

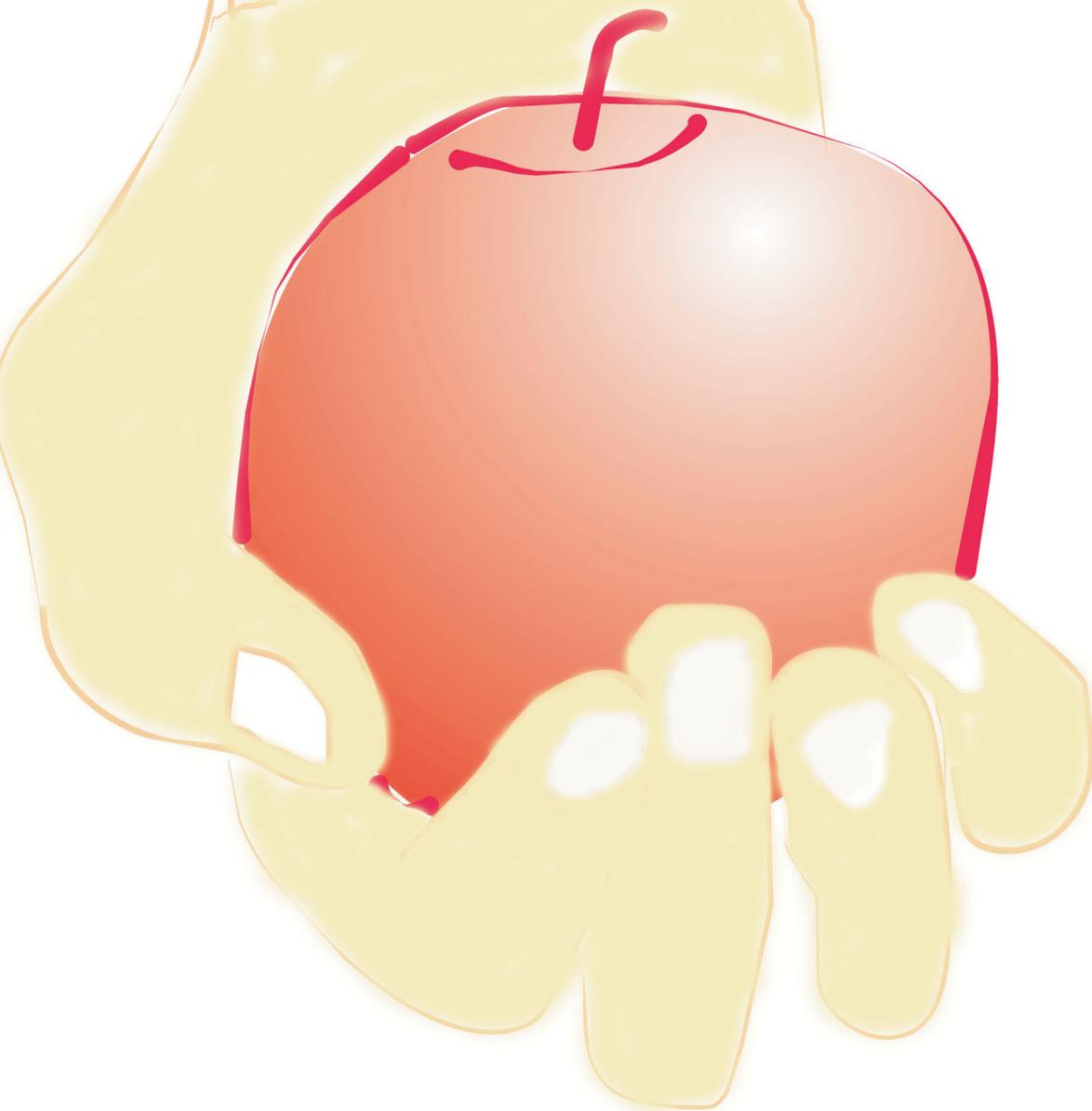
[8]

