo, debido a las regulaciones hacendarias o por otros trámites burocráticos. Por lo anterior, la tendencia empresarial para la contratación es bajo los términos definidos como precarios, que afectan de manera diferencial de acuerdo con el sexo y el puesto de trabajo.

El Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia presentó los resultados sobre el Índice de Impunidad Global, que sitúa a México entre los cinco países con los índices más altos de impunidad, entendido como la:

Inexistencia de hecho o de derecho, de responsabilidad penal por parte de los autores de violaciones, así como de responsabilidad civil, administrativa o disciplinaria, porque escapan a toda investigación con miras a su inculpación, detención, procesamiento y, en caso de ser reconocidos culpables, condena a penas apropiadas, incluso a la indemnización del daño causado a sus víctimas.⁵

Una segunda serie de consideraciones se refiere al perfil epidemiológico, pues se adolece de un sub-registro o notificación a las instancias médicas, laborales y estadísticas, por lo que es difícil de cuantificar. Sin embargo, de acuerdo con las declaraciones del doctor Rodolfo Nava Hernández, coordinador de Salud en el Trabajo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México:

Según datos del IMSS en 2013 se reportaron en el país 415 660 accidentes y 6 364 enfermedades asociadas. [Entre la mayor frecuencia de padecimientos] el 42 por ciento de las enfermedades ocasionadas por el ambiente de trabajo son auditivas y respiratorias, generalmente derivadas de la exposición al ruido en las industrias siderúrgica, metal-mecánica y textil; y al polvo, gases y humos tóxicos en las industrias minera, cementera y de la construcción.⁶

La obesidad, el sobrepeso y sus consecuencias en la conformación de enfermedades como la diabetes y otras de índole gastrointestinal y cardiovascular no se generan directamente por la participación en el proceso productivo, pero es un factor que confluye con la falta de la prestación del servicio de comedor y la carencia de tiempos para la adecuada hidratación durante la jornada.

Por otra parte, las personas autoras de este documento omitieron incluir algunos factores que afectan la salud reproductiva de los varones, sobre todo en términos de infertilidad, como la exposición a sustancias que actúan sobre los sistemas hormonales, con disfunción eréctil por el descenso de los niveles de testosterona o por la alteración de la espermatogénesis con disminución de la cuenta espermática o malformación. Por ejemplo los ftalatos (presentes en los plásticos en base a policloruro de vinilo), el bisfenol A (BPA), el plomo, los pesticidas a base de organo-fosfatos, las dioxinas y los retardantes de fuego o inhibidores de llama en base al grupo de bromados (BFR).

El mayor reto actual para la gran mayoría de las sociedades continúa siendo el trato respetuoso e igualitario hacia las mujeres, sean o no trabajadoras contractuales. Las crisis económicas y la disponibilidad de productos para el consumo contradicen el monto real de ingresos monetarios, causando frustración, malestar e incremento de violencia, en particular hacia las y los más vulnerables, tanto a nivel social como en las relaciones individuales.

Debido a las presiones económicas, a la insuficiencia de lo que se designaba como

“salario familiar”, que era obtenido por el hombre “padresposo” y jefe de familia, y al derecho de cada mujer, se ha incrementado la participación de ellas en las actividades laborales extradoméstico con el fin de obtener ingresos monetarios. A nivel legal y discursivo la retribución salarial debe otorgarse sin importar el sexo, la edad o cualquier otro criterio, pero en la práctica es frecuente que las mujeres reciban un salario menor por un trabajo igual al de los hombres.

En el imaginario social continúa vigente la asignación de la responsabilidad del trabajo doméstico y familiar para las mujeres, con dos grandes consecuencias: ellas cumplen con la doble jornada y aun cuando muchos de sus compañeros y esposos aumentan su participación, no comparten las cargas de manera equitativa. Por otra parte, la doble carga impone límites al desarrollo profesional y el avance en la carrera empresarial de las mujeres.

Los retos que enfrentamos nos ofrecen la oportunidad de asumir nuestra responsabilidad para defender los elementos que nos aseguren la mejor calidad de vida posible, la cual podamos compartir con nuestras y nuestros descendientes. Así, para el ámbito laboral resulta valiosa la lectura de este documento.

Referencias bibliográficas

1. Martínez L, Escapa Garrachón R. 10 porqués para una salud y seguridad laboral con perspectiva de género-Colección 10 XQ [libro electrónico], Barcelona: Departamento de Trabajo-Generalitat de Catalunya; 2010 [15 diciembre 2014]. Disponible en http://www.redunidadesdeigualdad.udl.cat/fileadmin/Recursos/PRL/10XQ_Genere_cast.pdf
2. Facio A. Nota para la igualdad ¿igualdad y/o Equidad? [Internet], México; 2011. [01 mayo 2015]. Disponible en: <http://laciudadde lasdiosas.blogspot.mx/2011/08/nota-para-la-igualdad-igualdad-yo.html>
3. Hochschild AR. Emotion Work, Feelings Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology* 1979 nov; 85(3): 551-575
4. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Empleo y Productividad Laboral. Informe Laboral. Septiembre, 2015 [Monografía en Internet], México; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 2015 [12

mayo 2015]. Disponible en http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/pdf/perfiles/perfil%20nacional.pdf

