

().

5.1 Representaciones y Prácticas en los Actos de Salud desde los discursos de género.

Zaldúa, Graciela, Lodieu, María Teresa, Bottinelli, Marcela, Pawlowicz, María Pía, Gaillard, Paula y Barbieri, Andrea.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Lodieu, María Teresa, Bottinelli, Marcela, Pawlowicz, María Pía, Gaillard, Paula y Barbieri, Andrea (2010). 5.1 *Representaciones y Prácticas en los Actos de Salud desde los discursos de género.* : .

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/153>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/4UA>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Capítulo 5 GÉNERO

5.1 Representaciones y Prácticas en los Actos de Salud desde los discursos de género*

Graciela Zaldúa, María Teresa Lodieu, Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz, Paula Gaillard y Andrea Barbieri.

Introducción

El propósito de esta comunicación es transmitir una serie de problemáticas relevadas en los servicios públicos de salud en relación a la categoría género. Las representaciones y prácticas en los actos de salud al ser analizados desde los discursos de género permiten inteligir los posicionamientos subjetivos y la división sexual del trabajo en las instituciones de salud. Los condicionantes macro y micropolíticos que interfieren en el proceso salud-enfermedad-atención inciden en el desgaste de los trabajadores y afectan los actos de salud en relación al reconocimiento y la confianza. Sin embargo es posible gestionar nuevos espacios de representaciones y prácticas promotoras de equidad y calidad en salud.

La información que se presenta en este trabajo emerge de una experiencia de investigación-acción de gestión asociada entre un equipo de investigación de la Facultad de Psicología y equipos de los servicios hospitalarios públicos. El objetivo investigativo es indagar las condiciones de producción de los actos de salud, los efectos del desgaste laboral (burnout), los posicionamientos subjetivos y colectivos, y los sistemas de afrontamiento de los trabajador@s de la salud. La gestión asociada y la experiencia participativa tiene como meta relevar las condiciones productoras de malestar laboral y propiciar estrategias promocionales y preventivas en salud.

La situación actual del país, en el marco de la crisis del modelo hegemónico neoliberal repercute particularmente en el sistema de Salud Pública -dañado por el desfinanciamiento y la privatización- y en las condiciones de vulnerabilidad de la población usuaria. Este contexto crítico se materializa en tasas de desempleo de cerca del 30%, baja de salarios, aumento de la pobreza e indigencia e indicadores de morbilidad evitables. En particular las causas de morbilidad femenina es un analizador clave y pone en cuestión las condiciones de producción de los actos de salud.

Metodología

A través de una triangulación metodológica que permite combinar criterios, de rigor científico, se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas para el relevamiento y el análisis de los datos. Los instrumentos para la recolección y para el procesamiento participativo de la información son: una encuesta sociodemográfica laboral, observación participante, entrevistas, grupos focales, Inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997), técnicas gráficas y psicodinámicas grupales, actividades promocionales y preventivas se trabajan mediante dinámicas grupales y la técnica

* Artículo publicado en *Psicología Comunitaria Europea: Comunidad, Poder, Ética y Valores*. European Community Psychology: Community, power, ethics and values. Publicacions de la Univesitat de Barcelona. Alipio Sanchez Vidal, Alba Zambrano Constanzo, y María Palacín Lois (Autores/Compiladores). Barcelona. España. P. 413-423 (2004).

F.O.D.A. (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, S.W.O.T: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

La muestra es intencional y se trabaja con datos primarios y secundarios. La unidad de análisis la constituyen trabajadores de la salud y unidades asistenciales de Hospitales Públicos. En este trabajo se ha seleccionado al sector médico (médicas y médicos) de los servicios de tres Hospitales Públicos. Componen esta muestra 175 profesionales: 75 médicas y 100 médicos.

Actos de salud desde la categoría género

En relación a los estudios del trabajo o de los trabajadores existe la tendencia a la homogeneidad sin referirse al género de los actores sociales. Consideramos que su análisis es esencial en la medida en que las relaciones de clase y género son estructurantes y fundantes en la sociedad, en oposición a otras relaciones (maestro-alumno, médico-paciente, jóvenes-viejos) que son relaciones contingentes (Hirata et al., 1997). Las relaciones de género y de clase organizan la totalidad de las prácticas sociales y transversalizan la sociedad.

Desde la epidemiología crítica, que estudia la producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención en el marco del contexto socio-histórico, la categoría género es un analizador valioso de la salud de las mujeres. La utilización del enfoque de género permite analizar una de las tantas formas simbólicas de que se vale la cultura para institucionalizar la diferencia entre hombres y mujeres.

El concepto de género, utilizado como analizador de la relación entre los sexos, es concebido como un constructo social y cultural que se genera sobre una base biológica. Al resaltar el aspecto relacional se rechaza paralelamente determinismo biológico de las definiciones normativas en cuanto a la feminidad y la masculinidad relevándose los orígenes sociales de las identidades subjetivas. Reyna Pastor (1994) plantea que el constructo de género se *“articula a partir de definiciones normativas, de lo femenino y de lo masculino, las que crean identidades subjetivas y relaciones de poder, tanto entre hombres y mujeres como en la sociedad en su conjunto”* (Pastor, 1994:39).

La experiencia y participación social de las mujeres y los hombres se construyen mutuamente. Las representaciones sociales de género imponen un modelo fuertemente patriarcal, que afirma la universalidad de la dominación masculina.

