Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género[1]

Lourdes Campero-Cuenca

Con base en una perspectiva de género, este trabajo es una reflexión basada esencialmente en una revisión bibliográfica de diferentes proyectos, prácticas y discusiones enfocadas a la educación y salud de las mujeres. El artículo tiene por objeto analizar algunos supuestos en los cuales diferentes trabajos y prácticas, con relación a la mujer y su salud, se sustentan y reproducen en la sociedad. Se presentan algunos hechos en los que, con base en las condiciones y experiencias de vida de las mujeres, es posible apreciar algunos vínculos entre la situación de opresión en que viven y sus condiciones de morbilidad y mortalidad.

Por último, se subraya la necesidad de analizar constantemente la realidad con una visión crítica, que permita replantear la lógica subyacente en la organización social y en los trabajos de salud en los que muchas veces se privilegia la función materna en la atención a la salud de la mujer, descuidando su salud integral y su bienestar social.

Elementos básicos para el trabajo en salud desde una perspectiva de género

Cada cultura construye sus propias ideas en cuanto a lo que significa ser mujer u hombre. A través de la socialización, los individuos interiorizan los atributos que se asignan a hombres y mujeres.[2, 3] Por ello, el género es un concepto central en la estructura de la persona y una categoría cognoscitiva que, con base en la construcción social de los sexos, estructura las ideas en torno a la naturaleza y a la ciencia, a lo público y a lo privado, a lo racional y a lo irracional, a lo bueno y a lo malo, etcétera. En la sociedad actual, a la mujer se le reconocen aquellos atributos que son definidos como más próximos a lo natural que a lo cultural. La asociación de la mujer con la naturaleza se centra en la esfera de lo privado y destaca las posibilidades de cuidado y reproducción;[4] por ello se le reconoce como la que tiene las condiciones "naturales" para criar a los hijos.[5] Más allá del hecho de que muchas trabajan fuera del hogar, las mujeres son identificadas ante todo como madres y amas de casa.[6] El hombre, en cambio, es definido como más próximo a lo cultural, como independiente y productivo.[7] Los estereotipos sexistas cumplen con la función social de legitimar y perpetuar la posición de desigualdad de la mujer[8, 9] y, como consecuencia, el poco poder que detentan las mujeres en la sociedad.[10, 11]

El análisis de género permite cuestionar la distribución desigual del poder político, social y económico entre los sexos.[12] Esto es, las experiencias de vida e identidad son simultáneamente mediadas y creadas por dimensiones sociales como el género, la etnia y la clase.[13] Las diversas formas de opresión son hechos sociales con expresión a nivel de los individuos,[14] por lo que su análisis debe hacerse en forma tanto individual como social.

Educación, salud y mujer

Diversos estudios han mostrado que las mujeres enferman y mueren de manera diferente a los hombres[15] y que la situación social de la mujer está en estrecha correlación con su morbilidad y mortalidad.[16] Se ha encontrado que el proceso por el cual un individuo se define

como enfermo y decide actuar para la atención de sus síntomas depende de qué tan comunes y aceptados son tales síntomas en un determinado grupo.[17] En consecuencia, las expectativas sociales que se tienen de las mujeres están en estrecha relación con aquella que la misma mujer percibe, interioriza y concibe su salud; está muy vinculada con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas.[18] Otros estudios han señalado también que la misma formulación de informes estadísticos sobre la salud de las mujeres está influida por determinaciones de género.[19] Algunos ejemplos podrían aclarar este punto: los registros de mujeres que presentan heridas por violencia doméstica (en el 87% de los casos el hombre es el agresor y en el 90% la víctima es la muje.),[20] están subestimados en las estadísticas oficiales, debido a que no se menciona ni se denuncia a los agresores ni se establece cómo sucedió la agresión.

Generalmente, cuando se llegan a registrar estos casos, quedan clasificados como accidentes. De ahí que la Organización de las Naciones Unidas sostenga que la violencia contra las mujeres es el crimen encubierto que más se da en el mundo.[21] La falta de identificación del problema de la violencia contra la mujer trae como consecuencia que no se imputen de responsabilidades, lo que contribuye a perpetuar el fenómeno.[22]

Otro ejemplo se refiere al creciente número de mujeres afectadas por problemas mentales,[23] hecho que está asociado directamente con su discriminación, con el hostigamiento sexual, la violencia física y psicológica (cada vez es más evidente tanto en el hogar como en el trabajo), la baja condición social y el hecho de contar con un trabajo no retribuido adecuadamente en términos sociales y económicos.[24] Sin embargo, los problemas relacionados con desórdenes de la personalidad y la depresión tienden a registrarse e interpretarse como asuntos meramente individuales y privados, sin considerar la posición que tienen las mujeres en la sociedad. Es decir, las cifras y sus explicaciones no favorecen el análisis del bienestar social de la mujer (o la falta del mismo).

