UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SEDE DE OCCIDENTE

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Condiciones socioculturales y materiales que inciden en la atención de la salud de las mujeres en la comunidad de Cirrí de Naranjo.

María Marta Zamora Rodríguez

B07018

Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro

San Ramón, Alajuela

2017

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Condiciones socioculturales y materiales que inciden en la atención de la salud de las mujeres en la comunidad de Cirrí de Naranjo

Tribunal examinador:

MSc. Illiana Arroyo Navarro _____
Presidenta del tribunal

MSc. Doris Piñeiro Ruíz _____
Miembro del tribunal

MSc. Lucía Brenes Chaves _____
Directora del Trabajo Final de Graduación

Licda. Natasha Sandino Ulloa _____
Lectora del Trabajo Final de Graduación

MSc. Esperanza Tasies Castro _____
Lectora del Trabajo Final de Graduación

_____

María Marta Zamora Rodríguez

Sustentante

Contenido

Índice de cuadros **5**
Agradecimiento **6**
Dedicatoria **8**
Presentación **9**
Capítulo I **11**
Consideraciones Generales **11**
1.1 Justificación y problema de investigación 12
1.2. Preguntas generadoras 26
1.3 Estado de la Cuestión 27
1.3.1 Implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en la salud de las mujeres 28
1.3.2 Medicina androcéntrica en el abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres 30
Capítulo II **32**
Referente contextual **32**
2.1 Iniciativas Internacionales 33
2.1.1 Convenciones y Conferencias 33
2.1.2 Directrices y políticas orientadas al tema de la salud 44
2.2 Contexto costarricense 59
2.2.1 Análisis del contexto costarricense respecto a las directrices internacionales ratificadas. 59
Capítulo III **89**
Referente teórico **89**
3.1 Valoración social de las mujeres a partir de la división socio-sexual del trabajo y sus consecuencias en el estado de bienestar 90
3.1.1 Estereotipos sociales basados en la lógica androcéntrica 90
3.2 Salud de las mujeres y su atención médica ¿diferenciada? 95
3.2.1 Condiciones socioculturales que inciden en la salud de las mujeres 96
3.2.2 Relaciones de poder y su relación con el control del cuerpo de las mujeres. 100
3.2.3 Especificidades en la condición de salud de las mujeres y su atención androcéntrica 105

3.3 Atención médica androcéntrica: su influencia en la salud de las mujeres 110
3.3.1 Personal médico capacitado para la atención de la salud de las mujeres 110

Capítulo IV.....114
Estrategia metodológica.....114
4.1. Fundamentos ontológicos.....115
4.2 Fundamentos epistemológicos 118
4.3 Enfoque metodológico 126
4.4 Población participante 129
4.5 Técnicas.....131
4.6 Fases de la investigación 132
4.7 Operacionalización de categorías.....137
4.8 Cronograma.....139

Capítulo V 140
Análisis de resultados.....140
5.1 Condiciones materiales de las mujeres y su relación con la atención de su salud. 147
5.1.1 Estado de la vivienda y el acceso a servicios básicos 147
5.1.2 Ingresos económicos familiares 151
5.2 Factores socioculturales que inciden en el estado de bienestar y la atención médica.....160
5.2.1 División socio-sexual del trabajo y cotidianidad de las mujeres.....160
5.2.2 Manifestaciones de violencia y relaciones de poder: una mirada desde la vivencia de las mujeres participantes 175
5.2.3 Acceso a centros médicos y atención sanitaria.....185
5.2.4 ¿Qué lugar ocupa la salud en la vida de las mujeres participantes?.....193
5.3 Caracterización de las mujeres desde la perspectiva médica 212
5.3.1 La salud de las mujeres ¿por qué es distinta?.....212

Capítulo VI.....229
Conclusiones y recomendaciones 229
6.1 Conclusiones 230

6.1.1 Analizando las implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en el estado de bienestar de las mujeres. 230
6.1.2 Abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres: ¿desde cuál enfoque? 236
6.2 Recomendaciones 240
Bibliografía 243
Anexos 258

Índice de cuadros

Cuadro N°1- Conferencias y Convenciones vinculadas con la salud de las mujeres…….34

Cuadro N°2- Objetivos planteados por la ONU para mejorar las condiciones de vida de la población mundial…….....44

Cuadro N°3- Otros lineamientos internacionales vinculados con la salud de las mujeres……...….53

Cuadro N°4- Políticas costarricenses vinculadas con el mejoramiento de la condición de las mujeres en el sector salud……..…76

Cuadro N°5- Operacionalización de variables……..…….....138

Cuadro N°6- Caracterización de las mujeres participantes de la investigación……....143

Cuadro N°7- Caracterización del personal médico participante de la investigación……147

Agradecimiento

A pesar de haber iniciado este proceso de forma inestable e insegura, he tenido desde el inicio el apoyo de muchas personas a quienes quiero expresarles mi más sincero agradecimiento, pues sin ustedes no hubiera sido sencillo ver la luz al final de esta travesía.

Quiero agradecerle enormemente a Tavo y Klix por tenderme su mano cuando todo se veía tan oscuro. De verdad gracias por escucharme, por apoyarme y por creer en mí potencial y hacer que yo también lo viera y me apropiara de mis capacidades, habilidades y destrezas. Siempre los voy a llevar en mi corazón. Igualmente gracias a Dania, por siempre estar en contacto y por brindarme información importante durante todo este proceso, contar con usted siempre me hizo bien.

Una persona que me marcó significativamente desde el inicio de mi proceso fue Lucía, a quien le debo mucho por sacarme adelante y no dejarme vencer por las adversidades que se presentaron durante este proceso. Mil gracias por apoyarme, orientarme y ayudarme a desarrollar esta investigación que tanto me ha fortalecido y que me enseñó tanto. Asimismo, haberme involucrado en el proyecto de mujeres campesinas marcó mi vida y siempre lo llevaré conmigo. Todo esto me ha enseñado a ver la realidad de las mujeres desde sus propias miradas y experiencias, enriqueciendo mi proyecto personal y profesional para siempre.

Igualmente Natasha ha sido una persona sumamente importante para mí. Demasiadas gracias por preocuparse por mí, (recordándome que soy humana y debo sentirme) y no solo de mi trabajo como investigadora, aunque no dejo de lado sus aportes como lectora, por supuesto. Gracias por los espacios de catarsis que me brindó cuando más lo necesitaba y por su complicidad en mi proceso. Le tengo un enorme aprecio, desde el alma.

Gracias a Adriana Monge por apoyarme por tanto tiempo, aunque no finalizara conmigo este proceso. De la misma manera le agradezco a Esperanza Tasies por darme ese último apoyo que necesitaba para concluir mi trabajo final de graduación.

A mi padre y madre, quienes a su manera me hicieron ver mi potencial y el propósito que había detrás de un trabajo como este y la responsabilidad de sacarlo adelante por mí misma. Les amo.

Sergio, desde mi corazón gracias por ser mi compañero en todo este agotador proceso. Por dedicar su tiempo a cuidar de mi salud mental y emocional cuando ya no daba para más. Por animarme a

seguir y por atender mis crisis. Por desplazar otras labores para estar conmigo cuando sentí que me perdía. Gracias por formar parte de mi vida y ayudarme tanto. Te amo.

No puedo dejar de lado a las mujeres participantes de esta investigación. Ustedes fueron el pilar central de mi trabajo y me enseñaron demasiado con sus vivencias, aportes y experiencias. Gracias por su sinceridad, por abrirme ese espacio a sus vidas personales y compartir un poco de sus vidas conmigo. Siempre les voy a recordar con gran emoción. Ustedes son parte de una visión que se amplía con los resultados de mi investigación, por eso gracias de verdad.

Al doctor y la enfermera, que sacaron de sus tiempos para enriquecer mi análisis con sus aportes. Gracias por poner su grano de arena en mi trabajo.

En fin, gracias a las personas que estuvieron pendientes de mi proceso, que me apoyaron con sus oraciones y me animaron de una u otra forma. Ustedes saben lo mucho que esos alientos me ayudaron a culminar de forma exitosa. Gracias a Dios por todas estas personas y por ayudarme a finalizar esta etapa.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo primeramente a mi papá y mi mamá. Sus palabras fueron un enorme impulso para mi vida y siempre quise que se sintieran orgullosos de mí. Espero que pueda compartir con ustedes los frutos de este trabajo tan arduo que me dejó la licenciatura en Trabajo Social.

También a Santiago, Kristel. Espero que estando a mi lado en este tiempo pudieran ver que efectivamente querer es poder, y que mis logros son también suyos. Santi y Kris, espero en mi corazón poder ser parte de sus logros y verlos triunfar, como lo han hecho hasta ahora. Ustedes tienen propósitos grandes, caminen hacia ellos.

Sergio, mi compañero de vida, de aventuras, alegrías, angustias y preocupaciones… como no voy a dedicarle mi trabajo, si su mano siempre me sostuvo. Que este sea el inicio de algo más grande para nosotros y los que amamos. Siempre voy a llevarlo en mi corazón por todo lo que sabemos que costó ver el fin de mi tesis.