La polaridad masculino-femenino es una categorización sociocultural que conlleva atribuciones normativas y emocionales que determinan las relaciones sociales y la identidad de los sujetos. El dualismo genérico se estructura básicamente en público-privado, activo-pasivo y racionalidad-caos (Pastor, 1998).

En cuanto a la división sexual del trabajo la división más básica es la que separa el trabajo doméstico del trabajo no doméstico (Benería, 1984). En distintas sociedades el trabajo doméstico es atribuido a la mujer y signado como algo consustancial a la “esencia femenina”. Esta división ha permitido a lo largo de la historia, la exclusión de la mujer del ámbito público.

La incorporación de la mujer al ámbito público laboral no ha sido la consecuencia de una conquista hacia posiciones igualitarias en el acceso a los espacios públicos sino el producto de los requerimientos de “recursos humanos” demandados por la expansión del sistema capitalista. A pesar de este origen, la inclusión de la mujer dentro del mercado laboral, desempeñó un importante papel en el desarrollo económico de los distintos países occidentales.

Esta inclusión en el ámbito público es percibida como una evolución positiva para la mujer, pero si adoptamos la perspectiva relacional se descubre el desfase de las posiciones entre hombres y mujeres tanto en la esfera de la formación como en los puestos laborales. Integración y devaluación marchan en forma conjunta, la mujer ingresa al medio laboral pero en aquellos lugares degradados o llevando consigo los estigmas de las representaciones sociales discriminatorias. Las condiciones de género, sumisión, subordinación y el peso de la representación simbólica de la mujer dedicada al hogar explican los bajos salarios, el tipo de actividad ocupacional y el estatus diferencial de la mujer trabajadora (Thébaud, 2000).

Las situaciones diferenciales a nivel de género son el resultado histórico de la dinámica de correlación de fuerzas en el orden del poder. Las diferencias que se observan entre hombres y mujeres responden a la posición que ocupan en relación a un orden social, en la sociedad occidental el varón tiene la prerrogativa de asignar y controlar el lugar de la mujer.

El valor del enfoque género junto con el concepto de prevención crítica deben ser incorporados en la visión teórica, técnica y administrativa del campo sanitario a fin de diagnosticar situaciones y proponer acciones preventivas y promocionales de la salud (Zaldúa et al., 2000). La identificación por parte de las mujeres de situaciones asimétricas inter e intra género y la posibilidad de generar cambios integra la metodología de nuestros dispositivos de intervención.

Actos de salud en el contexto actual

El acto médico forma parte hoy de una prestación sanitaria que lo incluye junto a otros actos médicos y no médicos. El binomio médico-paciente se ha tornado un cuatrinomio: médico(s)-paciente-institución-sistema. La modalidad individual-liberal de ejercicio profesional ha sido transformada por la organización administrativa del sistema sanitario. La situación de intimidad y de un conocimiento más profundo entre los participantes tradicionales del acto de salud (médico-paciente) ha desaparecido en las prácticas de los servicios de salud. Esta situación conlleva una serie de consecuencias tanto positivas como negativas. Por un lado, la relación asimétrica médico-paciente se modifica, el paciente y/o los familiares pueden oponerse o criticar la actuación profesional en grados de intensidad diversos al punto de recurrir a un juicio de mala praxis. La autoridad médica y el “saber hacer” pueden ser cuestionados. Una defensa factible por parte del profesional es la “despersonalización”, la distancia frente a paciente. Sin embargo, el malestar de los trabajadores de la salud se expresa mediante una reiterada queja: la falta de reconocimiento a la labor profesional. Si bien la falta de reconocimiento afecta a los trabajadores de la salud de ambos sexos, son las mujeres quienes más manifiestamente expresan la desazón que les provoca:

Una médica emergentóloga comenta que para compensar el malestar en la práctica asistencial conduce una audición radial, en relación al reconocimiento por parte del público radioescucha sostiene que se dirigen a ella con afecto, llamándola “*doctorcita*” o por su nombre, sin embargo, afirma: “*y por esto que me juego la vida, nada*” (se refiere al trabajo en la Guardia Médica).

Si reflexionamos sobre estos hechos tenemos que constatar que si bien la práctica profesional en el sector salud ha sido modificada por las políticas de salud, por la tecnología médica, las representaciones sobre los comportamientos y acciones posibles de los actores intervinientes en un acto de salud condicionan las relaciones entre los mismos y determina diversos efectos subjetivos. Si bien, el trabajador de la salud es un elemento más en ese “cuatrinomio”, las expectativas del profesional o de los pacientes

y/o familiares pueden no encuadrarse dentro de esta nueva modalidad asistencial y afectar las condiciones de producción de los actos de salud.

Estudios de la OMS muestran el proceso de creciente feminización de la profesión médica, pero cuando se compara los cargos laborales, la jornada laboral y la remuneración parecería existir un mercado par los hombres y otro, con sueldos más bajos y menores perspectivas de carrera, para las mujeres, además son discriminadas en cuanto a la probabilidad de ocupar cargos de alto rango, de conducción y de supervisión. La discriminación se prolonga al campo académico universitario en la que se detecta una escasez de mujeres al frente de cátedras y departamentos.

Problemáticas relevadas

Doble Jornada laboral: Una de las consecuencias de este rol atribuido socialmente a la mujer es considerar el ámbito doméstico como natural de las mujeres esto implica la acumulación de dos tipos de trabajos: un trabajo remunerado en el ámbito laboral y un trabajo no remunerado en el ámbito doméstico.

