

Repensando las estrategias de prevención y promoción de la salud

Por María Díaz Colodrero

María Díaz Colodrero. Trabajadora Social.

Introducción

El presente trabajo se centra en la idea de que las estrategias de prevención y promoción subyacentes en el campo de la salud reafirman la desigualdad entre los géneros. Por este motivo se recuperan algunos encuentros llevados a cabo con mujeres y hombres, a través de mi intervención profesional como trabajadora social, para indagar de qué manera se reafirma esa desigualdad.

Entendiendo a la salud como un campo en el que interactúan múltiples actores, se toma en cuenta el rol que cumplen las políticas públicas de salud y la materialización de las prácticas médicas, prevalecientes en este espacio.

Mi experiencia me lleva a sostener que persiste una concepción binómica de los géneros, que los separa en hombre-mujer, e intenta homogenizarlas en su interior como algo biológico, asignándole a cada uno de los géneros un determinado deber-ser. Esta dicotomía se reproduce concretamente desde las políticas públicas de salud y se reafirman desde las prácticas médicas. Entonces, las estrategias de prevención y promoción que se implementen tienen como objetivo el mayor control de los cuerpos sobre las mujeres, niñas y niños, visibilizando así que el hombre es colocado en un lugar distinto.

Se intenta ir desde lo general analizando a las políticas públicas, pasando por lo particular, donde se centra en las prácticas médicas, para llegar al encuentro singular con mujeres y hombres con los que he intervenido. Sin embargo, esta separación es más bien analítica, ya que a lo largo de estas líneas se intenta demostrar la relación dialéctica en la que se encuentran inmersos las políticas, las prácticas de salud, los géneros.

El campo de la salud y las políticas públicas

Entiendo que la salud es un campo social conformado por diversos actores que disputan por definiciones y sentidos sobre las estrategias de prevención y promoción de la salud, intentando de acorde a sus intereses y sometidos a relaciones de poder, darles cierta legitimación tanto en sus discursos como en sus prácticas.

Lo que prevalece en este campo es una concepción hegemónica de la salud legitimada por un discurso médico, en la que, en líneas generales, se refiere a una idea dicotómica que se reproduce en las prácticas: (1) evitar y (2) controlar las “anomalías” mediante la prevención de las conductas de las personas. En este sentido se definen tanto las conductas y las posibles acciones de riesgos para controlar a las enfermedades, asegurando así cierta concepción de la “existencia de poblaciones saludables”. Entonces lo que se observa a grandes rasgos es que la salud es pensada como ausencia de enfermedad o a la inversa y que las prácticas médicas en general se dirigen a cumplir esos objetivos.

Estas prácticas se legitiman en relación a las políticas públicas en general y en los programas y planes de salud en particular. Por nombrar algunos de éstos: Plan Nacional de Control Niño Sano;

Programa de vacunación; Programa de Control de la Tuberculosis, etc., tienen como objetivo el control de las enfermedades. Subyace de este modo una homogenización de la salud-enfermedad-atención como también la idea de “población” hacia la que tienen que ir dirigidos estos programas, invisibilizando las heterogeneidades y particularidades como otras dimensiones que se ponen en juego en el proceso de salud-enfermedad de las personas: sociales-culturales-simbólicas-económicas-subjetivas, entre otras.

Estas aproximaciones nos llevan también a otro plano de discusión: la relación entre lo público y lo privado. Claramente las políticas públicas de salud buscan incidir significativamente en el ámbito de lo privado de las personas, al querer “normalizar” sus conductas en “prácticas saludables”. El diseño de estas políticas encubre perversamente que al exigirles estos tipos de conductas a las personas se las descontextualiza de su vida cotidiana. Es decir, se le pide, por ejemplo, a una persona que padece de Tuberculosis que no viva en condiciones de extrema pobreza, que no trabaje en un taller de costura, que se aisle cuando vive en hacinamiento, etc., para no contraer ni contagiar la enfermedad. Pero ¿dónde empieza y termina “lo público y lo privado”? ¿Hay límites tan tajantes? ¿Qué ocultan estos supuestos límites?