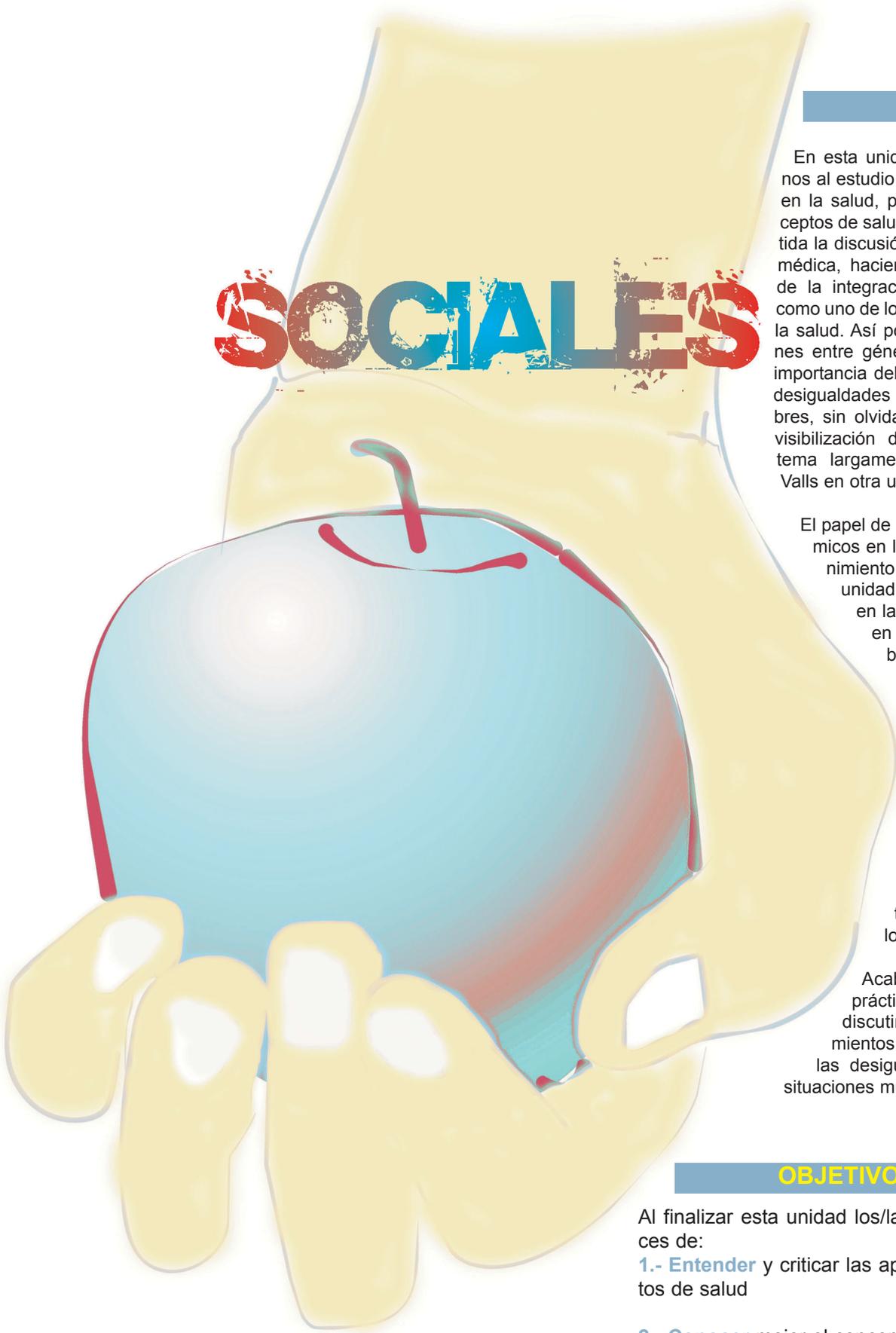
Desigualdades sociales



Izabella Rohlf's Barbosa
- [Universidad de Gerona] -

DESIGUALDADES





SOCIALES

INTRODUCCIÓN

En esta unidad trataremos de aproximar-nos al estudio de las desigualdades sociales en la salud, para ello ampliaremos los conceptos de salud, teniendo como punto de partida la discusión crítica de la perspectiva biomédica, haciendo hincapié en la necesidad de la integración de los entornos sociales como uno de los principales determinantes de la salud. Así podremos introducir las relaciones entre género y salud y dirigir sobre la importancia del abordaje de las diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres, sin olvidarnos de la importancia de la visibilización de las diferencias biológicas, tema largamente desarrollado por Carme Valls en otra unidad.

El papel de los determinantes socioeconómicos en la salud será tratado con detenimiento aunque el tema central de la unidad será la importancia del género en la génesis de las desigualdades en la salud de mujeres y hombres.

Finalmente, ilustraremos el módulo con algunos ejemplos de aspectos estructurales, principalmente ligados a la división sexual de los trabajos, que afectan a la salud física y mental de las mujeres; asimismo daremos una pincelada en como la construcción de la 'masculinidad hegemónica' también afecta a la salud de los hombres.

Acabaremos la unidad con un caso práctico, donde podremos aplicar y discutir conjuntamente los conocimientos adquiridos, analizando cómo las desigualdades están presentes en situaciones muy cercanas.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Al finalizar esta unidad los/las participantes serán capaces de:

1.- Entender y criticar las aproximaciones a los conceptos de salud

2.- Conocer mejor el concepto de género

3.- Aplicar el conocimiento de las relaciones entre género y salud para explicar algunas desigualdades en la salud de mujeres y hombres

4.- Comprender que el análisis de género es importante para evidenciar las desigualdades en salud. **3**



1. Los conceptos de salud

Hay diversas maneras de aproximarnos al concepto de salud. Como todo el discurso científico, estas aproximaciones no están exentas de ideología. Cabe remarcar la complejidad del tema y que en este apartado nos centraremos en sólo dos aproximaciones a este concepto: la perspectiva biomédica y la construcción social del proceso salud-enfermedad. Hay también otras formas de entender la salud como la propuesta antropológica del continuum salud- enfermedad – atención.

1.1 EL CONCEPTO DE SALUD SEGÚN LA PERSPECTIVA BIOMÉDICA

Para la perspectiva biomédica el proceso de enfermedad debe ser enfocado a partir del individuo/paciente. Este abordaje, intenta entender la mala salud a través de pruebas y características o fallos biológicos y su respuesta de prevención o tratamiento, se basa principalmente en la administración de fármacos o procedimientos médicos. Los determinantes socio-culturales y económicos de la enfermedad son considerados periféricos en este abordaje.

Sin embargo, ya se han señalado diversas limitaciones de esta manera de entender la salud como por ejemplo:

- La asunción de la completa objetividad de la medicina: la respuesta médica no es absoluta ni infalible.

- Los fallos en aclarar las causas de enfermedad que no se limitan a los individuos: la importancia de los contextos macro y microsociales

Asimismo, varios autores ponen de manifiesto que la biomedicina es una disciplina altamente matizada por el género: relaciones de poder y jerarquías.

1.2 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En la constitución de la Organización Mundial de la salud, en el año 1946 Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública formuló la definición marco de esta organización y aunque en estos momentos fue escasamente comprendida por las personas expertas de los gobiernos participantes, representó un importante avance en la incorporación de los aspectos sociales y emocionales al estricto marco biomédico.

‘La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades’. (OMS 1946).

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades’. (OMS 1946).

Sin embargo hubo que pasar más de 20 años, para que en el año 1978 en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento histórico, convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se



legitimara esta noción integral de salud y que a ello se agregara el concepto de que la salud **"es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo"**. Asimismo, el texto de la declaración de Alma Ata reitera que la consecución de estos objetivos "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud".

La definición de salud de Jordi Gol, elaborada para el 'X Congrés de Metges i Biòlegs de la llengua catalana' celebrado en Perpignan el 1976, expresa una otra manera de entender la salud, anterior a Alma Ata y que agrega a la definición de la OMS del 1946 el sentido de movimiento y cambio y también los aspectos antinómicos ligados a las propias personas (autonomía personal) y a su entorno comunitario (solidaria) así como pone énfasis en la necesidad de la percepción personal de disfrutar de la vida.