“... cuando yo tengo una chica enferma tengo que estar yo y cuando tenía a mi esposo (..) y estaba enferma alguna de las nenas tenía que faltar, ahí falta la madre, el hombre no falta nunca al trabajo porque tiene a la mujer y sino es soltero, tampoco falta, la responsabilidad es de la madre....., ellos no están atados al hogar” (P. 45, HP).*

En relación con la carga laboral, al interior del trabajo en el ámbito público se le agrega a las mujeres médicas tareas cotidianas asociadas a las labores hogareñas, no específicas de las actividades profesionales, como hacer café, cuidar la limpieza y el orden del lugar y reponer materiales de uso personal.

“... cuando estoy de guardia los varones siempre te están pidiendo que les hagas algo, el café o que prepares el mate o que le alcances algo...” (P. 45, HP).

La relación entre el trabajo doméstico y el trabajo profesional, puede analizarse comparando la cantidad de horas dedicadas al trabajo profesional con la cantidad de hijos en médicos y médicas. Los datos de nuestra investigación ponen de manifiesto que a mayor número de hijos, la cantidad de horas de trabajo profesional disminuye en las mujeres médicas. La cantidad de horas de trabajo profesional de las mujeres con un hijo es levemente inferior a la de los médicos (70 horas y 74 horas respectivamente). La diferencia aumenta con tres hijos, siendo de 41 horas para las médicas y de 64 para los médicos.

Desarrollo personal profesional: Asimismo se puede confirmar que esta doble jornada laboral limita las posibilidades educacionales de las mujeres, enfrentándolas nuevamente a condiciones desfavorables y desiguales en el mercado laboral. La falta de capacitación y de formación es percibida mayoritariamente por las médicas, a diferencia de los médicos, como productoras de malestar y al mismo tiempo emergen como demanda para posibilitar cambios en las condiciones laborales.

“Yo sé que la especialidad que elegí, todo lo que voy haciendo es en función de mi casa y mi hijo, haría otra cosa sino tuviera hijo. Sé que elegí Diagnóstico por Imágenes fundamentalmente por la carga horaria, tiene menos horas, sino creo que habría elegido pediatría [...] no quiero ser una médica mediocre, por eso elegí mi especialidad, porque sé que me voy a especializar bien en eso. [...] Yo sé que corro

con mucha desventaja con gente que no tiene otra cosa que la carrera...” (DI. 34, HC).

Segregación horizontal: Las representaciones sociales relativas a la femineidad, la atribución de rasgos esencialmente femeninos y la consecuente socialización-sujetación a esos patrones determina que en el sector médico, las mujeres médicas encuentren una fuerte resistencia para desarrollarse en especialidades tipificadas como masculinas. Las especialidades de neurocirugía, cirugía, anestesiología y traumatología suponen una serie de atributos masculinos: fortaleza, mayor capacitación, frialdad, conocimiento técnico y acciones resolutivas, que si bien no son más que atributos sociales adjudicados a la masculinidad crean una red simbólica resistencial que dificulta la inserción de las mujeres. Otras especialidades médicas son calificadas como más “femeninas”. Neonatología, obstetricia, pediatría, ginecología, suponen un mayor grado de afectividad y tareas donde se proyectan las labores domésticas de la mujer como el cuidado y atención de los hijos o las funciones reproductoras de la mujer, como es el caso de la ginecología.

“... la cirugía, la traumatología, son más masculinas, en pediatría hay muchas mujeres [...] lo pediátrico es muy lindo, a las mujeres les encantan los niños...” (E. 47, RM).

“.. Hay especialidades más específicas de varones por ejemplo traumatología, anestesiología y en cirugía también, en oncología y en pediatría, ginecología hay más mujeres, dermatología, clínica médica hay bastantes mujeres...” (G. 42, HC).

Segregación Vertical: La asimetría de estatus adscriptos a cada género en la economía de los intercambios simbólicos explica el hecho de que las mujeres en la mayoría de las sociedades estén ubicadas en posiciones sociales inferiores. Esta segregación vertical se visibilizó claramente en el cuerpo médico donde se halló un registro mínimo de mujeres médicas que ocupan puestos jerárquicos. La escasa participación de las mujeres médicas en puestos de responsabilidad jerárquica dentro de los órganos de poder del sistema de salud público convalida el lugar social asignado a la mujer en la sociedad patriarcal, más aún en el orden de lo público, la subordinación y la obediencia deben ser las marcas.

“...que los hombres ocupen más jefaturas creo que es discriminatorio, no es por capacidad, porque en el pensamiento popular se cree que el hombre está más capacitado para un puesto jerárquico que una mujer... [...] Hace poco hubo un concurso para Jefe de Ginecología del Hospital (X) y se presentaron dos médicas y un hombre y las dos médicas mujeres que se presentaron tenían mucho más currículum que el médico varón y, salió elegido él. [...] Las comisiones de dirección científica, las asignaturas de cátedra, los adjuntos, los jefes de servicio son todos hombres” (G. 42, HC).

En los tres Hospitales de los que se extrae la muestra de profesionales médicas y médicos que presentamos en este trabajo, de los puestos jerárquicos de los servicios indagados, los resultados indican que un 82 % los profesionales médicos ocupan cargos jerárquicos frente a un 18 % de las mujeres médicas (ver tabla)

Posiciones jerárquicas diferenciadas por sexo

Puestos jerárquicos (22 u.)