En aproximación, se puede decir que estos tipos de encubrimiento invisibilizan las condiciones reales de existencia cotidiana de gran parte “de la población” hacia la que van dirigidas, también ocultan que en esa “normalización” de las conductas se busca reproducir “conductas esperables” de los géneros. Es en este sentido que no se puede realizar una lectura crítica de las ideas de prevención y promoción de la salud sin dar cuenta de su intersección con el género y con otras dimensiones como clase, raza, etnia, cultura, simbólica, económica, política, histórica, que en conjunción se convierten en múltiples sistemas de opresión que operan generando mayor desigualdad y pocas probables “prácticas saludables”.

Género y su relación con la salud

Se podría decir que subsisten dos mecanismos mediante la cual la construcción del género ejerce su influencia sobre la salud, a saber: la socialización y el control institucional. Así como se dice que los géneros son construcciones relacionales, también se puede afirmar que existe una relación construccional entre los géneros y las instituciones. En este sentido, ambas cuestiones se someten en una relación dialéctica y son interpelados mutuamente. En esa relación el sistema de salud cumple un papel fundamental para controlar y socializar a los géneros.

Sin perder de vista a las políticas públicas de salud y utilizando al género como una herramienta de análisis, se puede observar que gran parte de las estrategias de prevención y promoción se orientan en dos líneas: por un lado, se dirigen a usuarios/as del sistema de salud como si fueran un todo homogéneo. Pero, por otro lado, se dirigen exclusivamente a la mujer, entendida ésta desde una concepción hegemónica del deber-ser de la mujer, es decir, sometiéndola en un lugar de “madre”. Es desde estas dos líneas que se intenta instrumentalizar las prácticas de salud para controlar y socializar a los géneros. Pero ¿de qué manera son entendidos los géneros en salud? ¿Qué rol juegan las estrategias de prevención y promoción para socializar y controlar a los géneros? ¿Cómo interpela la salud a los géneros y los géneros a la salud?

En mi inserción al sistema de salud público como trabajadora social, empecé a visualizar que en la mayoría de los dispositivos suelen recurrir mujeres, niños y niñas. Los hombres son encontrados en las salas de internación clínicas, terapias intensivas o recurren a dispositivos con cuadros de enfermedades avanzadas, como los encontré en Neumotisiología por una tuberculosis y en Cepad *-I-* por una enfermedad de transmisión sexual (ITS), HVI o sida. Estas cuestiones me han interpelado y llevado a repensar ¿por qué estas diferencias tajantes?

Entiendo que a la salud no se le puede eliminar sus aspectos biológicos, por este motivo hay que

analizarlas en sus formas complejas en la que interactúan tantos factores biológicos con factores sociales, en la cual se incluyen los caracteres culturales, simbólicos, económicos, de clase, de etnia, de raza, entre otras para intentar comprender las diferencias relacionadas entre la salud de mujeres y hombres.

La perspectiva de género visibiliza algunas cuestiones que se ponen en juego por parte de las instituciones de salud: subyace una construcción dominante sobre la noción del “sexo” que surge de relaciones y jerarquías sociales que imponen una visión dicotómica y heterosexual del cuerpo, estableciendo un modelo de “dos sexos” que condiciona la manera en que nos perciben y nos percibimos socialmente; supuestos riesgos que estarían ligados a tareas definidas como masculinas o femeninas; dispositivos que se crean para atender esas necesidades específicas; recursos y distribución de los mismos con los que se cuenta para el cuidado de la salud, entre otras cuestiones. Del lado de las personas se visibiliza: qué tipo de conductas adoptan en la búsqueda de atención; qué percepción tienen de las enfermedades; qué necesidades específicas consideran que requieren atención, entre otras.

Considero que es aquí donde se produce cierta naturalización de una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, al reproducirse una concepción dualista entre el cuerpo y las conductas esperables para ese cuerpo, y que se cristaliza desde diferentes dispositivos que se crean para su intervención. Estos hechos cumplen una función esencial de cómo uno/a se piensa medicamente e incidirán significativamente a la hora de acceder al sistema de salud para garantizar derechos de atención.