Mujeres participantes de mi investigación, a ustedes les dedico mi trabajo. Lo que compartieron no va a quedar solo en el papel, porque me lo llevo en el corazón. Aprendí mucho de ustedes y las admiro en gran manera por ser valientas y esforzadas, por encontrar siempre la forma de salir adelante a pesar de los obstáculos que el patriarcado y el capitalismo han puesto frente a ustedes, las que tanto trabajan.

Dios ayuda a quienes se esfuerzan. Hoy soy testiga de que así es. Aunque parecía no tener fin, lo logré. He aprendido y crecido más de lo que esperaba en estos últimos dos años. Esta tesis fue mi utopía y como diría Eduardo Galeano:

"*La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar*."

Presentación

Al pensar en el tema de la salud como un espacio mediado por las relaciones de poder características del androcentrismo, es posible identificar cómo desde la ciencia médica también se ha minimizado, violentado y excluido a las mujeres de su campo de estudio y acción, como si no fuesen parte de la humanidad. Ellas, al ser igualadas a los hombres, vivencian la discriminación por parte de las y los profesionales en salud, quienes han omitido todas aquellas características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, religiosas, etc., que las han colocado en un lugar distinto (Valls, 2009).

La forma en que las mujeres han sido tratadas, estereotipadas y juzgadas a través de la historia, debe ser sin duda un tema de interés para las investigadoras e investigadores, principalmente para aquellas y aquellos que cuentan con una formación académica y humanista capaz de identificar las situaciones de opresión al que se han expuesto ellas producto de una sociedad desigual que las invisibiliza y las explota.

Por ello, desde el Trabajo Social se realizó este esfuerzo por colocar en lo público lo que hasta hace poco se ha mantenido oculto, es decir, la especificidad de la salud de las mujeres, la cual refiere a las diferencias que poseen ellas, primero, por sus condiciones biológicas (como la menstruación, embarazo y menopausia) y que requieren de una atención distinta a la de los hombres. Segundo, por aquellos aspectos socioculturales que permean la vida de las mujeres y que ha favorecido la reproducción de la lógica androcéntrica en detrimento de su bienestar. Y tercero, por las condiciones materiales referidas principalmente al acceso a bienes económicos, pues en el caso de las mujeres de sectores populares, la posibilidad de solventar sus necesidades básicas y recibir atención médica periódica está condicionada por su situación económica, obstaculizando el acceso a servicios de salud y a la compra de medicamentos necesarios para atender las afectaciones en la salud, en caso de que se presenten.

Por lo tanto, la identificación de dicha situación en la salud de las mujeres incentivó la realización del presente trabajo, partiendo de la necesidad de seguir visibilizando y exponiendo las situaciones de desigualdad que viven muchas mujeres actualmente (específicamente las participantes quienes residen en Cirrí de Naranjo), para dar paso a la reflexión de una temática tan importante que ha sido poco estudiada desde las Ciencias Sociales. El trabajo en conjunto con las protagonistas de estas condiciones, permitió realizar un análisis más completo de lo que implica

reconocer la especificidad de la salud de ellas en la parte subjetiva de cada una y cómo está íntimamente vinculada con aquel discurso y práctica de opresión y victimización androcéntrica.

A continuación se presentan las consideraciones generales, referente contextual y teórico que sustentaron y orientaron la realización de la investigación del tema de interés. Igualmente se incluye el análisis de resultados, las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron como producto final del trabajo desarrollado, es decir, la implicación de las condiciones socioculturales y materiales en la salud de las mujeres.

Capítulo I

Consideraciones Generales

1.1 Justificación y problema de investigación

La concepción de la salud comprende distintos aspectos que van a variar de acuerdo con las características de las personas, el lugar donde habitan, la condición socioeconómica, la cobertura sanitaria que se presta a la población en general, las relaciones de poder, entre otras; por lo que se debe analizar la comprensión de la salud más allá de la ausencia o presencia de enfermedades. Además, se debe identificar la objetivación con la que históricamente se ha valorado e intervenido el estado de bienestar, lo cual ha obstaculizado que se dé una intervención más acorde con la realidad sociocultural y material de las personas, pues no se logran incorporar sus experiencias y vivencias al pronóstico y tratamiento que se efectúa.

Actualmente se logra identificar un concepto más apropiado de acuerdo con la realidad de las poblaciones y cómo les influye el contexto en que se desenvuelven. Por ejemplo, Sara Velasco (2005) define la salud como:

> […] el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, proceso en el que intervienen, tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto en la interacción que las personas mantienen con su medio y, además, la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias […] (p.63)

Este concepto relaciona lo biológico con lo social y lo mental, dando paso a una concepción que responde más a las necesidades del estado de salud de las personas, la cual trasciende la esfera biologista para integrar la importancia del entorno en el bienestar, comprendiendo que las condiciones del contexto particular inciden directamente en la salud, por lo que deben ser identificadas, comprendidas y abordadas, primeramente por parte del Estado como garante de los derechos de los y las habitantes del país, a través de políticas y directrices institucionales, las cuales permitan vislumbrar las diferencias existentes pero ocultas, entre condiciones como el sexo, ubicación geográfica, edad, situación económica del grupo familiar, entre otras.

Asimismo, la población en general debe ser partícipe de los procesos que les afecta, no siendo la excepción el tema de la salud, donde ésta se vive, comprende, percibe y atiende de acuerdo con las condiciones socioculturales y materiales que inciden en la vida de las personas,

según la clase social a la que pertenecen. Por ello, el esfuerzo estatal e institucional por intervenir la salud debe realizarse en conjunto con las personas que utilizan los servicios médicos, con el propósito de considerar aquellas necesidades propias de ciertos grupos poblacionales.

Como parte de este cambio que debe realizarse desde lo institucional, se encuentra la necesidad de diferenciar a la población que requiere de atención médica, pues se ha neutralizado el término "ser humano", donde evidentemente se universaliza al hombre y se niegan las particularidades propias de las mujeres y entre ellas, es decir, lo que las diferencia por condiciones como la edad, la ubicación geográfica, el acceso a atención médica, entre otras.

Por lo anterior, es de suma importancia que se contemplen las condiciones socioculturales y materiales de las mujeres a la hora de ser atendidas en los centros médicos, pues como señala Lafaurie (2011) "[…] *el paradigma biologista excluye el peso cultural asociado al género y la incidencia que los estereotipos sociales tienen sobre las formas de percibir y de abordar las problemáticas de salud de las mujeres* […]" (p.3). Esto se debe a la influencia que ha tenido la lógica androcéntrica durante tantos años, la cual relega el papel de la mujer a un segundo plano y no la mira como sujeta cognoscente con características que las diferencia de los hombres, no solo en lo biológico, sino en su propia cotidianidad, donde la población femenina realiza múltiples funciones que generan cansancio, malestar y otras afectaciones, debido a la sobrecarga de labores socialmente asignadas a ellas en razón de su género.

Además, el androcentrismo ha priorizado al hombre en todos los ámbitos, no siendo la excepción el sector salud, donde se masculinizan los procesos de prevención, diagnóstico y atención, y se menosprecian las implicaciones socioculturales que determinan el estado de bienestar de las mujeres, al estar a cargo de variadas labores cotidianas. Sin embargo, muchas no son conscientes de esta realidad, y las y los profesionales en medicina también obvian estas condiciones, al estar influenciadas e influenciados por la estructura patriarcal que condiciona los pensamientos de cada persona, así como sus acciones, bajo la lógica de las relaciones de poder desiguales y opresoras, las cuales se desarrollan en detrimento de la población femenina en mayor medida.

Estas relaciones de poder también se visibilizan en la interacción que establece el personal médico con las mujeres atendidas, ya que ésta permea la concepción de la salud que poseen ellas

respecto a sus cuerpos, al medicalizarse las condiciones que trascienden los factores biológicos del cuerpo femenino y que integran los determinantes socioculturales y materiales particulares en cada caso, los cuales son ignorados como condicionantes del bienestar al no ser contemplados en la valoración.

Lo anterior se debe a que la lógica androcéntrica ha trastocado la formación médica reproduciendo discursos de inferioridad y culpabilidad al concebirlas como las "eternas enfermas" aunque no consulten con frecuencia, pues sus demandas y padecimientos no siempre son atendidos por las y los profesionales. Asimismo, se emiten juicios de valor que oprimen la libertad de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos, debido a que carecen de autonomía para la toma de decisiones, inclusive cuando se trata de sí mismas, por lo que se decide por ellas.

Además de lo anterior, en muchas ocasiones desde la atención médica se han menospreciado los síntomas (como agotamiento constante y depresión) que presentan algunas mujeres por diversas situaciones adicionales a lo meramente biológico-ambiental, como lo es la sobrecarga laboral, las relaciones familiares, el cuido de otras personas, el acceso a bienes y servicios, mediado por las condiciones materiales de esta población, pues la insuficiente capacidad adquisitiva determina las prioridades de gastos, en los que, en muchas ocasiones, la salud no puede ocupar un lugar debido al egreso que implica.