'La salud es la consecución de una autonomía personal solidaria y gozosa'.(Gol J, 1976).

En este contexto, es muy importante destacar que los principales ejes que estructuran las desigualdades sociales en salud son el género, la posición socioeconómica, el lugar de origen y la disponibilidad y accesibilidad a la atención sanitaria. Aún considerándolos como imprescindibles, cabe señalar que también hay otras variables y constructos que afectan de manera esencial la salud de las personas como por ejemplo la identidad sexual o el apoyo social.

Para tener una perspectiva integral de la salud cabe incluir en los estudios epidemiológicos en la asistencia y en la promoción y prevención de la salud, los parámetros necesarios para conocer la realidad sociocultural de las personas, así como sus particularidades biológicas. Así, destacamos la necesidad de no parcializar el abordaje ya que se obviaríamos las características biológicas, también estaríamos invisibilizando una parte importante del proceso.

2. Salud y género

Para seguir contextualizando lo que entendemos por salud, haremos una breve revisión de los principales factores que condicionan nuestra salud, desde una perspectiva de género.

2.1 LA INCORPORACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA GÉNERO

Siempre es pedagógico volver a los conceptos de género, ya que actualmente es una terminología que se ha incorporado rápidamente en el vocabulario de nuestra sociedad.

Hacen pocos años, importantes medios de comunicación debatían la propiedad de la utilización de la palabra género en su acepción feminista para



explicar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres que van más allá de sus diferencias biológicas. Incluso, en algunos libros de estilo de importantes periódicos sigue vetada la utilización del vocablo con esta connotación. La Real Academia Española (RAE), tampoco lo ha aceptado y recientemente se ha manifestado en contra su utilización en la 'Ley Integral de Violencia de Género'. Tal actuación causa extrañeza o al menos nos hace reflexionar, ya que palabras como guiri, quinqui o topless (u otras palabras como mínimo malsonantes o con connotaciones de claro perjuicio...) ya constan en su diccionario.

Sin embargo muchas veces la realidad va más rápido que las academias o que los propios medios de comunicación, reacios a aceptar que un concepto nacido del movimiento feminista, sea adecuado y su plena utilización reconocida. Ahora mismo la palabra género está en la calle y en las leyes. Pero la pregunta que nos debemos formular cuando nos dedicamos a la docencia en este campo es si las personas en general tienen claro los conceptos que subyacen bajo la terminología, que éstos pueden presentar muchos matices y recovecos y que tienen un importante marco ideológico.

¿Sabe la gente que género no es sinónimo de mujer?, que no es una categoría biológica como el sexo, o que tampoco es una variable demográfica con la cuál podemos dividir la población y supuestamente conocer las características de mujeres y hombres (como nos sugieren diversos cuestionarios o encuestas – 'con intención 'políticamente correcta'- que hacen señalar la casilla – género- cuándo quieren saber el sexo de la persona encuestada).

2.2 CONCEPTOS DE GÉNERO Y SEXO

Entre muchas definiciones, podríamos decir que el género es:

' la manera como las mujeres y los hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la feminidad y masculinidad hegemónicos en un determinado momento histórico y según las 'normas' culturales del lugar y sociedad donde viven. Todo eso con evidentes inequidades a todas las esferas de la vida.' (Rohlf, Valls-Llobet y Pérez 2005).

Mientras el sexo hace referencia fundamentalmente a los factores biológicos y fisiológicos el género implica el abanico de normas socioculturales que determinan las expectativas, comportamientos y roles, así como las desigualdades estructurales del acceso a los recursos entre mujeres y hombres. Son muchas las interacciones entre sexo y género y no siempre es posible diferenciarlos claramente.

Muchos estudios médicos y epidemiológicos se han centrado en una población exclusivamente de hombres. El patrón tradicionalmente adoptado tiene el perfil de un hombre blanco, de complejión anglosajona y de mediana edad. La inclusión de ambos sexos en la muestra estudiada y el análisis desagregado por sexos evidencia circunstancias e interrelaciones entre variables únicas para mujeres y únicas para hombres. Esta dinámica que, muchas veces, permite profundizar en el análisis y lograr una perspectiva de género, estaría enmascarada en una muestra agregada (Kunkel y



Atchley 1996). Pero, lo que diferencia el abordaje de género, más que desagregar la muestra según la variable sexo, es el análisis crítico de las relaciones sociales entre mujeres y hombres teniendo en cuenta que éstas también generan desigualdades sociales en salud (Morgan 1981).

2.3 ¿QUE ES EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD?

El género no tiene un impacto aislado en la salud, sino que frecuentemente encontramos interacciones del sexo (la variable medible) con otras variables o constructos sociales o características biológicas. Estas interacciones pueden ser aditivas o multiplicativas y en los análisis multivariados algunos factores pueden contrarrestar el efecto del género. También cabe decir que la dirección de las asociaciones entre determinadas variables puede tener direcciones diferentes cuando estratificamos el análisis según sexo.

En cuanto al tipo de metodología, es importante poner de manifiesto que las metodologías cuantitativas o cualitativas no son intrínsecamente buenas o adecuadas para el estudio de las relaciones entre salud y género. Las metodologías deben adaptarse a las posibilidades óptimas de responder a la pregunta de estudio. Hay que ser críticos/os en el momento de elegir la metodología, ya que potencialmente si se actúa desde el principio de la investigación se pueden evitar o prevenir diversos sesgos.

Las conclusiones deben huir de las generalizaciones. Se debe hacer énfasis en los resultados desglosados por sexo y en la significación o no de las diferencias encontradas, no sólo desde el punto de vista estadístico sino también a través de la discusión crítica de los mismos, de manera que no se patologicen procesos naturales o se normalicen procesos patológicos, dañinos o disfuncionales para la salud de mujeres y hombres.