Médicas		Médicos	
Frecuencia	%	Frecuencia	%
4	18	18	82

Descripción de los puestos jerárquicos

- Médicas: Hospital Psiquiátrico: Coordinadora de Guardia y Jefa de Guardia. Hospital General Polivalente: Jefa de Residentes y Jefa Unidad de Obstetricia
- Médicos: Hospital Psiquiátrico: Coordinador de Guardia y Director de Guardia.
Hospital General Polivalente: Jefe de Guardia (3), Jefe de Neonatología (2), Jefe de Neumotisió Jefe de Pediatría, Jefe de Infectología, Jefe de Obstetricia y Coordinador de Consultorios Externos de Pediatría.

Hospital Monovalente Maternidad: Jefe de Guardia (5) y Jefe de Residentes.

Inventario de Burnout

El Inventario de Burnout, que se utiliza en esta investigación, ha sido realizado en base al Inventario de Burnout (MBI) de Maslach y Jackson (1982), modificado por Bernardo Moreno et al. (1989) y por Amalia M. Rivera Delgado (1997).

El Inventario de Burnout presenta una sistematización en siete categorías: Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal, Tedio, Características de la Tarea, Clima Organizacional y Manifestaciones del Burnout en la calidad de vida del sujeto.

La categoría que reúne los mayores puntajes indicativos del malestar laboral es la denominada Despersonalización que refiere a la relación del profesional con los pacientes y sus familiares y al reconocimiento de la labor profesional. Tanto en las médicas como en los médicos, en ambos casos el 73% presenta puntajes indicativos de las dificultades en la relación con los pacientes – sobreexigencia- y malestar frente al no reconocimiento de la labor profesional.

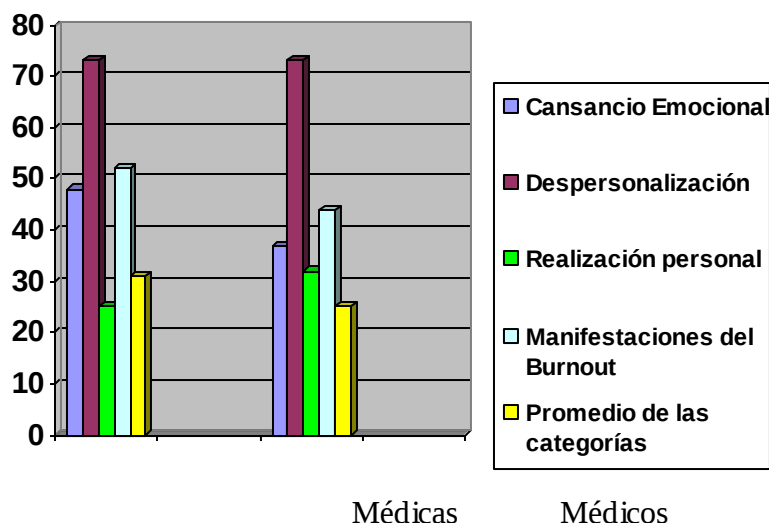
La categoría que muestra un mayor porcentaje de médicas con puntajes indicativos del malestar comparado con los resultados de los médicos, es: Manifestaciones del Burnout, que refiere a la repercusión del estrés laboral en la salud del profesional, en las relaciones personales y en el trabajo, el porcentaje de médicas es del 53% y el porcentaje de médicos es del 44%.

En la categoría Realización personal-profesional, sólo un 25% de las médicas manifiesta su disconformidad con su situación personal-profesional.

En cuanto a los promedios de las siete categorías, el porcentaje de médicas con puntajes más altos es mayor que el de los médicos (31% y 22% respectivamente).

Frente a una pregunta con opciones múltiples que indaga las situaciones productoras de malestar en el trabajo, las respuestas mayoritarias de las médicas y de los médicos coinciden en dos rubros: las situaciones de *maltrato y desprotección social*. Sin embargo, los porcentajes marcan para las mujeres médicas un 54 % en “situaciones de maltrato” y un 69 % en “situaciones de desprotección” mientras que para los médicos varones esta cifra desciende al 44 % y al 51 % respectivamente (ver Gráfico).

GRAFICO 1. Situaciones productoras del malestar



La temática de la desprotección social fue muy reiterada en los grupos focales. Los discursos de los profesionales remiten a las condiciones de vulnerabilidad de la población asistida: desempleo, malas condiciones cotidianas de vida, deterioro de la salud y malas perspectivas en cuanto a las posibilidades terapéuticas de las prescripciones médicas debido a las condiciones sociales, económicas y de salud de los usuarios.

La desprotección social refiere también a la situación de los propios trabajadores de la salud: falta de políticas de salud, falta de apoyo institucional, la incertidumbre y la vulnerabilidad afectan al personal de salud.

Propuestas de resolución

En relación a un listado de propuestas posibles para la resolución de los problemas laborales, las mujeres médicas marcan más frecuentemente los Espacios de Reflexión (53% para las médicas y 39 % para los médicos) y de Formación (45 % y 35 % respectivamente) (ver Gráfico).

Estrategias promocionales y preventivas

La devolución y el análisis de los datos recogidos se realizan en forma conjunta con todo el colectivo laboral, el objetivo no sólo es informar sobre los resultados obtenidos sino fundamentalmente reflexionar sobre las problemáticas relativas al desgaste laboral y favorecer la implementación de estrategias de afrontamiento. Acorde al requerimiento de los colectivos laborales, utilizamos dispositivos -con distintos encuadres temporales- destinados a profundizar las temáticas relevadas y optimizar los recursos individuales y colectivos potenciadores de la creatividad, la cooperación y la solidaridad. Este dispositivo se apoya en técnicas audiovisuales como estímulo y visualización de problemáticas, en técnicas grupales -grupos focales o técnicas psicodinámicas- y en la técnica F.O.D.A.