Debido a lo anterior, se tiene que el estado de bienestar de las mujeres remite a una cuestión de clase social, es decir, las de sectores populares ven más limitadas las posibilidades de atender periódicamente su bienestar, inclusive en servicios médicos públicos, ya que no siempre cuentan con un Seguro Social que las respalde, o porque el costo de una consulta implica limitaciones económicas para solventar otras necesidades como alimentación y vivienda. Caso contrario para mujeres con mayor estabilidad económica y laboral, pues pueden acceder a atención médica privada, o adquirir tratamientos costosos sin que ello implique mayor esfuerzo.

A partir de estos argumentos, es importante analizar la evidencia expuesta respecto a esa opresión que vivencian muchas mujeres en la atención médica: por cuestión de género y de clase, lo cual se debe analizar, tomando en cuenta que este contexto también da cuenta de una serie de contradicciones producto del modo de producción capitalista, donde la salud es vista como una mercancía a la que no todas las personas pueden acceder.

Estas situaciones particulares que caracterizan a las mujeres están relacionadas, además, con la forma específica en que se les educa, donde se les enseña a atender "a los otros", ser pasivas, mantener en orden el funcionamiento de una sociedad que las ha mirado como aparatos reproductores y como las únicas encargadas de los trabajos del hogar. En este contexto la mujer "[…] *se deprime, se angustia, se inhibe, se duele... se enferma* […]" (Velasco, 2005: 74)

Debido a esta valoración social que históricamente se ha realizado de las mujeres, se comprende que el enfoque que ha primado en la atención de esta población en el sector salud ha sido el de la Salud Reproductiva, pues son reducidas a objetos sexuales encargadas de procrear y cuidar del hogar. Ello obstaculiza las posibilidades de ampliarse a una perspectiva que contemple las necesidades de la población femenina, pues ellas son más que solo esposas, madres y cuidadoras.

Como respaldo de los enunciados anteriores, Valls, et al (2008) mencionan la existencia de padecimientos presentes mayoritariamente en las mujeres, inclusive de las diferencias en la expresión de síntomas, respecto a los hombres. Por ello plantean la necesidad de desarrollar la *morbilidad femenina diferencial;* la cual se define como:

> […] el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino. Puede ser causada por las diferencias biológicas con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos. (p.2)

De lo aportado por las autoras, cabe resaltar que uno de los hechos que más debería influir en el enfoque de morbilidad diferencial es el proceso de la menstruación y sus trastornos (como la menopausia), ya que esta condición influye en otras afectaciones de la salud, haciendo creer a las mismas mujeres que se trata de vivencias penosas. Pero además del ciclo menstrual, se encuentran también el cáncer de ovario y de mama, los embarazos de alto riesgo, la anemia y el déficit de hierro, donde los dos últimos se dan por cuestiones nutricionales o por excesos de sangrado. (Lafaurie, 2011; Valls, et al, 2008)

Sin embargo, desde el Sector Salud no se presta la debida atención a dichos padecimientos, pues a las mujeres se les vincula principalmente con lo sexual y reproductivo, como si no presentaran otras afectaciones en sus condiciones de bienestar. Asimismo, cabe analizar si los escasos esfuerzos que se realizan por parte de las instituciones encargadas de velar por un buen estado de salud, para prevenir y atender los cánceres como el de mama y ovario, están llegando a todas las regiones del país, pues las mujeres que residen en áreas distantes de las ciudades podrían estar recibiendo menos información respecto a estas enfermedades.

Los datos encontrados respecto a las afectaciones en la salud de las mujeres en Costa Rica, reflejan que las principales muertes se dan por las siguientes enfermedades: cirrosis, diabetes (11,6 por ciento respecto a 9,8 por ciento en hombres) y enfermedad hipertensiva. (CCSS et al, 2008). Además, en lo que respecta a los tipos de cáncer mortales en ellas, el de piel ocupa el primer lugar, seguido del cáncer de mama, cérvix, tiroides, estómago y colon. Sin embargo, se enfatiza el caso del cáncer de cérvix, pues se da una tasa creciente, señalando que ello se debe a que aún están realizando detecciones tardías. (Ministerio de Salud, 2014)

Con lo anterior, se puede evidenciar que la salud de las mujeres va más allá de lo sexual y reproductivo, y que por ende, requieren de una intervención que contemple las características de sus padecimientos y sus necesidades. Asimismo, se deben realizar más esfuerzos dirigidos a la divulgación, prevención y tratamiento del cáncer de ovario, ya que para el 2011 ocupaba el noveno lugar de incidencia en tumores malignos. Este tipo específico de cáncer sigue siendo desconocido por la mayoría de la población femenina, debido a los recortes presupuestarios que ha sufrido la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como parte de las directrices neoliberales adoptadas por el país, las cuales afectan en mayor medida a las personas de sectores populares. Se debe además, a la falta de voluntad e interés por parte de Sector Salud para prevenirlo, diagnosticarlo y realizar campañas de información al respecto que contribuyan a su detección y atención temprana, así como por hacer a las mujeres partícipes y conocedoras de sus propios procesos y cuerpos.

Por otra parte, además de los condicionantes biológicos mencionados, se debe rescatar la importante influencia que tienen las condiciones estructurales en la vida de las mujeres. Lafaurie (2011) menciona que "[…] *aspectos como las inequidades sociales, la pobreza, las desigualdades de género, las violencias basadas en género y la globalización inciden en las condiciones de salud de las mujeres las cuales están fuertemente ligadas a factores estructurales y culturales* […]" (p.1)

Ello se puede evidenciar, por ejemplo, en las diferencias de acceso a oportunidades laborales que han experimentado y experimentan las mujeres de sectores populares actualmente, donde la remuneración cambia de acuerdo al sexo aunque se desempeñen las mismas labores. Además, las mujeres han adquirido mayores responsabilidades de cuido, de trabajo doméstico, de sostén económico, sin ser respaldadas por el Estado ni por sus parejas o familiares, ya que ellas, al ser vistas históricamente como las encargadas de las tareas del hogar de acuerdo a la lógica androcéntrica de superioridad masculina, son testigas de los constantes juicios de valor que realizan en su contra (por no cumplir el mandato socialmente asignado de ocuparse del ámbito privado únicamente), al integrarse al desigual mundo laboral, para ganar menos, exigirse más y someterse a constantes actos de hostigamiento sexual.

Igualmente, para el sistema capitalista la producción y reproducción de labores en el ámbito privado, realizadas por las mujeres trabajadoras, son necesarias para mantener en orden la sociedad que desde esta lógica se requiere, explotando la fuerza de trabajo de las personas dentro y fuera del hogar, donde ellas han logrado incorporarse paulatinamente al sector público, aunque ello no implique que ya no se hagan cargo de las tareas domésticas, ya que actualmente realizan dobles o triples jornadas laborales (trabajo asalariado, trabajo doméstico y en algunos casos, trabajo de cuido), pues se reducen costos a la reproducción de la fuerza de trabajo.

En este desigual escenario, los hombres son quienes poseen las capacidades y conocimientos necesarios para desempeñarse en determinadas áreas ocupacionales, y las mujeres son las encargadas de los trabajos domésticos y de cuido, sometiéndose a una doble explotación, pues por la ejecución de dichas actividades no reciben remuneración ni se visibiliza como un trabajo socialmente reconocido. Y la incorporación de ellas al mercado laboral no implica mayores cambios que beneficien su condición, ya que solo son explotadas en un ámbito más.

Estas situaciones dan paso a que se establezcan relaciones de poder en los que las mujeres se encuentran sometidas a la voluntad de su pareja o personas con las que convive, al ser dependientes del dinero de dichas personas para la satisfacción de sus necesidades. Igualmente, esta condición se presenta en casos en los que ellas poseen sus propios ingresos, sin embargo, son sus parejas quienes los administran, utilizando el dinero como medio de sometimiento. Debido a esta condición son constantemente explotadas, perjudicando su estado de bienestar físico, mental y emocional.

Lo anterior se agudiza por situaciones relacionadas con el trabajo informal ejercido por algunas mujeres con menor grado académico y opciones laborales precarizadas, como una opción de sobrevivencia familiar que genera escasos ingresos económicos y un mayor desgaste físico y emocional, sin contar con ninguna garantía social.

Asimismo, se establecen relaciones de violencia dentro de la familia, de las cuales las mujeres no saben cómo salir debido a la dependencia que los hombres les han hecho creer que tienen hacia ellos, al limitar su independencia y tener escasa autonomía para la toma de decisiones. Denunciar estos actos implicaría (en muchos casos), que ellas deban encabezar sus familias y ocuparse de las necesidades de quienes viven bajo el mismo techo, lo cual es percibido como un reto al no contar con las condiciones materiales necesarias, al haber tenido anteriormente a alguien que se ocupara de ello.

Otra situación que se relaciona con las anteriores, las cuales favorecen la condición de opresión de las mujeres, son las insuficientes políticas públicas para atender las necesidades de la población femenina, ya que las acciones dirigidas a ellas suelen centrarse en la ocupación de espacios de cuido o en oficios feminizados, como secretariados, los cuales siguen perpetuando la ideología de debilidad, sumisión, abnegación, y demás características asignadas al género. Aunado a ello, estos lineamientos estatales no se acompañan de opciones reales de cuido de sus hijos e hijas, implicando que se realicen dobles o triples jornadas en caso de poder acceder al trabajo remunerado, resultando un agotamiento aún mayor.