2.4 ALGUNAS RELACIONES ENTRE GÉNERO Y SALUD

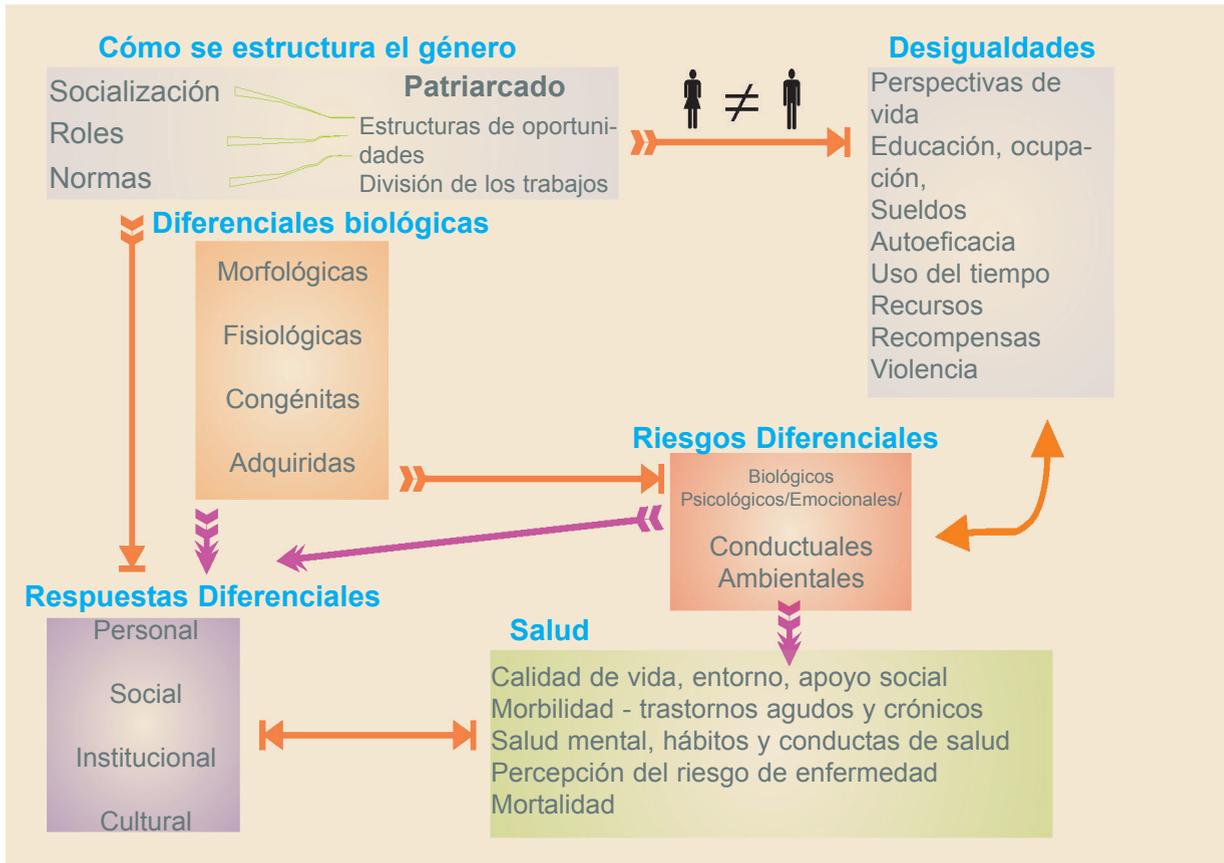
Según Sen, George y Östlin, para entender las premisas que estructuran las desigualdades de género en la salud es importante subrayar que éstas son el resultado de las

'relaciones de poder que interactúan con la biología para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidad y tratamiento'(Sen, George y Östlin 2005).

Asimismo Zarco, añade otros puntos que ayudan a clarificar estas relaciones:

'Una concepción integral de la salud incluye de manera interrelacional: los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones y las condiciones materiales del entorno'. (Zarco MH, 1991)

Con estas dos definiciones podemos dibujar las relaciones entre salud y género de una manera esquemática:



En el anterior diagrama de flujo, se observa el recorrido de cómo la estructura social del género y las diferencias biológicas inciden en la salud. Los ejes básicos de la conceptualización del género: socialización, roles y normas que son desiguales para mujeres y hombres incidirán tanto en la estructura de oportunidades como en la división sexual de los trabajos y en la normalización de la estructura patriarcal, generando por ejemplo la violencia machista. De esta manera se manifiestan desigualdades sociales en cuanto a las perspectivas de vida que incluyen, por ejemplo, la educación, la ocupación, los sueldos y el estatus, y la organización y realización del trabajo reproductivo: creando limitaciones reales en el uso del tiempo y en la auto-eficacia, principalmente de las mujeres.

Sin embargo, en la cadena de diferencias y desigualdades en la salud según género no se puede obviar el papel de los factores biológicos que determinan el dimorfismo sexual, las hormonas y las diferencias adquiridas a lo largo de la vida. Tanto las desigualdades sociales como las diferencias biológicas generarán riesgos diferenciales que serán mejor o peor afrontados mediante la respuesta individual, mediada tanto por la sociedad como por la cultura, por el entorno emocional y psicológico o por las normativas institucionales. La salud (o la enfermedad) estará reflejando la calidad de vida de las personas, sus características personales y hereditarias pero principalmente la interacción entre la persona y la sociedad.



3. Desigualdades e inequidades según posición socioeconómica

La posición socioeconómica es un constructo que incluye aproximaciones basadas tanto en los recursos como en el prestigio. Estos recursos pueden ser de orden material como los ingresos y la riqueza o de orden simbólico y de prestigio como el nivel de estudios. Tanto los recursos como el prestigio están fuertemente relacionados con la posición de clase social sea en la infancia o bien en la edad adulta (Krieger 2002).