Por otra parte, algunos estudios informan que en el mundo, dos de tres mujeres sufren de anemia crónica, desnutrición y fatiga severa y, como consecuencia, presentan una mayor susceptibilidad a infecciones de los aparatos respiratorio y reproductivo.[25] La fatiga acumulada en las mujeres tiene una base importante en la falta de una buena nutrición y en la cantidad de obligaciones y deberes sociales que se les asignan por el mero hecho de ser mujeres.[26] Para muchas el trabajo de la casa y el cuidado de los hijos implica una ocupación de tiempo completo, mientras que para otras constituye una doble jornada, ya que gran número de madres solteras, mujeres abandonadas o divorciadas, tienen a su cargo el cuidado y sustento total de la familia. Algunos estudios indican que, en general, estas mujeres son más vulnerables al estrés y al aislamiento social.[27]

La falta de información, educación y apoyos sociales para las mujeres tiende a hacer aún más vulnerable su situación de salud.[28] La vinculación entre la condición de género y la salud es tan clara, que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han sugerido que lo importante para la salud de las mujeres no es tanto la educación en salud, sino la alfabetización y el acceso a la educación en general, ya que esto último se asocia con procesos de empoderamiento que redundan en la salud de las mujeres.

Por otra parte, en la mayoría de las sociedades las mujeres están sobrerepresentadas en los estratos socioeconómicos bajos, donde es conocida la incidencia de niveles de educación y salud[29] más bajos. Aunque la pobreza en algunos estratos sociales es sumamente severa tanto para mujeres como para hombres, se ha señalado que "los riesgos de pobreza son mucho mayores para las mujeres que para los hombres [dado que] en cada uno de los estratos sociales las mujeres controlan menos recursos que los hombres".[30]

En síntesis, sin un análisis de las circunstancias en las que viven las mujeres, muchas de las políticas y programas de salud no pueden tener éxito. La desigualdad de género es un aspecto que debe ser considerado de manera central para mejorar la salud de las mujeres.[31]

Posturas comunes en programas de salud para las mujeres

Actualmente existe un número importante de proyectos (gubernamentales y no gubernamentales) que tienen como objetivo mejorar las condiciones de salud de las mujeres. Sin embargo, es importante aclarar algunos supuestos en los que se sustentan muchos programas y políticas de salud. Los estereotipos en torno a la mujer tienden a destacar los factores biológicos y construyen esencialmente sobre éstos su ser social. El hecho de que la mujer sea reconocida socialmente, sobre todo por su función reproductiva (y no productiva), ha ocasionado que se le dé más atención al control y supervisión de esta función: embarazo, parto y puerperio.[32] Estos sucesos de la vida de las mujeres tienen un lugar institucional dentro del campo de la medicina.[33] Sin embargo, la atención a la

♦♦♦



salud de las mujeres es contradictoria, ya que si bien el énfasis se ha puesto en asuntos relacionados con su reproducción, cada año son muchas las mujeres que sufren y mueren por complicaciones en el embarazo y parto, por falta de recursos para un mejor cuidado, inaccesibilidad a los servicios de atención a la salud, falta de recursos económicos y de apoyo social, ausencia de información, etcétera.[34] Para México se estima que podría evitarse el 52% de la mortalidad materna.[35]

Sin negar la importancia que tienen los programas de planificación familiar y salud materno infantil, se puede sostener que también son producto de una valoración primordial de la maternidad en la vida de la mujer,[36] otorgándole mucho menos atención y seguimiento a problemas tales como las condiciones y riesgos en el trabajo, el impacto de las condiciones sanitarias inadecuadas, la violencia, el exceso de trabajo, etcétera.