En relación con estos aspectos, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2015) señala que el desempleo abierto pasó de 8,3 por ciento en 2013, a 9,7 por ciento en 2014, donde las mujeres se han visto mayormente afectadas, pues alcanzaron un 11,8 por ciento, aumentando 2,7 puntos porcentuales, mientras que los hombres se mantuvieron en el mismo porcentaje, lo que refleja que se encuentran en mayores desventajas laborales.

Este dato evidencia la desigualdad que implica para las mujeres el ingreso económico, debido a que presentan mayores obstáculos para integrarse al mercado laboral (como lo son las condiciones de contratación en las que no son contempladas por tratarse de madres o futuras madres que requerirán de permisos constantes para encargarse de sus hijos e hijas), lo que genera que se

dé una creciente tendencia a que los índices de pobreza en el país coincidan con las mujeres que encabezan hogares, con escaso apoyo social, familiar y económico.

Otro dato importante de analizar consiste en los casos de violencia intrafamiliar reportados, pues para el 2014 se notificaron 10.933, de los cuales 8.093 correspondían a mujeres en esta condición, donde el rango de edades en que más prevalecen estos actos va de los 30 a los 34. Según datos del Ministerio de Salud (2014), las mujeres tienen hasta seis veces más probabilidades de ser agredidas por una persona de la familia que por un desconocido, por lo que este tipo de violencia, aunado al exceso de labores cotidianas, va a afectar directamente su salud, debido a las condiciones en las cuales tienen que relacionarse diariamente tanto dentro como fuera del hogar, encontrando su propia casa como un lugar hostil y violento.

En estos casos de violencia, muchas mujeres no pueden detener la situación aunque reconozcan que están inmersas en una relación opresiva, debido a la dependencia económica, sentimental y social que tienen hacia el hombre, quien ejerce su condición dominante basándose en la satisfacción o no de las necesidades de su compañera y su grupo familiar. La decisión de ser más autónomas está fuertemente restringida, ya que existe toda una estructura ideológica y social que la reducen a ser mujer digna en razón del cumplimiento del mandato de género, sin importar la explotación que vivencian cotidianamente.

Los resultados de este contexto se traducen en: la justificación de los actos violentos por parte de la figura masculina según sus “razones” para dañar a su pareja; la sumisión femenina por la dependencia hacia su cónyuge; la tolerancia de esta vivencia para que no sea socialmente juzgada por no mantenerse en matrimonio; ocultar su daño físico, emocional y psicológico para que nadie se entere; entre otras.

Ante este escenario, las mujeres se encuentran en una situación de desventaja múltiple, al no intervenirse estatalmente en estas circunstancias con herramientas y/o estrategias pertinentes que les garantice a ellas la posibilidad de mejorar su condición socioeconómica, personal y familiar, sin depender en ningún sentido de la figura de dominación masculina.

Igualmente, se encuentra en una de las investigaciones consultadas para el estado de la cuestión, específicamente la de Campos (2013), que existe una correlación entre el sexo femenino (un 67,4 por ciento de la muestra participante) y la aparición de depresión y ansiedad, donde ellas

se dedican mayoritariamente a las labores del hogar o al cuido de otras personas. Esta condición se torna estresante para las encargadas de diversas labores en cuanto se genera un exceso de demandas, relacionadas a la ocupación en el hogar, en el cuido y en el trabajo fuera de casa. Además, se debe contemplar el acceso a recursos que puedan tener para solventar las necesidades propias y del grupo familiar, ya que la falta de éstos provoca una tensión mayor, y por ende, mayores afectaciones en la salud.

Los datos anteriores evidencian la exposición de las mujeres a condiciones sociales, económicas y de desigualdad de género que afectan su estado de salud, siendo lo psíquico y físico las áreas más perjudicadas al vivenciar un estrés rutinario. Esta situación ha llevado al estudio del "*Síndrome de Burnout para amas de casa*" estableciendo que éste "*se manifiesta cuando el individuo no es capaz de abordar las situaciones de estrés de forma adaptativa y positiva, a la vez que se siente impedido para modificar la situación problemática*" (González, et al, 2009: 539). Este escenario es característico de las mujeres trabajadoras del hogar, quienes se exponen a condiciones de agotamiento constante, permeadas por su contexto familiar, sociocultural y económico.

Además, para las mujeres trabajadoras de sectores populares ha sido y sigue siendo un importante obstáculo romper con el mandato social de ser las responsables directas de realizar determinadas labores (como cuido y quehacer del hogar), por lo que luchan para continuar con dichas ocupaciones sin detenerse a valorar su estado de salud, aun cuando presentan síntomas de deterioro en su estado de salud.

Por ello, cuando se analizan las labores que realizan las mujeres diariamente, así como el apoyo que reciben para su ejecución, y la frecuencia con que se efectúan las distintas acciones, se puede encontrar que en muchos casos, ellas son las únicas encargadas de llevar a cabo día tras día las mismas actividades, generando una rutina monótona, repetitiva y agotadora que termina ocasionando afectaciones en su estado de salud física y mental. Sin embargo, el trabajo doméstico no es reconocido socialmente como tal, por lo que tanto dentro de la familia como en los servicios de salud, no se presta la atención que merece los síntomas de cansancio constantes, ni se valora el entorno familiar como un condicionante para el bienestar.

Además del estrés cotidiano, el ocuparse de la enfermedad de otras personas por encima de la propia, también conlleva a lo que se conoce como síndrome de sobrecarga del o la cuidadora principal, ya que según Chamorro et al (2009) "[…] *este síndrome engloba un conjunto de problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos que puede experimentar la familia o el cuidador principal de un paciente discapacitado, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional"* (p.2)

Este desplazamiento de lo propio por lo de las y los demás, impide a las mujeres priorizar el autocuidado y la realización personal, logrando verse solo a través de los ojos de las otras personas. El cansancio de las labores del hogar, del cuido, de la jornada laboral, va gestando una condición de salud poco favorable que en muchas ocasiones es colocada en un segundo plano por parte de las mujeres que la padecen.

Además, si se trata de mujeres de sectores populares, quienes no poseen las condiciones materiales necesarias para atender su estado de salud, se agravan los síntomas de padecimientos que podrían ser controlados, pues no se da una atención temprana y adecuada de aquellas afectaciones que se tornan constantes.

En relación con lo anterior, cabe analizar un aspecto más que influye en la condición de salud de las mujeres, como lo son las condiciones materiales. Entre éstas se encuentran los bienes económicos, ya que en el caso de quienes dependen del ingreso económico de la pareja, la posibilidad de recibir atención médica es más limitada. Las escasas posibilidades de estabilidad económica y/o laboral implican, además, que no puedan contar con Seguro Social, a menos de que su pareja la cubra con el suyo (si es que lo posee), lo que evidencia la innecesaria dependencia hacia la figura masculina, inclusive para atender su propia salud.

Esta situación de desatención por parte del Estado y las instituciones hacia las mujeres de sectores populares es más aguda en circunstancias en las que deben recurrir al ámbito privado para acceder, ya sea a un control médico, a la compra de medicamentos, por una valoración, entre otras, ya que se genera un gasto mucho más elevado al cual muchas no puede acceder por su realidad económica.

Esta posición de dependencia monetaria de las mujeres hacia sus parejas conlleva a que el dinero sea un condicionante del ejercicio de poder sobre ellas, pues se da una relación impositiva

por parte del hombre hacia su compañera, quien requiere del ingreso que le ofrece su cónyuge para satisfacer sus propias necesidades (al no contar con ingresos suficientes y constantes), entre las que se encuentra el acceso a la atención médica periódica, por lo que se someten a la voluntad ajena, aunque ello implique daños físicos y/o emocionales a sí mismas.

El hecho de que la población femenina no cuente con opciones (o desconozca la existencia de éstas) para poseer su propio seguro médico, las obliga a depender de la disposición de su compañero, agudizando la falta de autonomía para la toma de decisiones sin mediar relaciones de poder entre quien posee y quien necesita. Se mira entonces el derecho a la salud como un favor filantrópico que la vida conyugal le ofrece.

Aunado a lo anterior, muchas mujeres no pueden acceder al Seguro Social, debido a que no cuentan con las condiciones necesarias para que se les asigne, por ejemplo, ser asalariadas, poseer alguna discapacidad, o estar casadas, lo que garantizaría el alcance de su derecho a la salud de acuerdo con: 1) condición laboral, 2) su estado civil, y 3) la disposición de su pareja de cubrirla con el Seguro Social médico. En esta situación es desde el Estado donde no se generan políticas públicas para que se aseguren de forma directa, ocasionando que se sometan a la voluntad de su cónyuge. Por ello, para Lafaurie (2011), las mujeres "[…] *poseen menos acceso a los recursos materiales por lo que se ve minimizada su posibilidad de tomar en sus manos las riendas de su propia salud* […]" (p.3).