Las técnicas gráficas se utilizan para visualizar temáticas en particular enfermedades psicosomáticas que suelen ser negadas o silenciadas por los profesionales de la salud. Los trabajadores de la salud presentan habitualmente esta sintomatología. En este sentido nuestro dispositivo tiende a poner de manifiesto estas problemáticas a

fin de realizar un proceso de concientización. Las eclosiones somáticas coinciden generalmente con acontecimientos que sobrepasan la capacidad de tolerancia habitual del sujeto. "El cuerpo psicosomático no habla, sino que obra" (McDougall, 1989). Históricamente los fenómenos psicosomáticos se han asociado con el concepto de "alexitimia" -del griego a=sin, lexis=palabra, thymos=corazón o afecto-. El sujeto carece de palabras para nombrar sus estados afectivos o no llega a distinguir unos de otros -por ejemplo, el miedo de la irritación, la angustia de la tristeza- (Sifneos, citado por Mc Dougall, 1989).

La aparición de sintomatología orgánica, que puede ser grave y poner en peligro la vida misma, es una señal de alarma que emite el cuerpo, indicando el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad laboral.

En esta modalidad de intervención las técnicas gráficas se revelan como un instrumento valioso para visualizar la localización e intensidad de las cargas laborales. La propuesta concreta consiste en visualizar el propio cuerpo en situación laboral y localizar en él las zonas de mayor tensión, con el objetivo de producir un efecto sensibilizante. Una ilustración de esta metodología es lo relevado en un servicio de guardia. Una médica grafica una persona y localiza las tensiones en la zona de la cabeza. Las asociaciones al respecto tuvieron que ver con el "dolor de cabeza", "el desequilibrio", "el estrés", "el cansancio", no sólo en relación al trabajo en la guardia sino también al "día después" a la misma. Una diferencia interesante en relación al género fue la localización de las cargas en las piernas y los pies por parte de las médicas. El corazón y los pulmones fueron indicados por profesionales que habían sufrido episodios graves relacionados con dichos órganos -infarto y ataques asmáticos- estando en el trabajo, y permitieron el relato y la verbalización de dichos episodios. El impacto de las cargas laborales en el cuerpo fue verbalizada finalmente por una médica como un "*síndrome gripal*": dolor de cabeza, dificultad para pensar, embotamiento, dolor de espalda y de los músculos.

El dibujo, como un testimonio personal y grupal, funciona en algunos casos como objetivación de problemáticas corporales no conscientes relacionadas con el trabajo; en otros, indicando las secuelas del daño somático atribuible al estrés laboral. La discusión grupal de los gráficos, tanto de las características que tienden a repetirse como de aquellas que se destacan por su singularidad -por ejemplo en relación al género, en relación a la práctica de la especialidad- es el punto de partida para la elaboración de estrategias preventivas adecuadas a las necesidades de cada colectivo laboral.

Estos dispositivos grupales permiten resignificar el cuerpo vivido en el trabajo y sus riesgos, así como potenciar la elucidación de las prácticas y la articulación con requisitos psíquicos, cognitivos, sociales y éticos.

Un dispositivo que ha resultado útil en los colectivos laborales del sector médico, fue la técnica denominada F.O.D.A: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (S.W.O.T: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Este procedimiento permitió poner en la escena grupal nudos críticos del funcionamiento interpersonal e institucional.

Dentro de la psicodinámica grupal esta técnica operó como facilitador para poner en común obstáculos de orden administrativo, edilicio, técnico, organizacional, y los efectos de los acosos vivenciados. Poder reconocer la potencia subjetiva ligada al reconocimiento y el lazo entre miembros del equipo permitió dimensionar los vínculos grupales como fortalezas y visibilizar escenarios más innovadores y posibles estrategias de prevención y protección de la salud.

Por último, la elaboración de las “escenas temidas de las guardias” constituyó un disparador de situaciones traumáticas individuales y colectivas. Operan ideologías defensivas encubridoras de sufrimiento y mortificación y significativamente en hombres se representan en relación al “deber ser” de la profesión y sus límites y en las mujeres en relación a las situaciones de involucramiento con la cotidianidad de los sujetos en sus entornos familiares

Las propuestas de intervención, sus objetivos y modalidades se acuerdan por sector y constituyen lugares de producción de actos de salud para los trabajador@s de la salud.

Conclusión

La situación crítica de la Salud Pública, en el marco de la crisis del modelo hegemónico neoliberal, que expulsa al desempleo y la exclusión social al 30% de la población, pone en tensión los patrones tradicionales de las prácticas en salud. Las situaciones de violencia material y simbólica, la desprotección social, el desfinanciamiento y precarización del sector público enmarcan las prácticas cotidianas en el sector salud. Indicadores como las tasas de mortalidad materna, las causas de mortalidad de jóvenes y adultas y los condicionantes de nivel de ingresos y educativos expresan los desafíos éticos pendientes en relación a la inequidad social y de género a nivel poblacional.