En esta línea, Emily Martin sostiene que:

“tanto la imagen popular del óvulo y el espermatozoide, como las explicaciones científicas de la biología reproductiva se basan en estereotipos centrales de nuestra cultura respecto a las definiciones de hombre y mujer. Los estereotipos no implican solamente que los procesos biológicos femeninos son menos dignos que sus homólogos masculinos sino también que las mujeres son menos valiosas que los hombres. Éstos son vistos como grandes productores de espermatozoides, en cambio el ciclo menstrual se describe como un fracaso. Aun cuando en el sistema de fecundización el óvulo es activo se lo coloca en un lugar pasivo, lo que demuestra que la forma de entender este proceso está permeada por una concepción masculina hegemónica” (Martin, 1991).

Entiendo que estas representaciones hegemónicas no difieren de las ideas subyacentes en las estrategias de prevención y promoción del campo de la salud en general: hombres y mujeres son colocados en un plano de desigualdad; y esta desigualdad se ha ido incrementando con el avance científico, ya que las mujeres cada vez van perdiendo la posibilidad de controlar a su propio cuerpo.

Rosa Geldstein realiza un trabajo sobre la inserción en el mercado laboral de las mujeres a partir de la crisis de los '90 en adelante y las transformaciones que implicó para las configuraciones familiares. Al respecto se preguntó:

“hasta dónde se extiende la mayor capacidad de las mujeres para petitionar y aprovechar oportunidades y dónde comienza el sesgo de género en la oferta de los programas sociales y la filantropía, que parecen inclinarse hacia (¿favorecer a?) las madres, seguramente sin percibir que ello favorece una visión segmentada de la familia, contribuye a la multiplicación de las cargas femeninas y a la devaluación de los hombres, y refuerza los estereotipos de género” (Geldstein, 2004: 151).

Esta idea planteada se apoya sobre una hipótesis que vengo ensayando:

la invisibilización de los hombres en el sistema de salud, ya sea desde los programas de

salud, de los dispositivos que se crean para intervenir, desde las prácticas médicas y desde las actitudes y subjetividades que los propios hombres asumen, no hacen más que reforzar una mayor desigualdad en las formas de atención, que implican mayor control sobre los cuerpos de las mujeres, conductas esperables de las mujeres, visualizadas en la mayoría de las veces como “prácticas saludables”, reforzando así la reproducción de los estereotipos de género. Es esperable que “la mujer -en su rol de cuidadora-madre” acceda al sistema de salud para un mayor control institucional y de socialización de su cuerpo. Mientras que de los hombres se espera que en “su cultura del aguante del cuerpo” se reproduzca cierta socialización como que a ellos “no les pasa nada” legitimando así la idea de que los hombres son invulnerables.

Henrietta Moore realiza un análisis sobre los primeros postulados que han realizado las feministas antropólogas, quienes intentan comprender la subordinación de la mujer. Sherry Ortner estableció:

“que la naturaleza es a la cultura lo que la mujer al hombre”, en este sentido, proponía “que asociemos simbólicamente a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura. Dado que la cultura aspira a controlar y dominar a la naturaleza, es natural que las mujeres, en virtud de su proximidad a la naturaleza, experimente el mismo control y dominio” (Moore, 1988: 28).

En esta línea se comienza a plantear la idea de que esta subordinación deviene a partir de que la mujer, debido a su capacidad de reproducción, se encuentra más próxima a la naturaleza y que dentro de la familia la mujer es asociada al cuidado del hijo/a relegándola así al contexto doméstico. Si bien esta concepción dicotómica entre cultura-naturaleza, mujer-hombre, público-privado han sido altamente cuestionadas por otros estudios, como lo hace inclusive Moore, enmarcan una idea primordial: devienen del pensamiento occidental que penetra e induce a reproducir sistemas binarios de opresión. Como sostiene Moore:

“la superioridad de la cultura sobre la naturaleza es un concepto occidental, y forma parte de una estructura conceptual de una sociedad que concibe la civilización con la culminación del triunfo del hombre sobre la naturaleza. La industrialización, la ciencia moderna y la tecnología han sido fundamentales para el desarrollo de los conceptos occidentales de la naturaleza y cultura” (Moore, 1988: 35).