Lo anterior favorece, por un lado, que las mujeres se encuentren inmersas en relaciones opresoras respecto a sus parejas, pues el dinero es un instrumento de poder. En una relación en la que depende económicamente de su compañero, la toma de decisiones va a estar mediada por la voluntad del otro ante la necesidad de sí mismas. Ello repercute directamente en la forma en la que perciben sus necesidades y cómo las logran resolver. Por otro, implica que ese poder que resulta de los ingresos económicos se escapa de las manos de quienes no pueden acceder a trabajos estables o con garantías sociales, exponiendo a la población ante un sistema capitalista y patriarcal que les niega la autonomía y determina a cuáles opciones pueden acceder para mejorar su condición socioeconómica.

Además de lo anterior, es igualmente importante lo que refiere Castañeda (1994) respecto a las condiciones materiales que inciden en la calidad de vida de las personas; la importancia de

analizar el estado de la vivienda, es decir si es propia, rentada, prestada; así como la cantidad de personas que la habitan, pues estas circunstancias determinarían las consecuencias que representa para las mujeres de sectores populares su entorno y la cotidianidad de sus labores. Además, si se tratase de la mujer como jefa de hogar y principal proveedora económica, sería de suma importancia la valoración del estado de la casa, pues si es rentada o prestada, ella y su grupo familiar estarían en una situación de inseguridad si les pidiesen que desocupen el lugar.

Igualmente, Castañeda (1994) señala la necesidad de conocer con cuáles servicios cuenta la vivienda, ya que de estos se desprende la satisfacción o no, de las necesidades básicas de los y las que viven bajo el mismo techo. Ello también visibiliza la posibilidad que tienen las mujeres de acceder a los servicios mencionados desde su realidad económica, ya sea como jefas de hogar, o como dependientes de los ingresos monetarios de sus parejas, pues en primera instancia la falta de recursos como el agua, la electricidad, alimentos, entre otros, es problema de las mujeres pobres encargadas de realizar las labores diarias del hogar, ya que son las que viven con esa carencia, así como las que deben encontrar estrategias para solventar las necesidades de su grupo familiar y las propias.

Por ello, se desprende la importancia de analizar las condiciones materiales de las mujeres, pues desde la clase social a la que pertenecen, hasta el acceso a servicios básicos, están íntimamente vinculados con la dependencia hacia la figura masculina y hacia el mismo Estado (el cual también es machista), debido a la posición de subordinación que históricamente han experimentado como parte de la sociedad patriarcal que no prioriza las necesidades de esta población como ciudadanas de derechos.

Todas estas circunstancias van a influir en su bienestar y de las personas que conforman el grupo familiar, ya que son las encargadas de atender las necesidades de sus parientes y descendientes. Además, se determina la posibilidad de mantener un estado saludable mediante la posibilidad de solventar sus necesidades y lograr acceder a los servicios de salud y medicamentos necesarios para su condición de bienestar.

Partiendo de los argumentos anteriores, se desprende la importancia de analizar, desde la perspectiva del Trabajo Social y las vivencias de las mujeres protagonistas de sus procesos, las condiciones mencionadas en el contexto del acceso a servicios médicos y atención de la salud de

las mujeres en Costa Rica, dando prioridad a las residentes de zonas rurales, pues es allí donde se encuentra un importante porcentaje de trabajadoras del hogar, quienes se desenvuelven en un escenario menos favorable en cuanto a aspectos biológicos (como lo es la dieta alimenticia, el acceso a agua potable y demás servicios básicos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas) y socioculturales (reproducción de estereotipos machistas que les coloca en un plano secundario como sujetas de derechos tanto dentro del hogar como fuera de este). Aunado a ello, se encuentra que en estas zonas se cuenta con pocos centros de salud, los cuales no son accesibles para todas las habitantes del lugar, pues están lejos de su residencia, lo que obstaculiza la posibilidad de beneficiarse de la atención médica existente. Esto se agudiza aún más en el caso de los servicios médicos privados, pues la limitación se extiende al acceso geográfico y económico.

Asimismo, de acuerdo al Ministerio de Salud (2014) en lo que respecta a la situación de salud en las zonas rurales del país, éstas se caracterizan por establecer una correlación entre pobreza (26,6 por ciento del total porcentual) y desnutrición, debido a la falta de ingesta de proteínas y calorías que logren satisfacer las necesidades del cuerpo; también se presenta una mayor incidencia de anemia en personas adultas mayores y mujeres adultas en estas áreas; encontrándose, además que la mayoría de casos de Violencia Intrafamiliar proviene de cantones rurales.

Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud (2009), señala que en Costa Rica la presencia de personal médico y de enfermería es menor en zonas rurales que las urbanas, donde la razón es de hasta tres veces más profesionales en área urbana. Además, esta Organización resalta la importancia de mejorar el trato hacia las personas consultantes, principalmente en las zonas rurales del país.

Es importante resaltar que en el caso de Costa Rica, estas condiciones desiguales presentes en el sector salud responden a los recortes de inversión social en los que ha sido condicionada la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), repercutiendo principalmente en las poblaciones de zonas alejadas de los centros de población, pues la calidad de los servicios brindados, la infraestructura idónea y necesaria y personal profesional, no responden a las necesidades de las personas consultantes, ya que es precarizado y focalizado como producto de los procesos de mercantilización de los servicios de salud.

De estos datos se desprende la importancia de enfatizar el tema de la salud en las mujeres residentes de zonas rurales, donde se identifican las situaciones descritas en los párrafos anteriores, las cuales colocan a esta población en condición de desigualdad tanto por los aspectos biopsicosociales que les afecta, como por la clase social a la que pertenecen, así como el acceso y la atención médica presente en el centro de salud correspondiente, que responda a sus necesidades.

De la misma manera, la realización de la presente investigación es importante pues brinda insumos para la profesión al ampliarse el conocimiento hacia la población femenina respecto a las condiciones socioculturales y materiales que determinan su condición de bienestar y cómo las miran a ellas desde el Sector Salud (como espacio de intervención del Trabajo Social), el cual ha sido trastocado por la cultura androcéntrica.

Así, la comprensión de este tema pone en discusión y reflexión el quehacer profesional en áreas de atención médica, ya que en muchos casos las Trabajadoras Sociales y los Trabajadores Sociales omiten su criterio como profesionales en Ciencias Sociales, al verse inmersos en relaciones de poder con personal médico, donde los últimos se han dedicado a biologizar los procesos físicos, sociales, culturales y materiales que viven las mujeres en una sociedad androcéntrica y capitalista como la nuestra, obviando la importante carga que estos factores ocasionan en su estado de bienestar.

Por ello, los resultados obtenidos de este trabajo investigativo son de suma importancia, no sólo para el Trabajo Social, sino para cualquier otra disciplina o investigación que se interese en la influencia del entorno en el estado de salud, específicamente de las mujeres residentes de zonas rurales, ya que actualmente se cuenta con escasos datos referidos al tema, y específicamente en Costa Rica no se ubica ningún estudio que contribuya a visibilizar la trascendencia de valorar la salud de la población femenina de sectores populares desde una visión amplia que tenga como punto de partida su experiencia y vivencia y deje de masculinizarse y universalizarse la medicina como otro ámbito androcéntrico.

Es relevante rescatar que la construcción de conocimiento resultante de esta investigación se fortaleció al contar con un grupo de seis mujeres, quienes compartieron sus experiencias para validar los resultados del trabajo realizado, y también ellas obtuvieron el beneficio de conocer y comprender más acerca de sus procesos y ser protagonistas de los mismos, los cuales han sido

omitidos como objetos de estudio por parte de la medicina, y se reproducen como vivencias penosas o poco importantes en la intervención sesgada que reciben ellas por parte de profesionales poco capacitados y capacitadas en el tema de género y la carga que recae en la población femenina.

A partir de las condiciones explicadas en el presente apartado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se expresa el androcentrismo médico en los centros sanitarios correspondientes a la zona de Cirrí de Naranjo, respecto a la atención de la salud de las mujeres de la localidad, a partir de sus condiciones socioculturales y materiales?

1.2. Preguntas generadoras

A partir de la pregunta expuesta anteriormente, surgieron las siguientes interrogantes que orientaron el trabajo investigativo:

1.2.1 ¿Cómo se determina la atención del estado de bienestar en los centros médicos, a partir de las condiciones materiales de las mujeres participantes?

1.2.2 ¿Cómo influyen las condiciones socioculturales en el acceso a los servicios de salud y la atención médica?

1.2.3 ¿Cuál es el discurso médico del EBAIS de Cirrí, respecto a las especificidades en la atención médica de las mujeres atendidas en este centro?

1.3 Estado de la Cuestión

El tema de la especificidad en la salud en las mujeres ha sido poco abordada por parte de las Ciencias Sociales y en Costa Rica la información encontrada es escasa y poco orientada a comprender las condiciones socioculturales y materiales, que como un todo inciden en la salud de las mujeres de forma distinta que en los hombres. Esta ausencia de trabajos investigativos orientados a la temática señalada, también se identifica desde Trabajo Social costarricense, pues solo se ubica un estudio que contempla el contexto sociocultural vinculado al estado de bienestar de la población femenina diagnosticada con cáncer de mama. Por ello se utilizaron principalmente investigaciones internacionales que abordaron la temática y permitieron un acercamiento a éste desde diversas ópticas, y no solo de las condiciones meramente biológicas.