5. Universidad de las Américas Puebla. Resumen Ejecutivo, Puebla [Internet], Puebla; Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia-Universidad de las Américas Puebla; 2015 [11 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.udlap.mx/cesij/resumenejecutivo.aspx>
6. Universidad Nacional Autónoma de México. El 42 por ciento de las enfermedades de trabajo son auditivas y respiratorias. Boletín UNAM-DGCS-242 [Internet], México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015 [28 abril 2015]. Disponible en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_242.html





EL COLEGIO
DE MÉXICO

Maestría en Estudios de Género

7ª Promoción

Fecha límite para solicitud de admisión: 27 de noviembre de 2015

El Colegio de México, A.C.

Centro de Estudios Sociológicos

Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer

Coordinación de la Maestría en Estudios de Género

Camino al Ajusco núm. 20, Pedregal de Santa Teresa

México, D.F., C.P. 10740

Teléfono (52-55) 5449-3000, extensiones 2928 y 3239

El objetivo es ofrecer una formación académica de alta calidad a quienes deseen desempeñarse en la investigación y docencia en cuestiones de género en instituciones universitarias. Al egresar, el estudiantado está en condiciones de llevar a cabo investigaciones originales, debidamente fundamentadas y ubicadas en las discusiones de los distintos campos de la especialidad. Por lo tanto, se ofrece una amplia discusión sobre las teorías de género, desde diversas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades.

maestriapiem@colmex.mx

<http://piem.colmex.mx>



OMLEM

Diplomado virtual en Estudios de Masculinidades

Inicio: septiembre de 2015

Duración: 20 semanas

Carga horaria: 120 horas

Organización Multidisciplinaria Latinoamericana de Estudios de Masculinidades

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dirigido a personas de diferentes especialidades que desarrollen sus labores en áreas psico-socio-educativas, académicas, de investigación e intervención social y que requieran conocimientos y herramientas sobre los estudios de las masculinidades desde una perspectiva interdisciplinaria e integral de género. Entre los temas abordados se encuentran género, salud, sexualidad y masculinidad; políticas públicas desde una perspectiva de género; poder, masculinidad y conflictos armados, así como modelos de intervención.

informes@omlem.com.ar

www.omlem.com.ar

Facebook: OMLEM

Twitter: @OMLEMM

1er. Ciclo de conferencias “Elvia Carrillo Puerto”. Derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres
Cuarta Visitaduría General
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Subdirección General de Igualdad de Género
Suprema Corte de Justicia de la Nación

Programa Universitario de Estudios de Género
Universidad Nacional Autónoma de México

Conferencia “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres
con discapacidad”
24 de septiembre de 2015

Lic. Melba Adriana Olvera Rodríguez
Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de
Baja California

Dra. María del Pilar Cruz Pérez
Profesora-investigadora. Universidad Pedagógica Nacional

Informes:
Programa de Asuntos de la Mujer y de la Igualdad entre
Mujeres y Hombres
Teléfonos 5490-7400 y 5681-8125, extensiones 1032, 1096 y 1415

difusión.igualdad@cndh.org.mx

Seminario Permanente de Género y Salud Conferencia “Masculinidades, sexualidad y salud”

1° de septiembre de 2015
9:30 a 11:30 horas

Auditorio “Dr. Fernando Ocaranza”
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Salud Pública
Programa de Estudios de Género y Salud

luzmtetlaseminario@yahoo.com

Transmisión por Internet: www.facmed.unam.mx



FACULTAD DE MEDICINA



Con el fin de vincular la academia y a la investigación en materia de salud sexual y reproductiva on quienes trabajan de forma cotidiana con las mujeres y los hombres de nuestro país, el Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) organizó el Seminario “Modelo de atención del parto centrado en la mujer y sus bebés”, que se llevó a cabo el día 8 de mayo en el auditorio “Guillermo Soberón” de esa institución educativa.

En este marco, las doctoras Rosario Valdez Santiago y Luz Arenas Monreal presentaron la ponencia “Intervención para la promoción del buen trato en la atención obstétrica” y señalaron que de acuerdo con el estudio “El abuso hacia las mujeres en las salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema”, realizado en el año 2012 en hospitales morelenses, 50% de los nacimientos se resolvieron a través de cesárea, 29% de las mujeres consideraron que durante la atención obstétrica recibida vivieron algún tipo de abuso y 19% refirió que fue sujeta de comentarios humillantes alusivos a su vida erótica y sexual.

Esta investigación, llevada a cabo a solicitud expresa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, tuvo el objetivo de diseñar una intervención que identificara los factores y el contexto en que se da la violencia obstétrica, pues aun cuando existen diversos “estudios cualitativos que documentan que esta violación sistemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es una constante, (...) organizaciones de la sociedad civil pioneras en el tema han señalado que existe falta de comunicación e información entre el personal de salud y las mujeres y su familia, así como trato despersonalizado y situaciones de discriminación”, señaló la doctora Valdez Santiago.

