

## ATENCIÓN PRIMARIA

# ¿Trabajamos la perspectiva de la desigualdad machista?

**Itziar Cabieces Ibarrondo.**  
Psicología clínica.

**D**icen que una buena pregunta es “como un langostino...no se puede comer directamente”... Intentaremos “servirlo pelado” por si ayuda a producir más y mejores respuestas como profesionales.

**1.** Durante más de una década la Perspectiva de Género se ha aplicado, casi exclusivamente en forma de diferenciación de datos por sexo.

**2.** Si usamos el término Mujer, se trata de un concepto. La realidad es que somos MUJERES, las que tenemos problemas, las que atendemos la salud o las que podemos ser parte de las soluciones y avances. Y somos diferentes entre nosotras, por edad, situación de vida, psiquismo, ideología, etc., aunque todas “afectadas por el género”.

**3.** Nuestros cuerpos, rasgos culturales, educativos, roles e identidades son diferentes también, en aspectos, a los varones...quienes están afectados por esta forma de dividir y valorar los roles, cerrada, jerárquica (más o menos hombre, por ejemplo) injusta.

**4.** A pesar de esta afectación ¿se nos pregunta en el medio sanitario por nuestro trabajo dentro o fuera de casa, el sentimiento de adecuación o valía, la carga de los roles aprendidos..?. Se suele saber poco - a veces nada- de nosotras, de manera concreta y compleja.

**5.** Este NO-SABER, en cuanto a roles, identidad, vida psicosocial, conflictivas, está plagado de SABER-MEDICO (investigaciones que confunden asociación de datos con causalidad, o mal realizadas metodológicamente, pero repetidamente publicadas, difundidas por los medios periodísticos, creando realmente “opinión en el medio sanitario). FABULAMOS, en muchas ocasiones, y si parece exagerado, recordemos: en el XIX se creía que el ejercicio de la reflexión en las mujeres encogía nuestros ovarios... ¿Tendríamos que hacer una verdadera y amplia revisión de todos los contenidos hoy vertidos en el medio sanitario, que contienen este pseudo-saber?

**6.** Se nos requiere en este siglo XXI, ir más allá del “modelo biomédico y de buenas aplicaciones técnicas”...Lo sociocultural, la ética, supone conocimiento y no sólo buena voluntad ... (Sócrates). Conocimiento elaborado y complejo, es necesario, pero también más sondeo en la población, persona a persona, a los diferentes grupos sociales que pasan por nuestros centros de salud.

**7.** Las mujeres queremos ser SUJE-

**“Las mujeres queremos ser SUJETO DE ESTUDIO y no sólo OBJETO de estudio”**

TO DE ESTUDIO y no sólo OBJETO de estudio. Una reflexión de las Ciencias de la Salud sobre sí mismas refleja ya un nivel ético y construcción del conocimiento, pero habitualmente el contacto con las mujeres, como colectivo, no suele pasar de las 300 llamadas telefónicas a los hogares para la evaluación anual, o la Encuesta de Salud del Departamento.

**8.** En este sistema de Atención, se valoran méritos en cuanto a congresos, publicaciones pero no tanto en cimentar buenas /eficaces relaciones profesionales con las usuarias.

**9.** ¿Qué nos encontramos habitualmente, desde la perspectiva de género? : Seguramente: machismo en casa, en la TV, el cine, el deporte, la escuela, la calle, la moda, la publicidad, la política...Dolor de cabeza en las mas jovencitas, dietismo, violencia o malestar machista en las aulas, alimentos culturales tóxicos desde los modelos de feminidad y masculinidad más extendidos, temor y error en las relaciones sexuales, malas prácticas anticonceptivas, ITS y embarazos no deseados con abortos precoces, ciertas formas de conflictos familiares relacionales, dificultades para la construcción de pareja , vida laboral y personal mal conjugadas, paro, menores salarios, dependencia, embarazos tardíos por nueva enculturación ,pero también en esta crisis por las dificultades de conjugar vida laboral y familiar, ausencia de dedicación a la crianza en los varones, ausencia de recursos de cuidado públi-



# e género y avanzamos contra

co alternativo a la escolarización temprana (cuidado por horas) o ayuda domiciliaria en los casos más complejos o más desprovistos...soledad en las más mayores, ausencia de reivindicación de estas mujeres como valor social...¿preguntamos sobre ello?...