En análisis comparativos entre sociedades con diferentes niveles de desarrollo, se ha encontrado una correlación entre menores índices de mortalidad materna y mayor participación social y reconocimiento de los derechos básicos de las mujeres.[37]

Los programas de salud en las comunidades también tienen presente el estereotipo de la maternidad como el atributo central de las mujeres. Así, por ejemplo, no es difícil encontrar que los trabajadores de la salud ven a las madres como las únicas encargadas de nutrir, acompañar y cuidar a los hijos;[38] esto es, en los programas de salud se relega a la madre a desempeñar una serie de tareas sociales como si se tratara de algo natural. Por otro lado, muchos programas se basan en una visión de la salud como responsabilidad individual,[39] y se limitan a transmitir información, en vez de analizar la realidad y cuestionar los papeles masculino y femenino como factores asociados a la morbilidad.

Esta dinámica se sostiene porque los trabajadores de la salud piensan que las cosas tienen que ser así, y porque numerosos hombres y mujeres esperan que esto pase debido a que por muchos años ésta ha sido la forma en que los programas y servicios se han puesto en operación.[40]

Al no cuestionar la situación de la mujer, fácilmente se provoca que se culpe a las víctimas. Un ejemplo particular se refiere a las campañas de nutrición, en las que se presentan los mensajes como si las madres pudieran controlar la desnutrición de sus hijos a través de una mejor administración del gasto familiar. Si se ignoran el género y la clase como asuntos objeto de reflexión, se termina trabajando con una estructura de mujeres que, desde ciertas funciones (educadoras, enfermeras, promotoras de salud, etcétera), culpan a las mujeres mismas (en otros papeles: amas de casa, madres, agricultoras, etcétera).[41]

Comentario final

Las determinaciones de género se presentan a sí mismas como las únicas formas históricas posibles de desarrollo. Por ello, es necesario abrir espacios al análisis de los problemas de salud desde esta perspectiva. Las mujeres deben adquirir poder de decisión a través del análisis de su problemática, cambiando el discurso "neutral" que, en la mayoría de los casos, se genera en el trabajo de educación en salud con mujeres. En la formación de recursos humanos en salud es necesario desarrollar un marco conceptual que identifique y organice de manera diferente la educación y la salud de las mujeres; es decir, que recupere, tanto en investigación como en docencia, una perspectiva de género. Para lograrlo, es necesario el desarrollo y manejo de conceptos clave como patriarcado, género, etnia, clases sociales y sexualidad, que permitan abrir espacios a la discusión y al análisis de los problemas de salud de las mujeres. Este esfuerzo se verá enriquecido si se incorpora, además, un abordaje fenomenológico, donde se reconozcan las experiencias de vida de las mujeres, donde se pueda valorar su diversidad y complejidad y donde las preguntas de investigación también se basen en la identificación de las necesidades de las mujeres. ♦

♦♦♦

Notas

[1] Artículo publicado *en Salud Pública* N° 38. México, 1996, pp. 217-222.

[2] Flax J. *Thinking fragments*. Berkeley: University of California Press, 1990.

[3] Szirom T, ed. "The construction of gender and the role of school in maintaining stereotypes", en: *Teaching gender sex education and sexual stereotypes*. Sydney: Allen & Unwin, 1988.

[4] Miles A. *Integrative feminism. A feminist quarterly fireweed*. Issue 1984; 19.

[5] Eibenschutz C, Cardaci D, González de León D. "Reflexiones sobre mujer y salud", en: *Mujeres y Medicina*. México, D.F.: UAM-Xochimilco, s.f.; 2:33-44.

[6] Chaney E, García-Castro M, ed. "A new field for research and action", en: *Muchacha no more household workers in Latin America and the Caribbean*. Filadelfia: Temple University Press, 1989.

[7] De Lauretis T. *Eccentric subjects: Feminist theory and historical consciousness*. Fem Stud, 1990; 16 (1): 115-150.

[8] Michel A. *Down with stereotypes!* París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1986:28.

[9] Offen K. *Defining feminism: A comparative historical aproach*. Signs, 1988; 14 (1): 119-157.

[10] Mies M. *Patriarchy and accumulation on a world scale. Women in the international division of labour*. Nueva Jersey: Zed Books Ltd., 1989.

[11] Davis A. Sick and tired of being sick and tired: The politics of black women's health. En: White E, ed. *The black women's health book*. Seattle: Scal, 1990:18-26.

[12] Lamas, Martha. *La antropología feminista y la categoría "género"*. Nueva antropología, 1986.

[13] Alarcón N. "The theoretical subject (s) of this bridge called my back and Anglo-American feminism", en: Anzaldua G, ed. *Making face, making soul*. San Francisco: Aunt Lute Press, 1990: 356-369.