A través de una triangulación metodológica se ha relevado las representaciones y prácticas en los actos de salud y sus diferenciales por género. La segregación horizontal y vertical, los efectos de la doble jornada y la “responsabilidad doméstica” son síntomas de la subordinación y discriminación en el sector. La inequidad en los puestos de toma de decisión es un indicador de esas barreras. La mayor percepción de estresores laborales y las propuestas de generar espacios de reflexión y niveles de organización advierten del involucramiento en los procesos y la búsqueda de alternativas transformadoras y de inclusión más equitativa. Por otra parte, las mayores afectaciones en las mujeres de las situaciones de maltrato y desprotección social redundan en prácticas subjetivizadas y favorecen procesos de afrontamiento resilientes frente a la crisis.

REFERENCIAS

- Benería, L. (1994): “Mujer, salud y trabajo: una visión global”. En *Revista Quadern Caps* N° 21, Barcelona. Isis Internacional. Centro de documentación.
- Hirata, H. y Kergoat, D. (1997): *La división sexual del trabajo*. Buenos Aires. Asociación Trabajo y Sociedad. PIETTE del CONICET.
- Llovet, J. J. (1997): “Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situacional final del siglo”, IV Congreso Latino Americano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, México. Mimeo.
- McDougall, Joyce (1991): *Teatros del cuerpo*. Francia. Julián Jekenes.
- Pastor, R. (1994): “Mujeres, Género y Sociedad” en Knecher, L. y Panaia, M. (comp.) Buenos Aires. Centro Editor de América Latina CEAL.
- Pastor, R. (1998): “Asimetría genérica y representaciones del género”. En Fernández, J. *Género y Sociedad*. Madrid. Pirámide.
- Rjvera Delgado, Amalia María (1997): *Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

Thébaud, F. (2000): "Introducción". En Duby, G. y Perrot, M. *Historia de las Mujeres*, Tomo 5. Madrid. España. Editorial Taurus.

Zaldúa, G.; Fabi, G. y di Marco, G. (2000): "*La Prevención desde una perspectiva de género. Análisis de los problemas relevantes en salud de las mujeres*". En Zaldúa, G. (comp.) *Salud y Género*. Buenos Aires. Editorial Eudeba.

5.2 El Ethos de Cuidado y las Cuestiones de Género*

Graciela Zaldúa

Los mandatos tradicionales del cuidado de l@s otr@s por las mujeres siguen interpelando al feminismo y al movimiento de mujeres, por su enunciación misma y por los efectos en relación a la condición de género y el nexo entre capitalismo y patriarcado. El trabajo doméstico y de cuidado, por una parte, garantiza la realización del plusvalor y, por otro, la de control y tutela sobre las mujeres. La división sexual del trabajo, los espacios de lo público y privado y la familia son las claves de las relaciones de producción y reproducción de las asimetrías.

Cuestiones vinculadas a las posiciones sociales y a la producción de subjetividades son espacios de realización de las normalizaciones y naturalizaciones sexistas o clasistas. Resistencias y acciones transformadoras cuestionaron los mandatos económicos, jurídicos, transgrediendo las identidades inmutables de los discursos, las censuras, en el doble juego de resistencia e insurgencia. Como señala Butler, la acción renovable de la performatividad de género, como modalidad de poder, entendido repetición de normas institucionalizadas y práctica discursivas que realiza o produce lo que nombra, puede dar lugar a la desobediencia y transgresión de la estructura de doble sometimiento psíquico y social. Las posiciones que cuestionan el orden de sometimiento abren caminos y tiempos múltiples y diversos. Pero, a pesar de la heterogeneidad histórico-biográfica de las trayectorias de las mujeres, las condiciones de subordinación sexista permiten visibilizar los vínculos entre hombres y mujeres como relaciones de opresión y, a la vez, como espacios políticos de resistencia.

Consideremos el siguiente hecho: hij@s, ancian@s, los hogares, los espacios institucionales y comunitarios, etc. vinculados a la cotidianeidad de la reproducción social y biológica, son asignados y naturalizados como a cargo de las mujeres. Las asigna sólo describen lo que debemos hacer las mujeres, sino también nos prescriben con los discursos que refuerzan los mandatos.

Las prácticas sociales y discursivas se actualizan en las significaciones imaginarias, se naturaliza el mandato con prescripciones, deberes, sanciones, culpas, como si fuera un destino que no puede transgredirse sin consecuencias.

Estas normas que generan matrices de relaciones y prescriptivas se relacionan con otras subordinaciones y opresiones estructurales que las sobredeterminan: de clase, de etnia, ampliando o recortando los niveles de posibilidades de otras realizaciones, es decir la contingencia que permite emerger otras identidades e imaginar otros papeles y relaciones de poder.

El trabajo femenino remunerado en algunos sectores medios y altos puede contar con resoluciones sostenidas por trabajos domésticos asalariados de otras mujeres u otras instituciones de sostén. Junto con el acceso al trabajo remunerado, niveles educativos y control anticonceptivo facilitaron en estos sectores sociales mayores niveles de autonomía y posibilitaron la transformación de los ideales y las posibilidades de realización no sólo basadas en la maternidad y el cuidado de los otros. A su vez, algunos hombres acompañaron estos nuevos consensos de género accediendo al espacio

* Publicado en En Korol, C. (comp.) *Hacia una Pedagogía Feminista. Géneros y Educación Popular*. Editorial El Colectivo-América Libre. Buenos Aires, 2007. Pag 99-105.

doméstico y compartiendo el cuidado. No es sin dificultades y retrocesos en muchos, construir y sostener niveles de equidad en las funciones, por la pregnancia del mandato tradicional masculino de sostenedor y autoridad sobre la mujer y a su vez la mujer en su función materna, de madre cuidadora, y con relaciones de pertenencia y subordinación al hombre. Estos cambios en las posiciones subjetiva, articulados con los cambios sociales, producen transformaciones afectivas, de las representaciones psíquicas, que abren otras posibilidades simbolizantes en las mujeres, no sólo las tradicionales de la maternidad y el cuidado, sino del trabajo, el arte, la ciencia, la política. Por su parte, el hombre puede compartir el sostén familiar, acceder al espacio doméstico y al cuidado, sin que recurrir a la fuente de autoridad y dominio sobre la mujer. Horizontes, transiciones, nuevos consensos entre los géneros. Pero esto no fue ni es un problema que sólo atañe a las es, sino a toda la sociedad, y requiere de insistencia en la formulación y en las acciones relacionadas con las asimetrías y sus correlatos de espacios desiguales, es decir, de priorizar la equidad, la participación, el acceso a oportunidades como eje de políticas públicas.