Por lo anterior, y con base en la “Estrategia Nacional para la Promoción del buen trato en la atención obstétrica en los servicios de salud”, se impartieron talleres de capacitación en 23 entidades federativas para formar 120 facilitadores y facilitadoras que coadyuvan en la sensibilización del personal de salud en el tema de violencia obstétrica.

Por su parte, la maestra Claudia Carrera Pérez, egresada de la maestría en Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma Metropolitana-



Xochimilco expuso los resultados de su tesis de grado denominada “Nuestros cuerpos, nuestros partos. Apropiación subjetiva de derechos en la atención humanizada del parto en el D.F.”, en la cual analizó el ejercicio de derechos de las gestantes en la atención humanizada del parto en dos espacios de atención: el hospitalario, en la clínica comunitaria “Santa Catarina”, ubicada en la delegación Iztapalapa y en el entorno domiciliario.

La investigación abordó ocho estudios de caso para reconocer los sentidos subjetivos de los derechos de las mujeres en la atención del parto, identificar sus recursos, ejercer sus derechos y analizar los procesos mediante los cuales ellas se autorizaron a tomar decisiones sobre el tipo de atención que recibieron. Finalmente, la maestra Carrera se enfocó en las estrategias de apropiación y negociación de las mujeres para ejercer sus derechos, en particular en su relación con sus parejas, proveedores de salud y familiares.

En su intervención, el doctor José Hernán García Ramírez, de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) se centró en la política pública en la atención perinatal y destacó que el modelo médico tradicional realiza diversas prácticas que se traducen en “violencia en salud reproductiva”, la cual es de índole “institucional (y) de género, que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos”.

De esta forma, García Ramírez señaló que es necesario incorporar la interculturalidad en las prácticas médicas del proceso reproductivo, lo que permitiría lograr servicios de salud que se fortalecerán al incluir otros modelos de atención. Asimismo, el Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención, señaló las acciones que se han realizado para desarrollar



una política pública intercultural en torno a la atención perinatal, las cuales son: escucha a las mujeres desde su propia diversidad, la revisión de la historia de la atención perinatal y de evidencias científicas, así como la facilitación de condiciones operativas.

Lo anterior es el sustento de un modelo de atención centrado en la mujer que se encuentra más apegado al ámbito de la Salud Pública que al de la Obstetricia y requiere de una visión amplia, integral y complementaria y en el cual las mujeres son las protagonistas.

Con el fin de dar a conocer la manera en que esta propuesta se operacionaliza, el doctor Alejandro Almaguer González, director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la DGPLADES presentó la Guía de implementación del “Modelo de Atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, que se sustenta en las perspectivas de género y de los Derechos Humanos. Además, se basa en la normatividad vigente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la materia y diversas evidencias científicas.

Entre los elementos operativos que dan comodidad y seguridad a la atención de las mujeres, Almaguer González mencionó la ropa humanizada (batas, calentadores y botas), mesas y bancos obstétricos

interculturales y las Unidades de Posada de Nacimiento. El objetivo es que tanto ellas como “el personal de salud vivan la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana y erradicando el ‘síndrome de Burnout’, causado por trabajar en condiciones deshumanizantes” indicó el ponente.

También destacó que es fundamental el reconocimiento de la diversidad cultural, que permite enriquecer el enfoque médico con elementos de la partería tradicional indígena y de otros modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud. Respecto a las posadas de nacimiento, el ponente señaló que se basan en evidencias científicas con un ambiente confortable y con lo mejor de la atención desmedicalizada, en condiciones de seguridad, en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, por lo que se “ha posibilitado la reducción de la violencia obstétrica o perinatal y de las cesáreas”.

El proceso de implementación de este modelo incluye las etapas de información, sensibilización y entrenamiento al personal de centros de salud, hospitales y posadas de nacimiento en diferentes jurisdicciones y entidades federativas, así como en escuelas y facultades de Medicina y Enfermería.

Con la proyección del documental “La primera sonrisa”, Naolí y otras parteras de diversas partes del mundo nos permitieron conocer otras formas de recibir una nueva vida, en las cuales existe el respeto absoluto al proceso del parto, a los ritmos necesarios para las mujeres y sus hijas e hijos, y con la compañía protagónica de los hombres en su rol paterno. Las personas presentes en este Seminario se conmovieron con el destacado trabajo de Guadalupe Sánchez Sosa, directora de este documental y también se reconoció la presencia del género y la interculturalidad en este modelo de atención alternativo y ancestral.



Invitación para publicar

Género y Salud en Cifras te invita a colaborar con investigaciones relacionadas con el tema del género en salud, pues se enfoca en distintos análisis para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo al otorgar estos servicios.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas, inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.
2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 y 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.
3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.
4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.
5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.
6. Incorporar a pie de página sólo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).
7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.
8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice (1, 2, 3). Para consultar este tipo de citación se sugieren los siguientes hipervínculos:
 1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>
 2. Versión en Power Point: <http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: gysenc@gmail.com



Género y salud en cifras

www.cnegsr.gob.mx

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.”