Las medidas de posición socioeconómica suelen estar basadas en:

- la ocupación
- el nivel máximo de estudios cursados
- los ingresos

Estas aproximaciones miden diferentes aspectos, y todos ellos están interrelacionados:

- nivel de ingresos - capacidad de adquirir bienes o servicios
- la ocupación - el prestigio y responsabilidades sociales
- el nivel de estudios – las habilidades

Para la medición de las desigualdades se debería disponer de información a nivel individual que recogiera las tres dimensiones comentadas anteriormente: la ocupación, el nivel educativo y los ingresos. Cuando no sea posible recoger todas, se escogerán dos o una de ellas. Asimismo la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) destaca que es necesario estandarizar la recogida de información y propone que se tome como referencia la adaptación española de clase social británica de Goldthorpe propuesta por Domingo y Marcos (Grupo de Trabajo de la SEE 1995).

3.1 POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y GÉNERO

Un aspecto clave a tener en cuenta en el estudio del género, es la estratificación ocupacional de nuestra sociedad como un factor determinante de la clase social. Sánchez (1996) reflexiona sobre el tema:

‘... son los espacios sociales, habilidades y funciones del género masculino los que tienen mayor reconocimiento social. Es evidente que este hecho reviste una importancia fundamental para entender la estructuración de las desigualdades, desde el mismo momento que el análisis de la estructura social se ha centrado en uno de los espacios considerado masculino por excelencia: el trabajo remunerado; aunque son muchas las objeciones que se pueden hacer a esta afirmación, tanto porque la historia de la industrialización no se puede entender - sí explicar, porque se hace-, sin el trabajo de las mujeres en las fábricas y su trabajo reproductivo en las familias, como por la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. (Sánchez 1996).’



Al estudiar las desigualdades que separan los géneros, es necesaria mucha cautela a fin de no contribuir a incrementar esta distancia. La magnificación de las diferencias entre hombres y mujeres podría oscurecer las identidades de clase. En contrapartida, acentuar las semejanzas podría diluir los efectos de la organización social de género que hace de las clases agregaciones de individuos internamente diferenciados. La autora destaca que el abordaje exclusivo de clase o de género es limitado. El género y las clases sociales deberían ser comprendidos como un proceso continuo y dinámico que tiene su origen en los entresijos de relaciones sociales entre individuos del mismo o de diferentes sexos.

Es esencial analizar como se relaciona el género con la clase social ocupacional y las circunstancias materiales del entorno, observando que las personas que se encuentran en desventaja en estos factores tienen peores indicadores de salud (Borrell 1995), y que en nuestra sociedad son principalmente las mujeres. No obstante algunos autores han sugerido que la clase social obtenida por la ocupación proporciona una visión más precisa del entorno de los hombres que del entorno de las mujeres y que la jerarquía ocupacional no refleja las peores condiciones del trabajo femenino (Arber 1987).

3.1.1 LA ASIGNACIÓN DE LA CLASE SOCIAL A LAS MUJERES

Hay pocos estudios que comparan el impacto del tipo de medida de la clase social ocupacional en la magnitud de las desigualdades en salud. Como hemos visto anteriormente este es un tema de especial importancia para las mujeres. Aunque sea imparable la incorporación de estas en el mercado de trabajo remunerado, no podemos obviar que, comparadas a los hombres, existe una mayor proporción de mujeres fuera de este mercado, sea por no tener una ocupación remunerada o estar en el paro, o porque su ocupación –aunque remunerada – haga parte de la economía sumergida o bien porque las asignaciones de cuidado, crianza y trabajos domésticos, determinadas por la división sexual de los trabajos la haya impedido incorporarse a este mercado. Según Borrell et al (2004) hay distintos indicadores para asignar la clase social a las mujeres:

'la clase social convencional' que atribuye a las mujeres la clase social del marido o de la persona cabeza de familia (medida de hogar), la 'clase social individual' que atribuye a las mujeres la clase social basada en su propia ocupación, y la 'clase dominante' que se basa en la atribución de la clase social más privilegiada del hogar.

Asimismo otros estudios han utilizado una combinación de la clase social individual con la de la clase social convencional. La asignación de la clase social basada en la ocupación propia para las mujeres con una ocupación remunerada actual o pasada y la clase social de la persona cabeza de familia en el caso de que la mujer no hubiera tenido una ocupación remunerada anteriormente (las amas de casa). Algunos autores han cuestionado esta metodología, argumentando que se trataría de una 'mezcla' entre dos variables que podrían sesgar los resultados.

Dahl (1991) ha observado que el impacto de las desigualdades sociales en



salud era más evidente al atribuirse a las mujeres la clase social ocupacional de la persona cabeza de familia (clase social convencional) en lugar de la clase obtenida por su propia ocupación (clase individual). Esta autora argumenta que las condiciones del hogar y los estilos de vida provienen principalmente de los ingresos de la persona cabeza de familia y están más fuertemente relacionados con la salud de la mujer que su propia ocupación. No obstante, algunos autores han destacado la importancia de la medida concomitante tanto de la posición individual como la de la familia para entender realidades sociales complejas, principalmente las que reflejan nuevos tipos de convivencia y la importancia cada vez mayor de los ingresos femeninos en el presupuesto familiar (Arber 1989, Krieger 1997). Más recientemente, Krieger y Borrell defienden la medida basada en la 'clase dominante' como la más idónea por ser neutra al género, no sexista y fácil de obtener.

No debe olvidarse que la clase social ocupacional es un determinante del estado de salud y también del entorno extralaboral. En este sentido, las características del ámbito doméstico y familiar tendrían relevancia para explicar el estado de salud percibido. Los trabajadores y trabajadoras de las clases sociales más bajas (IV y V) se encuentran en los sectores laborales con una menor cualificación profesional, con altas cargas de trabajo y bajas compensaciones. Para la población con menores niveles socioeconómicos, el entorno doméstico se caracteriza por menores niveles de confort y bienestar, lo que refleja una mayor carga de trabajos doméstico y menos recursos para afrontarlos.

4. La importancia de las desigualdades sociales en salud

Tanto el género como la posición socioeconómica son los principales ejes en la génesis de las desigualdades en la salud ya que son transversales a todos los ámbitos de la salud. Tienen relación tanto con los aspectos determinantes de: la salud y esperanza de vida, causas de mortalidad y enfermedades como con los aspectos de las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios sanitarios: disponibilidad, accesibilidad y calidad.