Esta occidentalización se reproduce constantemente en el campo de la salud, ya sea desde configuración de los programas como las prácticas médicas en sí. Sin embargo, a mi entender, se reproduce una paradoja: no se puede hablar universalmente de un campo de la salud, al estilo de universalizar los conceptos binarios como pretende occidente. Subsisten variaciones de múltiples campos de salud a la vez, y esto lo demuestra la experiencia que he ido adquiriendo en distintos hospitales públicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se intenta implementar programas que quizás han funcionado en otros contextos y/o tiempo y/o instituciones en su propio sistema; homogeniza a las/los beneficiarios/os de los programas; reproduce una concepción hegemónica de los géneros y la familia; homogeniza una sola forma de entender a la salud en su forma opuesta que sería “no estar enferma/o”. Pero estas dicotomías excluyen las intersecciones de otras dimensiones como lo son los géneros, las clases, las razas, cuestiones sociales, políticas, culturales, simbólicas, subjetivas, históricas, entre otras, que en interacción se complejizan y se autodefinen constantemente llevando a contradicciones que van más allá de los dualismos pero que tienden a los dualismos a la vez. Pero ¿a qué refieren estos dualismos? ¿Cómo se cristalizan en el campo de la salud?

Heidi Hartmann se preguntaba:

“cómo una división sexual más igualitaria se convirtió en menos igualitaria y cómo esta división jerárquica del trabajo llegó a extenderse al trabajo asalariado en la época moderna”. Argumentaba que “la estratificación sexual, se produjo junto con el aumento de la productividad, especialización y complejidad de la sociedad (...) la sociedad humana emergió primitiva y se convirtió en “civilizada”. En esta perspectiva el capitalismo es un pariente recién llegado, mientras que el patriarcado, la relación jerárquica entre hombres y mujeres en la que los hombres son dominantes y las mujeres están subordinadas, fue una llegada anticipada. (...) Con el advenimiento de las separaciones público-privadas tales como los creados por la aparición de aparato del estado y sistemas económicos basados en el intercambio más amplio y las unidades de producción más grandes, el problema para los hombres se convirtió en mantener su control sobre la fuerza de trabajo de las mujeres. (...) Un sistema personal directa de control se traduce en un sistema indirecto, impersonal de control, mediada por las instituciones de toda la sociedad. Los mecanismos disponibles para los hombres fueron (1) la división tradicional del trabajo entre los sexos, y (2) técnicas de organización y control jerárquico. Estos mecanismos fueron cruciales en el segundo proceso, la extensión de una división sexual ordenada de mano de obra para el sistema de trabajo asalariado” (Hartmann, 2000).

Si bien el campo de la salud opera como un sistema indirecto e impersonal generando una estructura desigual en las relaciones sociales, no se debería afirmar de manera contundente que todas las mujeres son dominadas y que todos los hombres son dominantes. Estas afirmaciones por muchas feministas no hacen más que reproducir un sistema dual, por un lado, el capitalismo y por otro el patriarcado, deshistorizando y despolitizando la compleja y contradictoria trama en la que se estructuran y desestructuran las relaciones sociales. Esto no niega que las mujeres se someten bajo distintas circunstancias sociales, pero tanto mujeres como hombres se ven inmersos dentro variaciones estructurales particulares que opera y oprime el sistema capitalista.

Entonces, tomando al campo de la salud como un claro ejemplo, se puede dar cuenta que el sistema en sí tiende a la homogeneización y dualización, sin embargo, persisten variedades y/o diversidades que cristalizan las contradicciones de las instituciones, pero también las opresiones y diversas desigualdades en las que son sometidas los géneros. Si bien el sistema capitalista ha logrado transformar las diversas estructuras para legitimar la división sexual del trabajo, la división sexual de las violencias, la división sexual del cuidado, estas divisiones son más bien matices entrelazadas con diferentes estructuras de desigualdad, que en tendencia someten a la mujer bajo un sistema de dominación. Pero ¿Es la mujer dominada por el solo hecho de ser mujer? ¿O es dominada por la intersección de otros dominios? ¿Son todas las mujeres dominadas de la misma manera? ¿Son todos los hombres que gozan por el beneficio de haber quedado del otro lado de la división? ¿El hombre domina por el solo hecho de ser hombre?