Estos mandatos tradicionales se hacen dilemáticos en los sectores populares, que sin soportes de protección, se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad. En el trabajo público y privado, como cuidadoras y sostenedoras, las mujeres enfrentan la crisis neoliberal con múltiples estrategias de sobrevivencia:

Muchas son presencia activa en los movimientos sociales para garantizar la alimentación, la tierra, el agua, la vivienda y a su vez las acciones de orden familiar. Los tiempos que exigen estas acciones, en un contexto de pobreza e indigencia, rompen con el te mujer tradicional. Si algo falla reciben frente a los “descuidos” las miradas culpabilizantes de las instituciones educativas, sanitarias, familiares.

Las asimetrías de género y de clase se construyen tanto social relacionamente, aunque su invisibilización opaca, oculta los mecanismos de encadenamiento al sexo como natural y biológico y a la dominación social sobre los sectores subalternos. Si en las mujeres de sectores medio el trabajo remunerado constituye un lugar simbólico, en el camino de las realizaciones y la búsqueda de satisfacción es que los ideales de género tradicionales son ineficaces y fueron revisados. En el caso de los trabajos precarizados, flexibilizados, mal pagos o cuasi esclavos nos interrogamos si pueden ser fuente de gratificaciones y con posibilidad de ser revisados críticamente, y si, por su contrario, no se añorará un mítico volver a lo doméstico, al ideal tradicional patriarcal.

Esta manera de esencializar el mandato fue hace unos años definido por B. Friedman (1963) como la mística femenina. Ese problema sin nombre se sostiene en la creencia que la identidad se realiza en el hogar y la familia. Deconstruir este discurso del poder patriarcal y develar los dramas silenciados del hogar como las violencias domésticas, sexuales, psicológicas, económicas, fue y es un desafío, entre otros, de la praxis del feminismo. Tratados internacionales y leyes nacionales protegen los derechos frente a las discriminaciones. Sin embargo, nos encontramos con escenarios y actores niegan o sus alcances son limitados.

El ethos de cuidado está relacionado con las costumbres, con los modos de vivir y, a su vez, con la morada como refugio. Su sentido se refiere a valorar actitudes de protección que paradójicamente se le atribuyen como responsabilidad a las mujeres en el ámbito de lo privado, y se les niega sus posibilidades de libertad y autonomía en lo público y en lo referente a los derechos sexuales y reproductivos.

Múltiples casos nos convocan a la indignación y a la resistencia activa, cuando intervenciones judiciales obligan a violadas a proseguir un embarazo repudiado por su

engendramiento forzado. Se juega en los cuerpos agraviados el poder de la hegemonía ideológica, en particular en las clases dominadas. Poder que se produce y reproduce a través de modos de articulaciones de los conjuntos de relaciones sociales en las esferas políticas, económicas, socioculturales.

La garantía de no punibilidad de los abortos productos de violación, vigente desde el año 1922, se convirtió en escenarios trágicos de la guerra sobre los cuerpos y las decisiones en caso recientes como las chicas de Guernica, Mar del Plata, Mendoza y actualmente Entre Ríos. Cual verdugos de la Inquisición, la derecha jurídica y religiosa actúan con y por todos los medios sobre las víctimas propiciatorias, sobre el personal sanitario, sobre los familiares. Sus propuestas en defensa del no nacido muestran en extremo los lugares desubjetivados de las mujeres como reproductoras, sin sentimientos, deseos y capacidad de decisiones y elecciones, y de cosificación del embrión que lo proponen para la adopción o condicionan la continuidad de la gestación con supuestas protecciones.

Cuerpo apropiado y embrión mercantilizado se instalan como coordenadas en las situaciones de violencia y pobreza impuestas por la vulnerabilidad y la desprotección. Sin embargo, en los casos citados enfrentaron, desobedecieron, transgredieron, con el acompañamiento de los movimientos feministas y de mujeres.

La vigencia de la campaña por la despenalización y legalización de aborto es central, y son inaceptables las dilaciones y demoras en su tratamiento como ley nacional, como en los países del primer mundo vigente desde hace décadas. En igual sentido, la campaña internacional y nacional contra la trata y tráfico de personas muestra la perversión de la cultura patriarcal y de complicidades. No es posible sin el consentimiento del poder que se produzcan las capturas en las mafias de la prostitución y sean impunes los feminicidios en el país y en muchos países América Latina como, por ejemplo, México.

Otras apuestas, otros devenires

El consenso tradicional de género relacionado a las organizaciones económico-sociales y a las divisiones del trabajo entre mujeres y hombres, se basa en la división de lo público y lo doméstico. En nuestro país, en la actual etapa de acumulación capitalista, el rol de proveedor único está en cuestión, y en cuanto a los aportes al cuidado y los ideales o representaciones con equidad de género, son un desafío.