Es importante destacar el aporte metodológico de los trabajos de investigación consultados, ya que éstos contribuyeron a la comprensión de la relevancia que implica la utilización de enfoque feminista cuando se trabaja con mujeres, ya que ellas comparten desde sus propias experiencias, sentimientos, concepciones y conocimientos, la forma en que influyen ciertas condiciones en su estado de salud, y cómo afrontan o perciben estas influencias en su cotidianidad, brindando un acercamiento más enriquecedor en la investigación que trasciende la cuantificación de datos.

Asimismo, se encontró que la población femenina idónea para los estudios, se encuentran en una edad mayor a los 30 años de edad, debido a los procedimientos médicos a los que se someten a partir de esa etapa de la vida, además de las labores que desempeñan diariamente, como el trabajo intra y extra doméstico, y de cuido.

Se exponen a continuación los hallazgos más importantes obtenidos de la revisión bibliográfica de trabajos finales de graduación que se aproximan a comprender el carácter diferenciado que debería primar en la prestación de servicios médicos a la población femenina. Con el fin de encontrar la mayor cantidad de investigaciones relacionadas con la temática de interés, se consultó la base de datos de la Biblioteca de la Universidad de Costa Rica en todas las Sedes, además de revisar el listado de trabajos finales de graduación realizados en Trabajo Social en la Rodrigo Facio y la Sede de Occidente, el cual está disponible en la página web de la carrera. Por último, se buscó investigaciones de forma digital en distintas Universidades Latinoamericanas,

que favorecieran el análisis del tema de la salud de las mujeres y su especificidad, ya fuera biológica o sociocultural.

Se exponen los datos en dos categorías de análisis. Primeramente se encuentran las implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en la salud de las mujeres. Seguido se muestran los estudios relacionados a la medicina androcéntrica en el abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres.

1.3.1 Implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en la salud de las mujeres

Respecto a esta categoría, se destacan los estudios realizados en el área de Psicología por la Licda. Torres (2011), en Perú, la Dra. Manso (2012) en España, y el Lic. Campos (2013) en Costa Rica. Así como la Licda.Rojas (2003) en Enfermería, desde Perú; en España la Dra. Montesó (2008) en Sociología, y las Licdas. Flores, et al (2013) en Fisioterapia, desde Colombia. Estos autores y autoras señalan datos relevantes en cuanto a la percepción que poseen las mujeres sobre su propia salud, donde se prioriza el bienestar de las demás personas ante el propio, producto de las labores de cuido y trabajo doméstico que desempeñan diariamente. Para las participantes de las investigaciones mencionadas, su salud es importante solo en el momento en que la afectación de la misma interfiere en el cuidado de los otros y las otras.

En la mayoría de estos estudios, las mujeres refieren no tener derecho a enfermar, pues esto implica perder días de trabajo, cuido y responsabilidades tanto dentro como fuera de los hogares. Además por el insuficiente tiempo que poseen para sí mismas y su autocuidado, se pierden horas de sueño y se afectan los hábitos alimenticios, consumiendo menos de lo requerido diariamente para un metabolismo sano. Esto es lo que las autoras y los autores consideran las implicaciones que tienen las múltiples funciones realizadas por las mujeres (cuido, quehaceres del hogar, maternidad, trabajo fuera de la casa, etc.) en la preocupación por su estado de salud.

Otro de los datos importantes por destacar consiste en la salud mental de las mujeres que cumplen con las características mencionadas líneas atrás. Los hallazgos encontrados refieren a la estrecha relación entre problemas emocionales y las mujeres que permanecen más tiempo en la casa, es decir, las que no trabajan fuera de su hogar. Asimismo, se menciona que, en comparación con los hombres, tienen una peor percepción de la salud, baja autoestima, mayor prevalencia de ansiedad y depresión y peores condiciones de vida ocasionadas por las diversas presiones de

carácter social y religioso al que han sido sometidas desde la infancia, así como por la dificultad para acceder a medios económicos por cuenta propia.

Estas concepciones sobre sí mismas, también son propiciadas por la cultura de cada país, los medios de comunicación, las modas, los ideales de belleza, entre otras tendencias que afectan en mayor medida a las mujeres que a otros grupos poblacionales. El no alcanzar el estándar de "belleza" afecta la autoimagen y produce enfermedades principalmente psicológicas y emocionales, como "no sentirse atractivas".

Por último, se encuentra la aún persistente asignación a las mujeres del cuido de otras personas, principalmente enfermas, ya sean hijos e hijas con alguna discapacidad, personas adultas mayores u otras personas que requieren del cuidado externo, porque su red de apoyo familiar no puede o no quiere asumir. Respecto a este tema, se identifica una relación entre bajos niveles económicos y las cuidadoras. Es decir, estas mujeres necesitan realizar esta labor para generar un ingreso económico propio. Y en muchos casos, no necesariamente reciben pago alguno por tratarse de familiares. Estas condiciones generan malestar psíquico, más ansiedad y depresión como manifestaciones del estrés cotidiano.

En síntesis, a partir del análisis de los datos presentados en los párrafos anteriores, se facilita comprender mejor la condición de las mujeres bajo la lógica androcéntrica que continua condicionando su cotidianidad, pues se sigue relegando el papel de encargadas mayoritarias de los quehaceres del hogar y cuidadoras de otras personas, obstaculizando la capacidad de realizar múltiples tareas, sin sentir esta sobrecargada mencionada por las autoras y los autores consultados, la cual está repercutiendo en su estado de salud físico, mental y emocional.

Asimismo, las relaciones de poder siguen siendo causantes de condiciones de desigualdad de género, ya que aunque las mujeres participan en más espacios públicos, los hombres no han asumido responsabilidades de cuido y aseo del hogar en la misma medida que ellas.

Además, cabe resaltar, respecto a las investigaciones consultadas, que solo una de estas corresponde a estudios realizados en Costa Rica, por lo que se refuerza la importancia de evidenciar el escaso interés en la temática de la salud en las mujeres, por parte de las y los investigadores costarricenses, siendo este tema de suma importancia en las Ciencias Sociales, pues evidencia las relaciones desiguales entre hombres y mujeres en áreas poco estudiadas como lo es el sector salud.

1.3.2 Medicina androcéntrica en el abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres

La decisión de considerar el tema de las especificidades en la salud de las mujeres, resulta precisamente del desplazamiento al que se han visto expuestas producto del androcentrismo que caracteriza el sistema médico, al ser el hombre el centro de investigación y del conocimiento. La diferencia en la atención médica de las mujeres inicia considerando su condición biológica, es decir, los procesos de maternidad, menstruación y sus diversas manifestaciones a lo largo de la vida.

A partir de lo anterior, se ubican los estudios elaborados por Lic. Escobar (2009) en Chile y desde Ecuador, Licdas. Marín y Torres (2015) en el área de Psicología, así como las Licdas. Badilla y Muñoz (2002) en Enfermería, y las Licdas. Méndez y Mesén (2011) en Trabajo Social, desde Costa Rica. Estas investigaciones están relacionadas con el cáncer de mama y la percepción de sí mismas luego de atravesar el proceso de diagnóstico, atención y recuperación de la enfermedad mencionada.

Entre los hallazgos más relevantes se encuentra la relación establecida por las autoras y los autores entre la salud y la enfermedad, mediada por el estrés. La mayoría de las participantes de las investigaciones refirieron presentar problemas familiares que complican su condición de cáncer, asociados además a la adopción de un nuevo rol: el de estar enfermas.

De igual manera, estas mujeres se preocupan más por el cuido de las demás personas que el de sí mismas, por lo que aparecen problemas de ansiedad y depresión ante la imposibilidad de realizar labores que lograban efectuar antes del proceso de cáncer. Como se menciona en los textos consultados, refieren tener la necesidad de sentirse “útiles” a pesar de no poder contar con las mismas capacidades.

Bajo la misma lógica, se identifican importantes problemas en cuanto a la autoimagen, cuando presentan cambios físicos ocasionados por los tratamientos contra la enfermedad. Se hace referencia a una afectación en la “feminidad” como resultado de la influencia de los valores culturales que inciden en la nueva autoconcepción de las mujeres que se someten a mastectomía, o que pierden el cabello por la radiación y quimioterapia. Igualmente la relación de pareja se ve afectada por la autoconcepción de sí mismas, que condiciona el disfrute de la sexualidad. Estas condiciones dan paso a problemas de carácter emocional y psicológico (además de los daños físicos

de exponerse a los tratamientos), al sentir constantemente estrés, tristeza, angustia, frustración y demás emociones causadas por los procesos de afrontamiento del cáncer y sus secuelas.

De acuerdo con los datos anteriores, se rescata que los estudios de Badilla y Muñoz (2002) y Méndez y Mesén (2011) refieren en su investigación a la especificidad de los problemas de salud de las mujeres, asociados a la importancia de los aspectos socioculturales que condicionan la vida de las mujeres más allá de los determinantes fisiológicos.