'El concepto de desigualdad ha cambiado a lo largo del tiempo, hay quien lo ha utilizado para designar un sentido de injusticia, mientras que otros lo han utilizado para designar diferencias. Según el concepto de la OMS el término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El concepto de injusticia también puede ser muy variable, pero un criterio utilizado es el grado de libertad que la persona tiene para escoger sus condiciones de vida '(Borrell 1995).



Según Alleyne (2000)

'El género es una de las dimensiones importantes y ubicuas de la inequidad'.

Frecuentemente, investigadores / as y planificadores / as pasan por alto el hecho de que incluso la biología establece diferenciales por sexo en materia de riesgos y necesidades para la salud ya que en muchos casos se considera que el hombre sigue representando el patrón de funcionamiento fisiológico y social de todas las personas. La segmentación de la sociedad en ámbitos de acción "masculinos" y "femeninos" marca asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres, no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud.

4.1. ¿POR QUÉ EL ABORDAJE DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD?

Las diferencias y desigualdades en la salud frecuentemente operan en el sentido prejudicial a las mujeres, aunque algunas veces los hombres también padecen de estas desventajas. Debido a que las desigualdades de género no actúan aisladas y sí interaccionan con otros factores como el nivel socioeconómico, la etnia o la religión, no todas las mujeres u hombres de una determinada sociedad experimentan las desigualdades en salud de la misma manera (Gender and Health Group – Liverpool School of Tropical Medicine 1998).

Algunos estudios comparan el estado de salud de mujeres y hombres sin tener en cuenta las desigualdades sociales, tanto en las oportunidades como en la calidad de vida de ambos.

Según la OMS el trabajo de Igualdad en Salud

"Implica que idealmente cada individuo debería tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial completo de salud, y más pragmáticamente que nadie debería estar en desventaja para alcanzar este potencial siempre y cuando esta desventaja pueda evitarse" (O.M.S. 1986).

Los factores socioeconómicos pueden actuar de manera diferente para mujeres y hombres. Así, cabe destacar aspectos como la feminización de la pobreza, fenómeno extendido por todo el planeta. Más específicamente en nuestro entorno, el aumento del riesgo de vivir en la pobreza, recae principalmente en las mujeres mayores (debido a la precariedad de los sistemas de pensiones de viudedad), en las mujeres que tienen a su cargo exclusivo personas dependientes (criaturas o personas mayores) y en la precariedad laboral y paro que es más acusado entre las mujeres.

El concepto de equidad substantiva refleja la importancia de considerar no sólo la equidad de oportunidades pero también la equidad en las respuestas. Por ejemplo, algunas veces hace falta un abordaje diferente para alcanzar la justicia, cuando las diferencias entre las personas causa inequidades.

Cabe recordar que ni las mujeres y tampoco los hombres forman grupos



homogéneos y que para lograr un análisis de la diversidad hay que considerar y contextualizar según la clase social, la edad, la orientación sexual, el lugar de origen, etc.

Claramente, lo que se necesita es una medición más compleja de los riesgos para la salud asociados con los ambientes materiales, sociales y psicológicos en los que viven las personas. Tenemos que preguntarnos por qué la experiencia de vivir con un ingreso bajo, por ejemplo, o de haber estado casada/o anteriormente, o de tener un empleo a tiempo completo tendría un significado diferente para mujeres y hombres y, de qué maneras estas experiencias podrían explicar las diferencias de género en los resultados de salud.

5. Aspectos estructurales que afectan a la salud mental y física de las mujeres

5.1. SOCIALIZACIÓN CON BAJA AUTO ESTIMA O MUY ALTOS NIVELES DE EXIGENCIA: 'LA BUENA MUJER' O 'LA SUPER WOMEN'

“La clasificación de las personas según su sexo biológico se acompaña de la identidad social, que presupone y naturaliza unos espacios, funciones y actividades determinadas para cada sexo. En nuestra sociedad, esta socialización, que comienza desde el nacimiento, ‘reconoce’ dos identidades de género que son la masculina y la femenina, y no hay igualdad de condición entre los dos géneros (Sánchez 1996)”.

A través del proceso de socialización tanto la familia como la escuela transmiten los valores y normas a los individuos (Sau 1986). Algunos hombres son más ‘masculinos’ que otros y algunas mujeres más ‘femeninas’ que otras, posiblemente debido a experiencias diferentes en la socialización o a una ubicación diferente respecto a las oportunidades (Udry 1994).

La socialización es el proceso por medio del cual las personas desarrollan una personalidad como resultado del aprendizaje de los contenidos de una cultura dada y por medio del cual ésta es transmitida de una generación a otra.

Así, los roles son los ‘papeles’ asignados y representados por las personas en una determinada estructura social, son los modos de conducta socialmente establecidos e institucionalizados y, el ‘rol de género’ es un abanico de comportamientos ‘aceptables’ y amparados por normas sociales que definen lo que es ‘correcto’ para cada sexo.



En nuestra sociedad es frecuente escuchar expresiones como, ‘**tendría que ser una mujer**’ ‘**pobrecita, es una chica**’ ‘**no puede, no llega, es una chica**’ para referirse a que las mujeres deberían darse cuenta de su ‘natural’ inferioridad. Dependiendo del contexto, eso puede abocar en una minusvaloración de la propia mujer y en un deterioro de su autoestima. Sin embargo, cada vez hay más mujeres que se rebelan contra su ‘triste destino’ y luchan y viven una vida llena de vitalidad y oportunidades, forjadas por ellas mismas y por aquellas personas que creen que una sociedad más igualitaria es mejor para todos y todas. Paradójicamente a esta socialización con una baja auto estima, también están los condicionantes sociales de la ‘infinita capacidad de adaptación y conciliación de las mujeres’, lo que las lleva a situaciones de sobrecarga a veces insostenibles.