Es necesario hacer hincapié en las variaciones para dar cuenta que, en este recorte específico que analizo, las políticas públicas, las prácticas médicas, los géneros se someten y son sometidos a relaciones contradictorias. Se presenta el desafío de ¿Cómo desdibujar estas dualidades y romper con el estereotipo, por ejemplo, de que el cuidado de la salud es un espacio feminizado? ¿Llegó el momento de trascender los bagajes y críticas teóricas feministas para interpelar concretamente en las prácticas y transformar a los géneros de sus estereotipos hegemónicos? ¿Es posible?

¿El sistema de salud en jaque? Entre “lo que se dice y lo que se hace”

Si bien desde el campo salud se intenta un control institucional y socialización de los géneros

mediante sus programas y prácticas, en el encuentro con “esas otras y esos otros” se ponen en jaque “las prácticas saludables” que intenta reproducir.

El primer problema lo encuentra en la determinación absolutista y esencialista en el que son pensados los géneros y las conductas esperables para esos géneros. Esta concepción no se detiene en la idea de una posible autonomía relativa con la que cuentan las personas, que conlleva a que se fragilicen las ideas universales de mujer y hombre. Existen múltiples maneras singulares de ser mujeres y hombres, incluso muchas personas no sienten encajar en ninguna de esas opciones. Mientras el sistema se esfuerza en reproducir esa dicotomía, las personas, atravesadas por múltiples dimensiones que interseccionan y se autodefinen constantemente, transforman su manera y modo de autopercebirse como mujeres, hombres, gays, travestis, etc. y esto va a repercutir en sus prácticas.

Una segunda cuestión trascendental es que los géneros también transforman y son transformados por la cuestión de clase. En este sentido, la clase puede ser un factor determinante de las desigualdades de la salud, lo que complejiza aún más la concepción hegemónica de la salud: la pertenencia a determinada clase va a determinar distintas maneras de salud-enfermedad.

De esto se desprende también que hay diferentes significados de salud según la raza, etnia, creencias religiosas, culturas, ser migrante, etc. que se complejizan, por ejemplo, en el entrecruce de pertenecer a determinada clase, etnia y género.

Estas cuestiones se interseccionan en un contexto particular en la persona en su cotidianidad y van a repercutir en su subjetividad. Esto lleva indefectiblemente a la manera en que vive y entiende los padecimientos cada persona. Por eso se hace necesario localizar en cada contexto los síntomas y malestares, para sin correrse de modelos explicativos más generales, dar cuenta que estas intersecciones operan como condicionantes estructurales que repercuten en las propias estrategias que ellas/os mismas/os puedan adoptar para visibilizar que acontece en sus respectivos cuerpos. Estos padecimientos singulares intentan poner en jaque a las ideas homogenizantes de salud, poblaciones saludables, prácticas saludables, de la socialización de los géneros entendidos desde una concepción hegemónica.

Entonces, debemos entender tanto al carácter de las políticas públicas en relación al campo de la salud, con sus saberes legitimados, tanto en sus discursos de prevención y promoción como en las prácticas que se implementan, como estructuras sociales que se interrelacionan y operan para legitimar desigualdades. Por este motivo, es imprescindible entender las formas complejas en las que se relacionan factores biológicos y sociales. El sistema de salud, como institución social, se relaciona con otros diferentes dominios que van desde las técnicas de vigilancia hasta estructuras hegemónicas, culturales e ideológicas para determinar una concepción naturalista de los cuerpos, invisibilizando así que estos cuerpos también se encuentran atravesados por otros dominios que operan también como generadores de desigualdades. De esta manera, las personas se ven atravesadas por múltiples dimensiones de opresión y de desigualdad que impactan en su subjetividad. No se puede hablar dicotomías, más bien de esferas y matices que interactúan y están connotadas de valores sociales, culturales, políticos, económicos que están en permanente construcción.