El endeudamiento externo, la desindustrialización, la desocupación, la flexibilización y precarización, se relacionan con efectos en los niveles de pobreza e indigencia extremos. En este contexto las mujeres ocuparon más puestos de trabajo y elevaron su capacitación, siendo relevantes las jefas de hogar. Sin embargo, persisten prácticas discriminatorias en cuestiones salariales, prestacionales y por su capacidad reproductiva. Y a su vez, según sectores sociales, las prácticas de equidad son divergentes entre los discursos que las enuncian y una real complementariedad en el trabajo doméstico.

Marcela Lagarde pone en cuestión el verbo cuidar frente al neoliberalismo patriarcal y la globalización inequitativa. Sostiene que la fragmentación del cuidado por las mujeres, y la asignación como condición natural a partir de las organizaciones sociales, de género, de clases, étnica, nacional, regional, local, continúa como en el pasado. Asimismo señala que en millones de mujeres se reforzó un sincretismo de género, cuidar a los otros a la manera tradicional, con satisfacción por el deber ser, y a la vez lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo, participando :-esos educativos, laborales y políticos.

Si estos mecanismos alienantes naturalizan y a su vez no valorizan esa subjetividad, que debe estar alerta a las necesidades de los otros, cómo podemos propiciar otras líneas de acción que conserven la necesaria perspectiva del cuidado frente al descuido.

En una perspectiva podemos revisar las palabras de L. Boff: "el ser humano como huésped de la tierra ha de asumir el "ethos" en su sentido originario, como aquella forma del mundo que reservamos para organizar, cuidar y hacer nuestro hábitat como modo de vivir. En este sentido cuidar implica intimidad, sentir dentro, acogerlos, respetarlos, darles sosiego y reposo. Cuidar es entrar en sintonía, auscultar, Reciprocidad y complementariedad fraterna. Ante las degradaciones y devastaciones del planeta, las guerras imperiales y las inequidades producidas por las brechas de las desigualdades entre los que más tienen y menos tienen su e:: manera de valorar la morada en peligro".

En otra perspectiva complementaria, podemos articular una función ética del acogimiento que incluye al cuidado de las personas y de los problemas, posibilidad de micropolíticas. Guattari (1981) plantea una revolución molecular, una manera práctica de promover agenciamientos micropolíticos en la polis, no sólo cuestionar lo político a gran escala, los micros de cuidado son intervenciones políticas, es estar atento a todo lo que bloquea los procesos de transformación del campo subjetivo. En este sentido, resignificar el cuidado en términos de género y opacidad que el concepto plantea si lo aislamos y no lo incluimos como conjunto de relaciones que nos permiten pensar en la interdependencia de género con otras variables de opresión como raza, edad, cultura, etc. (J. Scott, 1990). Por otra parte, la noción: construcción social y discursiva implica una mirada sobre la subjetividad y las tramas de poder y conocimientos que se estructuran sobre las diferencias entre los sexos, entre lo masculino y lo femenino, y esto propicia una dialogicidad en la complejidad; una posibilidad de interpelar los sexismos al interior de los discursos y las prácticas. En este sentido se constituye una práctica política y le da sentido a las afectividades, los lazos reafirmando el deseo por el bienestar, la libertad y la justicia (Braidotti, R, 2004).

Con estas dos perspectivas de interrogación sobre lo macro y lo micropolítico, las urgencias sobre la inclusión social, la real garantía de derechos de ciudadanía a nivel económico, social, político, cultural y de protección del ambiente y de los recursos naturales, se resignifica el ethos de cuidado, desprivatizándolo y politizándolo en un campo democratizador y dignificador de las relaciones sociales y subjetivas. La cooperación, la sostenibilidad de políticas públicas de protección, la solidaridad y las autonomías, son ejes de construcción contrahegemónicos frente a las formas de acumulación que incrementan las marginaciones, invisibilizan las opresiones, y sostienen las impunidades y las corrupciones.

Es posible construir una ética y una cultura del cuidado en la perspectiva de la democratización de las relaciones sociales y de género, pero también en el control de las acciones públicas, descentralizando y socializando los poderes de gestión y monitoreando participativamente las políticas y los programas.

No es posible un ethos de cuidado sin la aceptación de las diversidades y el pluralismo y, en ese camino, la laicidad del Estado es una garantía. Tampoco es posible sin el fortalecimiento de los movimientos sociales y la agenda de acción en los escenarios nacionales y en particular latinoamericanos. Proyectos y programas como los de Venezuela y Bolivia, que se aúnan a los desarrollados en Cuba, Brasil y Uruguay, son

un capital material simbólico que alienta a debatir, a construir redes, y a pensar s relaciones posibles y necesarias.

Bibliografía

Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. España. Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Editorial Paidós.

Freedman, B. (1996) citado en Horowitz, Daniel. "Rethinking Betty Friedan and The Feminine Mystique: Labor Union Radicalism and Feminism in Cold War American" *American Quarterly*, Volume 48, Number 1, March 1996, pp. 1-42

Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para el poderío y autonomía de las resistencia*. Instituto Andaluz de la Mujer. Málaga. España.

Lagarde, M (2003). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. Ciudad de México.

Guattari, F. (1981). *Psicoanálisis y transversalidad*. México. Siglo XXI.

Scott, Joan. (1990). "El género una categoría útil para el análisis histórico". En Amelans y Nash, *Historia y género*. Valencia.