

Atención Primaria : ¿Trabajamos la Perspectiva de Género y avanzamos contra la desigualdad machista? Marzo, 2017



Dicen 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 (asociaciones, representantes municipales, partidos, enseñantes, otras profesionales, asistentes sociales...)

7.- Las mujeres queremos ser SUJETO 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 más 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 público 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 mas 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 adictividad, 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 insoportables para muchas mujeres, por eso se han multiplicado las crisis y Estados de Angustia que tendemos a llamar Ansiedad.

17,- 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...

Itziar Cabieces Ibarrondo. Psicóloga Clínica.

Osalde. 8 de marzo 2017.