Encuentros

Illuoz sostiene que:

“La distinción y la división más fundamentales que organizan la mayor parte de las sociedades del mundo – es decir, entre hombres y mujeres- se basan en (y reproducen a través de) las culturas emocionales. Para ser un hombre de carácter hay que demostrar valor, fría racionalidad y agresividad disciplinada. La femineidad, por su parte, exige amabilidad, compasión y alegría. La jerarquía social que produce la división de los géneros contiene divisiones emocionales implícitas, sin las cuales hombres y mujeres no

reproducirían sus roles e identidades” (Illuz, 2007: 17).

Cuando empecé a intervenir con hombres pude dar cuenta que tanto las instituciones como los géneros se interpelan dialécticamente. Del lado del sistema de salud, en su afán por socializar y controlar los cuerpos de las mujeres, niñas y niños, reproduce en sus discursos una idea errónea “como que a los hombres nunca les pasa nada”. El foco está en entender que se oculta en estos enunciados.

El sistema impone múltiples barreras para que los hombres no accedan a controles de salud, desde los horarios de atención, ya que mayormente los hospitales suelen atender por las mañanas, y de ellos -en su rol de proveedores- se espera que estén insertos en espacios laborales. Tampoco se difunden prácticas preventivas, promocionables y de autocuidado de salud para ellos, ya que desde las concepciones hegemónicas como los comportamientos que asumen los propios hombres, se espera que realicen constantemente hábitos de riesgos para reafirmar su masculinidad. Los hombres, por su parte, buscan reafirmar su identidad desde la oposición a prácticas que se consideran como femeninas, por ejemplo, el cuidado es algo que pertenece a las mujeres. Estas oposiciones se transforman en obstáculos y operan como determinantes para su llegada tardía al sistema de salud con cuadros complejos de enfermedad.

En Cepad, por ejemplo, los hombres solían acercarse a testearse porque manifestaban que era habitual en sus prácticas el no uso de preservativo, ya sea en sus relaciones con otros hombres como con mujeres. Se espera que ellos adopten esa conducta, porque desde una concepción hegemónica, son vistos como una “sexualidad instintiva” con lo cual pueden vivir una sexualidad descontrolada. Sin embargo, al indagar en las entrevistas solían demostrar temor y miedo a la hora de recibir el diagnóstico.

En algunas ocasiones comentaban que habían tenido relaciones sexuales por fuera de su pareja estable y que traían “engañada a la misma para testearla por las dudas”. Lo que refleja que son alojados en un lugar de protección (que en ocasiones se convierte en control) y no como una práctica de autocuidado.

Otros comentaban que venían aguantando los dolores hace meses lo que refleja el alejamiento de los dispositivos de salud.

Cada entrevista se lo tomó como un encuentro singular donde se intentó problematizar todas las cuestiones que iban surgiendo, haciendo hincapié en el protagonismo que los hombres deben asumir para el cuidado de su propia salud.

En las charlas de sala de espera para las personas que están en tratamiento por tuberculosis se refleja claramente la tardía de los hombres al sistema de salud. Muchos comentaban que habían naturalizado los síntomas como perder considerablemente el peso, sudar, sentir cansancio, etc. Una de las características es que cuando se comienza el tratamiento se recomienda no trabajar por lo menos durante el primer mes, lo cual pone en jaque la situación socio-económica de los hombres. En estas situaciones se pone de manifiesto las múltiples esferas de desigualdad que operan en la cotidianidad de las personas. Se les exige a estos hombres “que además de sanos no sean pobres”, pero distintas son sus realidades: la mayoría de ellos se inserta a trabajar en el mercado informal, con lo cual no cuentan con los derechos laborales que gozan otras personas. Sus jornadas laborales superan las 10 horas, muchos trabajan en talleres de costura, porque además se le suma otro factor que algunos son migrantes y es la oferta que encuentran para insertarse laboralmente. Algunos son el único sostén socio-económico-familiar.

Dentro de este espacio se intentó configurar un dispositivo grupal, en el que, mediante una serie de encuentros, se llevaron a cabo varios talleres articulando expresiones de arte con la salud. En ese insight, los hombres se permitieron poner en palabras delante otros hombres, miedos, vergüenzas,

discriminaciones que padecían por estar en tratamiento por esta enfermedad. Incluso algunos se animaron a dibujar, escribir, expresar artísticamente su proceso de salud-enfermedad.