**10.** ¿Proponemos medidas de auto cuidado como: “reparte el trabajo doméstico, descansa, estudia, trabaja fuera de casa que es salud mental... los grupos pueden ser un apoyo, busca ayuda para cambiar”...?

**11.** Hablar de HOMBRE- MUJER es culturalmente legítimo, pero a la vez sirve a un código binario que no se conjuga bien con la biología real, con las identificaciones, con los roles (muchos hombres del mundo cosen a máquina la ropa) socioculturales (digan lo que quieran “LOS DEL AUTOBUS”). Se observa más bien un continuum Mujer-Hombre (el programa biológico es primero femenino) cambiante, culturalizado, psicologizado y politizado con diferentes expresiones y grados que no se corresponden con el par simple “Hombre-Mujer”, igualmente a lo referido como INFANTE-ADULTA/O.

**12.** En el sistema sanitario el hombre no debe ser ya más modelo de corporalidad, ética o derecho. Diferentes personas, diferentes mujeres, diferentes roles, diferentes actuaciones por tanto, con iguales derechos.

**13.** ¿Sólo estamos afectadas por el género las mujeres? Entonces, no les

vamos a aconsejar, hacer reflexionar, etc, a los varones jóvenes, que en el 25% de los casos con abusos sexuales en las niñas y jóvenes son los perpetradores?, ¿no les vamos a preguntar si conducen bebidos, o con exceso de velocidad, siendo los varones predominantes causantes de los accidentes mortales en la carretera a mujeres adolescentes y mayores de su entorno, en muchos casos?...o ¿cómo sus transgresiones afectan a todo el grupo familiar y no sólo a ellos, causando estragos, a veces, económicos, de adic-tividad, de violencia familiar y/ o social, de sanciones judiciales, de deportes de riesgo...?

**14.** Las mujeres que trabajamos también en las tareas domésticas (sólo el 2% no lo hacen) somos clases “pasivas”?... Entonces ¿no es un trabajo?, ¿Por qué no está en el Instituto Europeo de Salud laboral con sede en Bilbao?; ¿Preguntamos en los Centros de Salud, sobre el trabajo de las mujeres?

**15.** ¿Estamos tomando la salud como único enfoque el de la responsabilidad individual? ¿y los poderes económicos, los Media, los responsables que gobiernan, los municipios...?

**16.** En lo personal (lo privado es político) en cuanto a los riesgos en salud mental: la construcción de la pareja, el trabajo de Ama de Casa, y la falta de comunicación en la pareja son las condiciones que más aparecen tras las dificultades que se consulta. ¿Orientamos nuestra prevención y promoción

de salud desde esta realidad?...

**17.** La experiencia de la grave crisis, de este sistema económico depredador, ha multiplicado el sufrimiento y ha hecho crecer las situaciones insostenibles para muchas mujeres, por eso se han multiplicado las crisis y Estados de Angustia que tendemos a llamar Ansiedad.

**18.** La medicalización de la vida ligada a nuestra biología ha supuesto un modelo de fármaco para la anticoncepción femenina, sobre todo, no masculina; un modelo de medicalización de la maternidad; uno largamente desarrollado en menopausia (pasó del 1% al 80% de indicar fármacos en el planteamiento de algunos sectores médicos en los medios de comunicación) con investigaciones con sesgos, incluso algunas investigaciones subvencionadas por la misma industria que comercializaba los fármacos.

**19.** ¿Y nuestros riesgos y malestares como mujeres profesionales sanitarias en una Atención feminizada, siendo mayoría ya en los Centros de Salud?

**20.** Ética es responsividad y debe ir ligada a nuestro objetivo técnico, o es ambas... una buena respuesta y una buena técnica...o no será. ¿Cómo estamos respondiendo a las otras y a nosotras mismas, en nuestro quehacer profesional?

La primera tarea será, quizás, para muchas de nosotras, DESMONTAR EL GUIÓN... ◆