Además, un balance general de esta información permite analizar la escasa información que poseen algunas mujeres respecto al cáncer de mama, ya que en los estudios mencionados, las participantes señalan asociar la palabra "cáncer" con "muerte". Esto significa que los procesos informativos son insuficientes y poco específicos. Igualmente, se concluye que la enfermedad del cáncer tiene costos físicos, psicológicos y sociales que requieren de una atención más idónea que responda a las necesidades de las mujeres, y no sólo el tratamiento médico común, pues se están obviando las condiciones sociales, culturales, psicológicas y materiales que influyen de una u otra forma en el proceso de afrontamiento y recuperación.

Por último, es importante rescatar el trabajo realizado desde Trabajo Social en relación con la salud de las mujeres y cómo ésta está influenciada por el androcentrismo, provocando consecuencias psicológicas, emocionales y sociales que no acaban con el tratamiento de la enfermedad. Este es un relevante acercamiento a la temática de la atención que deberían brindar a la población femenina y sus necesidades, a partir de la particularidad contextual de cada caso.

Capítulo II

Referente contextual

El presente apartado contiene los principales documentos, políticas, convenciones y conferencias realizadas por organizaciones de carácter internacional, con la participación de más de 100 países del mundo, que han optado por visibilizar el tema de la salud de las mujeres, y que además, al ratificar estos instrumentos, realizan un compromiso político por cambiar las condiciones de desigualdad y discriminación que ha vivido las mujeres históricamente como consecuencia del patriarcado.

Asimismo, se contemplan las políticas, instrumentos y directrices que posee Costa Rica, como producto de la materialización de los compromisos que ha adquirido con las distintas iniciativas internacionales mencionadas, y el impacto que han tenido éstas en materia de salud de las mujeres en el contexto costarricense.

A continuación se rescatan los principales aspectos de cada documento, relacionados directamente con la salud de las mujeres, ya que éstos constituyen la iniciativa de muchos países por cambiar la situación en su aspecto biológico vinculado a las condiciones sociales, culturales y materiales que les determinan, al reconocer que poseen particularidades que no deben ser obviadas en ningún ámbito.

2.1 Iniciativas Internacionales

En las siguientes líneas se presentan las principales iniciativas internacionales que se vinculan con el tema de la salud de las mujeres, dando paso al análisis de los vacíos que siguen caracterizando la atención de la salud, principalmente en el caso de esta población.

2.1.1 Convenciones y Conferencias

Desde hace más de 40 años se han presentado una serie de acciones tendientes a visibilizar la condición de las mujeres como parte fundamental de la sociedad; sin embargo, esto no es suficiente debido a que han sido históricamente discriminadas basándose en el sexo biológico y en los estereotipos de género, que la colocan en un plano secundario, invisibilizando el importante aporte de esta población a múltiples áreas de conocimiento y prácticas cotidianas.

Para profundizar las acciones orientadas a la lucha contra la discriminación de las mujeres, en la que se reconoce que están mayormente expuestas a condiciones socioeconómicas menos favorecidas y en la lucha por la igualdad de derechos de hombres y mujeres, se presenta a continuación las principales convenciones y conferencias referidas a la salud de las mujeres.

Cuadro N°1. Conferencias y Convenciones vinculadas con la salud de las mujeres

Conferencia o Convención	Año en que se realiza	Descripción	Vinculación con la salud de las mujeres
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)	1979	Esta convención hace referencia a múltiples esferas de la vida de la población femenina que deben ser intervenidas, en las que se incluye temas como: la salud, familia, trabajo, educación, entre otras. Por ello, presenta 30 artículos vinculados con los derechos humanos fundamentales, los cuales están relacionados con la igualdad entre mujeres y hombres.	Art.10, inciso h: acceso a procesos informativos que aseguren la salud de las mujeres y de la familia. Art.12: responsabilidad de los Estados Partes en realizar las acciones necesarias para que se erradique la discriminación de las mujeres en la atención médica, asegurando el acceso a estos servicios y los relacionados a la planificación de la familia. Estas medidas deberán también brindarse en el periodo de embarazo, parto y post parto, facilitando que ellas accedan a un nivel de nutrición idónea durante estos procesos. Art.14: salud de las mujeres de zonas rurales: 1) el acceso a servicios médicos adecuados, lo que incluye: información, asesoramiento y planificación familiar; 2) formar parte de las personas beneficiadas de los programas de seguridad social; 3) contar con condiciones de vida idóneas en lo que refiere a la vivienda, servicio eléctrico, agua, transporte, comunicaciones y servicios sanitarios.

Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi)	1985	Conferencia mundial realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). De esta conferencia se desprenden las estrategias Nairobi, las cuales pretendían establecer las pautas necesarias para que los Estados propiciaran las condiciones que permitieran a las mujeres la igualdad de oportunidades en múltiples espacios, entre los cuales se destaca la salud.	Estrategias dirigidas a la salud de las mujeres: ✋ Reconocer el importante papel que desempeña la mujer como cuidadora de la salud dentro y fuera del hogar ✋ Identificar y mitigar los riesgos de la salud de ellas, promoviendo un estado de bienestar en todas las etapas de la vida ✋ Orientar la educación en salud con miras a cambiar las actitudes, valores y acciones discriminatorias, preparando a las y los profesionales en salud para atender y comprender las necesidades específicas de la salud de las mujeres. ✋ Medidas dirigidas a la planificación familiar, como lo es la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad. Utilizar indicadores específicos de género para monitorear la salud de las mujeres, con el fin de reducir la morbilidad de esta población, especialmente cuando las enfermedades se acompañan de aspectos psicosomáticos, sociales y culturales.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing	1995	Al igual que la anterior, esta actividad es realizada por la ONU. De esta conferencia se desprende la Plataforma de Acción de Beijing, definida como un programa que busca acelerar la adopción de las Estrategias de Nairobi. Esta Plataforma contempla 12 ámbitos que deben ser abarcados por los Estados, con el fin de eliminar los obstáculos que impiden que la condición de las mujeres mejore; uno de estos menciona específicamente a la mujer y la salud.	Objetivos estratégicos relacionados con la salud: ♀- Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y buena calidad ♀- Fortalecer los programas de prevención que promuevan la salud de la mujer ♀- Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer
Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro	2012	Esta conferencia se da en el marco de la celebración de los 20 años cumplidos desde la Cumbre de la Tierra celebrada en 1992. En esta ocasión, las personas participantes se centraron en aspectos como la reducción de la pobreza y la protección del medio ambiente. Sin embargo, se encuentran también aspectos vinculados con la salud de las mujeres.	Art. 138. Importancia de adoptar medidas sobre los determinantes sociales y ambientales que inciden en el bienestar de la población Art.145. Aplicación efectiva de la Plataforma de Acción de Beijing, ya que se considera importante la protección de los derechos humanos de la población femenina Art.146. Se expone el compromiso asumido por los Estados Partes para la reducción de la mortalidad materna e infantil, mejorando la salud de las mujeres, y las personas menores de edad; así como la obligación de

		El documento final emitido en dicha actividad, hace referencia a tres dimensiones comprendidas en el desarrollo sostenible: económicas, sociales y ambientales. A partir de estas, se considera que la salud es un indicador de dichas dimensiones.	velar porque los centros de salud faciliten la información y los servicios médicos necesarios para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Beijing +5 "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI"	2000	Evaluación periódica realizada respecto al estado de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing 1995, en el que se analiza el progreso alcanzado y se establecen nuevas iniciativas, según corresponda. Según la Plataforma de Acción emitida en Beijing 1995, los objetivos debían cumplirse para el año 2000, sin embargo no ha sido posible en la totalidad de éstos hasta la fecha, por lo que se ha brindado un seguimiento a cada Estado Parte, con el fin de evaluar el alcance que han tenido las posibles medidas que adoptaran en cada país, según las necesidades y características propias.	Algunos obstáculos que impiden la aplicación de los objetivos de la Plataforma de Acción de Beijing 1995: ✋ La falta de atención que se presta a los condicionantes económicos y sociales de la salud ✋ La priorización al tratamiento de las enfermedades y no al estado de salud óptimo ✋ Las mujeres que reciben atención médica, no suelen ser tratadas con respeto, ni se responde a los derechos de confidencialidad e intimidad ✋ No existe aún un esfuerzo suficiente por prevenir, detectar y tratar los diferentes tipos de cáncer que afectan a las mujeres La información que se suministra en los centros de salud, sigue estando determinada por sesgos de género

Elaboración propia con base en los documentos de: Organización de las Naciones Unidas (1979), (1985), (1995), (2012) y ONU Mujeres (2014)

A partir de la información contenida en el cuadro anterior, se analizan los enunciados de cada Conferencia y Convención a la luz de la realidad de las mujeres, incluyendo a las que residen en zonas rurales pues los servicios que prestan las y los profesionales en salud siguen estando determinados por prejuicios, valoraciones negativas, discursos de vergüenza, asociados a sus procesos biológicos, así como culpabilidad y tratos violentos que no contribuyen en ninguna medida a la lucha contra la discriminación que viven en muchos espacios relacionados con su estado de bienestar.