[14] Brittan A, Nard M. *Primary and secondary oppression. Sexism, racism and opression*. Oxford: Brasil Blaikwell, 1984.

[15] Bressani J, ed. "Mujer y salud". En: *Salud de la mujer (memorias)*. México, D.F.

[16] Cerruti S. "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en: Organización Panamericana de la Salud, ed. *Género mujer y salud en las Américas*. Publicación científica N° 541. Washington, D.C., 1993: 124-129.

[17] Fox A, Goldblatt O, Jones Dr. Social class mortality differentials: Artefact, selection or life circumstances. J. Epidemiol Community Health and illness. En: Roberts H. Ed. *Women's health counts*. Londres: Routledge, 1990: 18-62.

[18] Oakley A. *Women, health and knowledge: Travels through and beyond foreing parts*. Health Care Women Int, 1993.

[19] Pantiel F. "La salud mental de la mujer de las Américas", en: Organización Panamericana de la Salud, ed. *Género mujer y salud en las Américas*. Publicación científica N° 541. Washington, D.C., 1993: 143-162.

[20] Sepúlveda J, coord. *Mujer y familia: pilares de la salud en México*. Cuadernos de Salud N° 2. México, D.F. Secretaría de Salud, 1994.

[21] Larrain S, Rodríguez T. "Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer", en: Organización Panamericana de la Salud, Ed. ed. *Género mujer y salud en las Américas*. Publicación científica N° 541. Washington, D.C., 1993: 202-209.

[22] Wuest J. *Institutionalizing women's oppresion: The inherent risk in health policy that fosters community participation*. Health Care Women Int 1993: 407-417.

[23] Commonwealth Department of Community Services and Health. National women's health in Australia. Canberra: Australian Government Publishing, 1989: 16-123.

[24] García y García B, Bedolla-Miranda PJ. "Las relaciones de poder y violencia vinculadas al hostigamiento sexual", en: *Estudios de género y feminismo II*. México, D.F.: Distribuciones Fontamara, UNAM, 1993.

[25] Pedrero M. *Cinco dimensiones sobre la situación de la mujer mexicana: legal, política, bienestar, trabajo y fecundidad. Aportes de investigación*. Cuernavaca: UNAM/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1992.

[26] Pantiel F. *Op. cit.*, pp. 143-162.

[27] Rootman I. *Inequities in health: Sources and solutions*. Health Promot 1988: 8-28.

[28] Breen M. Wood J. *Can she read it? Readability and literacy in health education*. Health education. Healthsharing. Summer 1987: 28-33.

[29] Rootman I. *Op. cit.*, pp. 8-28.

[30] United Nations Departament of International Economic and Social, Affairs. The world's women: Trends and statistics 1970-1990. Nueva York: United Nations, 1990.

[31] Marshall Ma. T. Pérez LM. "Una lectura de experiencias de salud y educación popular en América Latina. Consejo de Educación de Adultos de América Latina. Apuntes", 1985.

[32] Jacobson J. *Women's reproductive health: The silent emergency*. Worddwath Paper. Washington, D.C.: Worldwath Institute, 1991: 102.

[33] Zimmerman M. "The women's health movements: A critique of medical enterprise and the position of women", en: Farle & Hess, ed. Analyzing gender. *Newbury Park*: Sage, 1987: 442-472.

[34] Curlin P. Tinker A. Introduction", en: Koblinsky M., Timyan T. Gay J. Ed. The health of women. *A global perspective*. Boulder: Westview Press, 1993: 1-2.

[35] Mora G. "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", en: Organización Panamericana de la Salud, *Op. cit.*, pp. 68-86.

[36] Ravelo P. "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en: González-Montes S, ed. *Las mujeres y la salud*. México, D.F., El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.

[37] Marshall Ma. T, Perez L.M. *Op. cit.*, p. 7.

[38] Cardaci D. Pensando como mujeres...propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres, en: González Montes S. Ed. *Las mujeres y la salud en México. Op. cit.*, 1995.

[39] Cardaci D. "Educación nutricional: las mujeres culpabilizando a mujeres", en: *Mujeres y medicina*. México, D.F.: UAM-Xochimilco, 1990: 15-24.

[40] Castro R., Hernández I. *Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar*. Salud pública. México, 1993: 376-392.

[41] Cardaci D. "Educación nutricional: las mujeres culpabilizando a mujeres", en: *Mujeres y medicina*. México, D.F.: UAM-Xochimilco, 1990: 15-24.