Estos encuentros con hombres han puesto de manifiesto las contradicciones que emergen del campo de la salud:

La invisibilización de los hombres esconde la eficacia de la reproducción del estereotipo de la masculinidad hegemónica. De “los verdaderos hombres” se espera que tomen el papel de jefes de familia y se conviertan en proveedores, protectores, procreadores y autosuficientes. Pero si estos hombres, de los que se habla acá, siguen el modelo patriarcal ¿realmente cuentan con más libertades, son más independientes al tomar sus propias decisiones, cuentan con mejores inserciones laborales, etc.? La realidad que los hombres se acercan al sistema de salud público, con cuadros tardíos de enfermedad, en su mayoría son pobres, algunos migrantes, con distintas orientaciones sexuales, etc. Más que beneficiados por seguir el mandato, se ven atravesados por múltiples factores de opresión, desigualdad y vulnerabilidad. Muchos no logran cumplir con ese mandato porque sus ingresos son mínimos y más de una persona dentro de la red familiar debe salir a trabajar; otros están desocupados, esto conlleva a que su rol de hombre-proveedor se debilite. La exigencia y la frustración es límite con el que conviven cotidianamente, lo que acarrea conductas de riesgos permanentemente. Es decir, estos hombres por su contexto en sí, se ven permeados a habitar en “prácticas poco saludables”, y el sistema de salud, por el estereotipo dicotómico que reproduce, los oprime a esa condición.

La paradoja es que mientras las políticas de salud, con las ideas de prevención y promoción que buscan impartir desde un modelo dicotómico y biologicista, al perder el carácter de la interacción con los factores sociales, condenan a los hombres a reproducir “prácticas no saludables”.

En la sala maternidad, lugar “ideal” en el cual se busca reproducir “ese supuesto acercamiento de la mujer a la naturaleza”, me he encontrado con múltiples de historias que ponen totalmente en jaque el maternalismo. Si bien políticas sociales, programas de salud, prácticas médicas refuerzan la privatización del cuidado, las mujeres por su parte, me han manifestado -si se quiere poner un dato estadístico casi en un 80%- que es un embarazo no deseado. Víctimas de violencia de género por parte de sus parejas o exparejas las que han logrado salir de esa relación; abusadas sexualmente dentro de la red intrafamiliar; violadas en la vía pública; abandonas por sus parejas estando embarazadas; desempleadas o con precarización laboral; en situación de calle; migrantes que no cuentan con una red socio-económico-familiar; con consumo problemático; en situaciones en las que han intentado interrumpir su embarazo y ante el fracaso y el no acompañamiento de políticas públicas no les ha quedado más remedio que continuar con el mismo, son muchas de las situaciones que cotidianamente yacen en la sala de maternidad y develan el carácter oculto de las políticas de salud y prácticas médicas, que tienden a que las mujeres se socialicen en su “rol de madres”.

El abordaje -tanto en hombres como en mujeres- que se reproduce en el campo de la salud visibiliza cuál es el lugar de la sexualidad en las políticas públicas y cuáles son los roles de mujeres y hombres que se reproducen. Las ideas homogéneas de población y de prácticas saludables ponen de manifiesto que ese silencio neutral en las estrategias de prevención y promoción de la salud no hace más que operar para reprimir y sobreeducar en el ocultamiento. Ese silencio, que es parte de decisiones políticas, busca esconder las múltiples desigualdades estructurales por la que se ven atravesadas las personas.

Por otra parte, ese silencio está cargado de sentidos moralizantes y de mandatos que buscan el disciplinamiento de los cuerpos mediante imágenes estereotipadas de los géneros. Pero también

reproducen nociones homogéneas de identidad, de pareja, de familia sobre la base de violencias y abusos acallados. La lógica de estas políticas y prácticas es reproducir formatos segmentados bajo la idea del cuerpo como dado y no como político, económico, social, cultural.