5.2. DESIGUALDADES DE OPORTUNIDADES LABORALES Y ECONÓMICAS: SALARIOS, ROL DE AMA DE CASA

Son las oportunidades que delimitan la igualdad (o no) de condiciones en los puestos de trabajo, sueldos, derechos y deberes. La libertad para utilizar el tiempo sin restricciones impuestas por los roles y la socialización depende entre otros factores de la estructuración de las oportunidades. Hay una desigualdad y un desequilibrio de oportunidades entre hombres y mujeres, niños y niñas, donde también están implicados los sentimientos, cualidades y habilidades (Sánchez 1996, Narotzky 1996).

5.2.1 LAS DESIGUALDADES DE OPORTUNIDADES EN LOS TRABAJOS REMUNERADOS

Reiteradamente los datos tanto españoles como europeos o mundiales indican que a pesar de los avances acelerados en la presencia de las mujeres en el mundo laboral, los puestos de trabajo más cualificados y mejor pagados aún están copados por una mayoría de hombres. Para las mujeres, romper con esta barrera invisible, llamada techo de cristal, y que frecuentemente impide su ascensión en el mundo laboral, aún es una tarea extenuante cuyo precio es, muchas veces, el deterioro de su propia salud o la postergación de las realizaciones en su vida extra laboral.

5.2.2 LA INVISIBILIDAD DEL TRABAJO DOMÉSTICO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

También cabe incidir en las características del trabajo doméstico exclusivo y de las personas que lo desempeñan: las amas de casa. Curiosamente, la expresión ama de casa no es siquiera utilizada y, cuando lo es, es para designar la propiedad de la vivienda por un varón.

La complejidad de un trabajo, o mejor de unos trabajos que son indispensables para el mantenimiento de la sociedad tal y como la entendemos, y su invisibilización social tiene unas repercusiones evidentes en la salud de quienes lo realizan, mayoritariamente las mujeres. Eso también lleva a la reflexión de la necesidad de profundos cambios en la distribución de los roles y en la importancia de la socialización para la corresponsabilidad.

5.2.3 DOBLE JORNADA Y DOBLE PRESENCIA

Por doble jornada entendemos no sólo la ejecución del trabajo doméstico combinada con el trabajo remunerado, sino también la planificación, organización y gestión del tiempo y recursos que requiere esta ‘compatibilización’.



Doble presencia es un término acuñado por las feministas italianas que han estudiado con detenimiento el uso del tiempo por mujeres y hombres y significa estar en dos sitios al mismo tiempo, o al menos tener la cabeza en ellos (Balbo L, 1978). Un ejemplo es cuando te vas al trabajo y tienes la mente en el desempeño escolar de las criaturas y en que tienes que llamar a la tutora a las 12:15.

5.3. DESIGUALDADES EN LAS RELACIONES DE PAREJA (FALTA DE CORRESPONSABILIDAD)

Datos recientes de la encuesta sobre el uso del tiempo realizada por el INE, indican que las mujeres que tienen un trabajo remunerado, se dedican muchas más horas que los hombres al hogar y a la familia, hecho corroborado en varias Encuestas de Salud en todo el territorio Español. Así, y según los datos de la última Encuesta de Salud de Cataluña, que son los que más conozco, el 48% de las mujeres declaran que se responsabilizan solas de los cuidados a los hijos e hijas, en cambio lo hace solo un 0,7% de los hombres.

En un estudio realizado por Lucía Artazcoz y colaboradores / as, hemos constatado que entre mujeres y hombres que tenían un trabajo remunerado, con edad de 25 a 65 años, el riesgo de mal estado de salud aumentaba de manera evidente para las mujeres a medida que aumentaba el número de personas convivientes en el hogar, en cambio, este estudio indicaba que para los hombres, este efecto no existía. Entre las hipótesis más factibles para explicar este aumento de riesgo de mal estado de salud entre las mujeres, figura la sobrecarga de la compatibilización, el conflicto de roles y los problemas derivados de la economía familiar.

5.4. SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: EN EL ÁMBITO DOMESTICO, LABORAL...

Aunque este tema ya ha sido extensamente tratado en otra unidad, cabe remarcar la importancia de la violencia de género como uno de los principales ejes que afecta directamente el núcleo de las desigualdades entre mujeres y hombre ya que sus propios orígenes coinciden: el patriarcado. La violencia por parte de compañero íntimo tiene un evidente impacto en la salud de las mujeres. Las marcas más visibles son las físicas y las más dramáticas, los asesinatos. No obstante, cabe señalar que la violencia machista, deja marcas en la salud mental de la mujer y en su bienestar psico social. Estas marcas van desde trastornos del estrés post traumático, ansiedad, depresión e indefensión aprendida hasta la anulación de la autoestima y los intentos o consumación de suicidios.

La violencia laboral, también muchas veces presenta un marcado componente de género. Datos recientes publicados por el Instituto de la Mujer indican que el acoso laboral, principalmente el acoso sexual en el trabajo es un problema que afecta con mucho más frecuencia a las mujeres que a los hombres.



6. Los roles de género y los hombres

Aunque no vayamos a profundizar en este aspecto, cabe destacar que el género, como ya se ha comentado anteriormente, no es sólo ‘cosa de mujeres...’

Los hombres se benefician de su situación privilegiada en la mayoría de las sociedades, sin embargo los roles de género tradicionales (la masculinidad hegemónica) en que son socializados también tienen su precio y consecuencias negativas para su salud.

6.1. ALGUNOS ASPECTOS ESTRUCTURALES QUE AFECTAN A LA SALUD MENTAL Y FÍSICA DE LOS HOMBRES

- Aspectos laborales
- Las conductas relacionadas con la salud
- La violencia
- Falta de socialización para expresar sentimientos y sufrimientos físicos y mentales
- Fallos del sistema sanitario

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

Puntos a destacar en el concepto de género

Cuando hablamos de género nos estamos refiriendo:

- A la organización social de los sexos
- A las desigualdades entre mujeres y hombres a partir de sus características sociales
- A la visibilización de las diferencias biológicas según sexo, al ser un hombre blanco, de raza caucásica y 35 años el patrón de normalidad en las ciencias biomédicas y sociedad en general.