Pero como se intenta demostrar en este trabajo, el género que opera como estructura de desigualdad también se encuentra en intersección con otros dominios de opresión como lo son las clases, las etnias, las orientaciones sexuales, las razas, etc. entonces no son todos los hombres ni todas las mujeres que gozan del lugar donde los aloja el sistema patriarcal. Las personas que acceden al sistema de salud público son en su mayoría pobres, migrantes, trabajan en condiciones paupérrimas, han perdido el sostén socio-familiar, intentan sobrevivir mediante el “beneficio” de algún programa social (subsidio habitacional, ticket social, asignación universal por hijo, etc.), entre otras cosas y entre esas cosas, paradójicamente, se les exige que reproduzcan los géneros de acorde a las concepciones hegemónicas.

Estos hombres, que, si bien están en otro plano y gozan de otro estatus por no ser mujer, se ven inmersos en una opresión por seguir el modelo hegemónico de “hombre” lo que los lleva a un gran desconocimiento del cuidado de su cuerpo y de su salud en general.

Las mujeres, por su parte, las que aparecen interpeladas por las políticas públicas de salud que son las mujeres pobres, condenadas a ese estatus, se ven sometidas a reproducir “su maternalización y su rol de cuidadoras” por encima de otras esferas de opresión y de violencias que padecen por ser mujeres. Sometidas constantemente al control institucional y socialización de su cuerpo, van perdiendo el posible derecho de participar y elegir sobre el cuidado de sus cuerpos.

Conclusión

A lo largo del trabajo se ha intentado problematizar las ideas dominantes de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva de género. Esto llevo a develar el rol fundamental que cumplen las políticas de salud dentro del campo de salud. Las ideas de población, prácticas saludables, conductas esperables, no hacen más que reproducir una concepción dicotómica de los géneros.

Desde las prácticas concretas se someten tanto a las mujeres como a los hombres a reproducir las imágenes estereotipadas de los géneros: los hombres invisibilizados del sistema de salud y desde la interpelación que asumen de ese rol, son relegados y se relegan en el rol de proveedores. Esto conlleva a que cotidianamente se vean permeados a vivir al límite ya que como prácticas masculinas es lo esperable. Sin embargo, esto los somete a tener un desconocimiento sobre el autocuidado de sus cuerpos. Como se sostuvo, los géneros son construcciones interrelacionales, con lo cual, esta invisibilización por parte de los hombres genera una desigualdad en las formas de atención y mayor control sobre las mujeres. Éstas, por su parte, son sometidas constantemente a la socialización y control institucional bajo el fetiche de la maternalización y privatización del cuidado.

También se ha intentado demostrar que no son cualquier mujer y hombre los que se ven sometidos a reproducir este tipo de estereotipos. El género opera como una estructura de desigualdad conjuntamente con la intersección de otras esferas de desigualdad dentro del sistema capitalista, que constantemente en autoafirmación y construcción, generan opresiones en una misma persona. Por este motivo se estimó que para analizar los síntomas y malestares es necesario tener en cuenta el contexto en el que se desarrollan los mismos, lo que lleva a dar cuenta que tanto hombres como mujeres pobres, migrantes, con distintas creencias, de distintas razas, débil red socio-familiar, etc., se ven sometidos/as mediante las exigencias de las políticas públicas como las prácticas médicas a llevar a cabo “prácticas saludables”.

Notas

-1- Centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico de VIH-SIDA

Bibliografía

- GELDSTEIN, Rosa Noemí (2004) “De ‘buenas’ madres y ‘malos’ proveedores. Género y trabajo en la reestructuración económica”, *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, núm. 5. Buenos Aires, abril de 2004.
- HARTMANN, Heidi. (2000) “La familia como lugar de lucha política, de género y de clase; el ejemplo del trabajo doméstico”. En: Marysa Navarro y Catharines R. Stimpson (compiladoras) *Cambios sociales, económicos y culturales*, FCE, Buenos Aires, pp.17-58.
- ILLOUZ, E. *Intimidades Congeladas*. (2007) “El surgimiento del Homo Sentimentalis”. En: *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*, Buenos Aires, Editorial Katz.
- MARTIN, Emily. (1991). “The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles”. In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 16, pp. 485-501
- MOORE, Henrietta. (1988). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra. (Cap. 3 y 4).