Puntos a destacar sobre el análisis de género en el contexto de la salud

- El análisis de género es el proceso que hay que utilizar para conocer los diferentes impactos que pueden tener tanto la investigación como la política o los programas y planes en las mujeres y hombres.
- En el contexto de la salud debe servir para conocer:

El sexo/ género como determinantes de salud.

Las interacciones que pueden haber entre sexo y género, pero también con otros determinantes de la salud como la clase social, la etnia, el lugar de origen o la identidad sexual, entre otros.

La eficacia y la efectividad de los programas o planes de salud con ‘sensibilidad de género’

Las omisiones y implicaciones de la investigación



Puntos a destacar de las desigualdades de género en la salud

- Las diferencias y las desigualdades de género, juntamente con la clase social son las mayores causa de inequidades en la salud y en los servicios sanitarios.
- Importancia del género en la elaboración de políticas y planificación sanitarias.
- La incorporación de la perspectiva de género puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios.
- Las metodologías para conocer la posición socioeconómica de las mujeres son complejas y requieren una amplia base teórica.

AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/home.htm>

- Organización Panamericana de la Salud: amplia oferta de bibliografía de libre acceso sobre diversos aspectos de género y salud

<http://www.eldis.org/gender/index.htm>

- Recursos en sistemas de salud y desarrollo

<http://www.liv.ac.uk/lstm/>

<http://www.liv.ac.uk/lstm/research/GHGResourcePack.htm>

- Liverpool School of Tropical Medicine: paquete de recursos en género y salud incluyendo una excelente guía metodológica

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-9892002000500028&script=sci_art-text&tlng=es

- Revista Panamericana de Salud Pública: Glosario de Epidemiología Social

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber S. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *BMJ* 1987; 294:1069-1073.

- Arber S. Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. En: Fox J (Ed). *Health Inequalities in European Countries*. Londres: European Science Foundation - Gover 1989: 251-279.

- Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991; 32:425-436.

- Artazcoz L, Cortes I, Moncada S, Rohlfs I, Borrell C. Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13: 201-207.

- Borrell C. Evolució de les desigualtats socials a la ciutat de Barcelona, 1983-1992. [Tesis Doctoral]. Barcelona. 1995.

- Balbo L. La doppia presenza. *Inchiesta* 1978;32:3-6.

- Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit.* 2004;18:75-82.



- Dahl E. Inequality in health and class position of women - the Norwegian experience. *Social Health Ill* 1991; 13:492-505.
- Grupo de Trabajo de la SEE -Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
- Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Ann Rev Public Health* 1997; 18:341-378.
- Krieger N, Barbeau EM, Soobader MJ. Class matters: U.S. versus U.K. measures of occupational disparities in access to health services and health status in the 2000 U.S. National Health Interview Survey. *Int J Health Serv.* 2005;35:213-36.
- Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003; 32:652-7.
- Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Epidemiol Bull.* 2002;23:7-11.
- Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996; 12:294-295.
- Morgan D. Men, masculinity, and process of sociology enquiry. Roberts H (Ed). *Doing feminist research.* Londres: Routledge and Keagan, 1981.
- Narotzky S. Haciendo visibles las cargas desiguales. Una aproximación antropológica. *Quadern CAPS* 1996; 24:15-20.
- Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO). Basic documents. 39th edition. Geneva: WHO, 1992.
- Rohlfs I, Pérez G, Valls-Llobet C. Desigualtats de gènere en la salut. En: *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya.* Eds. Borrell C y Benach J. Editorial Mediterrània. Barcelona, 2005.
- Rohlfs I, De Andrès J, Borrell C, Artazcoz L, Ribalta M. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)*1997; 108:566-571.
- Rohlfs I, Borrell C, Plasència A, Pasarín I. Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:205-206.
- Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:106-109.
- Sánchez CM. La medición de la clase social de las mujeres. En: Borrell C, Sánchez C, Rohlfs I, Permanyer E. *La medida de la clase social en las mujeres y su impacto en el estudio de las desigualdades sociales en salud.* Informe final (Mim.) Barcelona. Institut Municipal de la Salut / Instituto de la Mujer, 1996:2-16.
- Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2005.



CASOS PRÁCTICOS

Aprendizaje basado en la praxis –

El caso de Sara

Sara tiene 48 años, es licenciada en filología inglesa. Estuvo trabajando durante 10 años en una multinacional, primero como administrativa y después como secretaria de dirección con un horario semanal de 40 horas y dónde frecuentemente tenía que quedarse hasta altas horas debido a las reuniones de la dirección. Esta casada y tiene una hija de casi 9 años. Su marido no ha cursado ningún estudio universitario pero tiene un trabajo muy bien pagado como gerente de ventas en una empresa de piezas de alta precisión, es hijo único.

Hace 10 años, Sara decidió tener una criatura. Su compañero pasaba muchos días de la semana viajando, ya que en aquellos momentos era viajante de la empresa en que trabaja, y ella no contaba con familiares que viviesen cerca, después de acabada la baja por maternidad resolvió que se quedaría 1 año más para asistir a su hija. Al completar este tiempo, ingresó la niña en una guardería y volvió a la empresa (que le había guardado su lugar de trabajo).

A los 6 meses, cuándo empezaba a conseguir conciliar 'vida personal y laboral', su suegra, una señora viuda de 82 años tuvo un infarto cerebral y necesitó ir a vivir con ellos. Sara una vez más tuvo que abandonar su trabajo para cuidarla, ya que los ingresos familiares no permitían otra salida.

Dos años después, cuando su suegra consiguió plaza en una residencia asistida ella intentó volver al mercado laboral, pero sólo encontró trabajos temporales, mal remunerados y con horarios imposibles. Delante de todas las dificultades y después de 'hacer números' con su pareja, decidió seguir dedicándose exclusivamente a los trabajos domésticos y de crianza. Hoy ha tenido que responder una encuesta del INE y cuando le preguntaron su ocupación, se echó a llorar y dijo que era ama de casa.

¿Cuáles son las desigualdades sociales que encuentras en este relato?

¿Qué clase social asignarías a Sara?

¿Qué tipos de políticas podrían contribuir a que fuera distinto este relato?