Ejemplo de lo anterior se encuentra en el tema de la planificación familiar (como se menciona en el artículo 12 de la CEDAW, y en una de las estrategias de la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer), en el que las mujeres siguen siendo vistas como aparatos reproductores, y quienes optan por no engendrar son víctimas de discursos machistas de desprecio y desvaloración por no cumplir su "tarea materna", violentándose el derecho a decidir sobre sus cuerpos, sin ser forzadas a optar por una u otra opción que provienen de personas ajenas a su realidad y deseos.

Asimismo, respecto al artículo 10 de la CEDAW; el 146 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible y uno de los obstáculos mencionados en la evaluación Beijing +5, la información que las mujeres reciben en los centros de salud, suele estar condicionada por estereotipos de género que le coaccionan a decidir o pensar de acuerdo con la lógica androcéntrica de la medicina, donde son concebidas como las "eternas enfermas" sin valorar las múltiples funciones que realizan y bajo cuáles condiciones materiales lo hacen.

Es decir, en ambos casos se objetiva la valoración médica, desplazando el contexto al que responden aquellos padecimientos y/o necesidades que no son únicamente biológicas, ya que la realización de dobles o triples jornadas, así como la pertenencia a una clase social u otra incide directamente en el estado de bienestar físico y mental, siendo más perjudicial para las mujeres de sectores populares, quienes desarrollan una serie de estrategias de sobrevivencia propia y familiar donde la salud es el medio por cual obtienen o no ingresos mínimos que permitan satisfacer sus necesidades, pues enfermar implica el abandono momentáneo, paulatino o permanente de sus trabajos, aunque éstos sean inconstantes y bajo condiciones precarias.

Igualmente, en los centros médicos no se les brinda datos que contribuyan a comprender sus procesos biológicos (como lo es la menopausia o la menstruación), ni se ofrecen opciones alternas de planificación familiar que coincidan con sus deseos y provoque menos daños a corto y largo plazo (como los anticonceptivos hormonales), siendo una alternativa la esterilización quirúrgica en el caso de quienes no desean la maternidad.

Respecto a la esterilización quirúrgica, la elección de ésta por parte de las mujeres suele sujetarse a una serie de procesos y condiciones (desde la solicitud de la misma hasta la valoración médica para proceder o no a la realización de la misma). Como parte de los requisitos para acceder al método anticonceptivo se debe participar en una charla en la que cuestionan a las participantes respecto a la elección de este procedimiento, reproduciendo discursos machistas de "la inherente tarea materna". Este tipo de discursos puede causar, en las mujeres que buscan orientación profesional, sentimientos de culpa al no cumplir con dicho mandato social, así como indecisión, pues la doctora o el doctor es "quien sabe lo que nos conviene". Sin embargo, hacer caso a estas observaciones machistas se puede traducir a una maternidad forzada, cargando con problemas emocionales, psicológicos y económicos, pues la decisión de ser o no madre atraviesa más aspectos que solo cumplir con el ideal socialmente impuesto.

Por situaciones como las anteriores, la salud sexual y reproductiva de las mujeres está condicionada primeramente por la cultura patriarcal, la cual se reproduce en el sector salud donde a esta población se le facilita la información y procesos que para las y los profesionales médicos es pertinente y adecuada. Segundo, la clase social determina a cuáles mujeres se les ofrece alternativas para embarazo asistido (por ejemplo), pues son accesibles mayoritariamente para las mujeres burguesas, despojando a las de sectores populares de los derechos de acuerdo con su capacidad adquisitiva.

Lo anterior refleja las inconsistencias del sector salud como garante de los derechos humanos relacionados al bienestar de las poblaciones, principalmente en cuanto a la atención de las mujeres, ya que se establecen de acuerdo con el sistema económico capitalista y el patriarcal, siendo ambos discriminatorios, contribuyendo a que se amplíe la brecha como resultado de las desigualdades entre las personas más tienen y quienes más necesitan.

Siguiendo con la exposición de ideas, es igualmente importante el acceso a programas de seguridad social (mencionado en el artículo 14, inciso 2 de la CEDAW), donde éste depende de la posesión de un seguro, del cual muchas mujeres logran beneficiarse principalmente por medio de su pareja, al estar inmersas en relaciones labores precarias, en las que las garantías sociales no son parte del contrato laboral. Esto es más intenso en la población femenina de sectores populares.

Juliana Martínez (2006) señala respecto:

> […] el origen del aseguramiento familiar es la división sexual del trabajo entre hombres que son los proveedores del ingreso del hogar y mujeres que cumplen con la función de cuidadoras […" (p.6)

Como menciona la autora, el aseguramiento responde a la cultura patriarcal donde las mujeres son desplazadas al ámbito privado, no pudiendo acceder al trabajo remunerado por muchas décadas, y menos a garantías sociales asociadas al contrato laboral. Este contexto se intensifica con el capitalismo, pues los derechos se mercantilizan, siendo posible solo para las personas de clase burguesa o con trabajos estables.

Sin embargo, en el caso de mujeres jefas de hogar y/o trabajadoras de sectores informales con ingresos económicos insuficientes, la posibilidad de contar con seguro médico se ve obstaculizada, por lo que muchas dependen de la cobertura médica que le ofrece el cónyuge (cuando él posee seguro médico), visibilizando la dependencia innecesaria debido a los escasos esfuerzos estatales por brindar opciones viables para esta población.

Por otra parte, además del acceso al seguro social, la atención de la salud de las mujeres está determinada por la prestación de los servicios médicos, siendo que las y los profesionales sanitarios son formados desde la cultura androcéntrica, reproduciendo la lógica machista de la equívoca inferioridad de las mujeres respecto a los hombres. Por ello, cabe revisar si los planes de estudio y la práctica médica han contemplado este aspecto, o simplemente quedó con una meta sin cumplir, pues la preparación académica que incluya la comprensión de los procesos biológicos de las mujeres durante todas las etapas de la vida, permeadas por los distintos factores socioculturales y materiales, daría paso a la comprensión de las diferencias biopsicosociales que

poseen las mujeres respecto a los hombres, favoreciendo una atención médica menos discriminatoria.

Aunado a los aspectos anteriores, es de suma importancia analizar por qué desde hace tantos años (en 1985 durante la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, y retomado en 2012 durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible) se incorporó la necesidad de la utilización de la metodología de análisis desde la categoría género, respecto a la salud de las personas, donde fuera posible asociar la morbilidad con factores adicionales a lo meramente biológico e integrara lo social, lo cultural y lo material, sin embargo los avances en esta dirección han sido poco significativos, encontrándose distintos espacios en los que las mujeres siguen siendo violentadas, aumentado esta realidad para los sectores populares.

La utilización de metodología desde el análisis de la categoría género facilitaría la identificación, comprensión e intervención de la salud de las mujeres en circunstancias de desigualdad, como quienes viven en condición de pobreza, en zonas rurales, con trabajos precarizados y son jefas de hogar a cargo de personas dependientes.

La lectura de la realidad de la población femenina desde la ciencia médica, la investigación o el monitoreo de los determinantes sociales de la salud, contribuye a la ruptura de la lógica de inferioridad, debilidad y sumisión que caracteriza las relaciones entre las personas, desde el patriarcado capitalista, en detrimento de las mujeres en todas las áreas de la cotidianidad, reconociendo que existen condiciones que inciden de forma distinta en el bienestar de las poblaciones, de acuerdo con la clase social, ubicación geográfica, el sexo, las relaciones de poder, entre otras.

Relacionado con el tema de la metodología de análisis desde la categoría género, se encuentra la promoción de la investigación sobre la mujer, planteada en uno de los objetivos estratégicos de la Plataforma de Acción de Beijing en 1995. En este punto no se encuentran avances importantes, pues aún existe un profundo desconocimiento en la población respecto a las diferencias en la salud de las mujeres, donde ellas mismas desconocen de sus procesos y las características de éstos. Igualmente, no se difunden ampliamente los estudios realizados, ni llegan a las instituciones de formación y quehacer profesional, generando un vacío en la comprensión e interés de la temática a pesar de contar con datos que respaldan la necesidad de

actuar y concebir de forma distinta la cotidianidad de las mujeres y cómo ésta incide en su estado de bienestar.

La búsqueda de información referida al tema de la salud de las mujeres y la influencia que los factores socioculturales y materiales tienen sobre su condición de bienestar (ver capítulo del referente teórico), refleja que estos datos no se difunden de forma que incite a realizar investigaciones académicas o institucionales para evaluar la situación en la que se encuentra la población femenina, de acuerdo con las particularidades de cada una y la zona en la que habitan. Sería un importante avance que, por ejemplo, las universidades participen en la indagación y divulgación de esta realidad, pues contribuiría a causar interés en la población estudiantil y docente, haciendo público el fenómeno y problematizando sobre este, desde una óptica distinta a la médica.

En síntesis, a partir de las Conferencias y Convenciones mencionadas en el cuadro N°1, cabe resaltar la importante herramienta que constituyen estos esfuerzos para que los Estados asuman la responsabilidad de mejorar las condiciones de salud de las mujeres, trascendiendo el ámbito meramente biológico, pues en la mayoría de las medidas señaladas, se presta atención a los condicionantes sociales, culturales, económicos y políticos que juegan un papel sustancial en el estado de salud, al estar expuestas a contextos discriminatorios, desiguales y androcéntricos históricamente opresores de los derechos de la población femenina.

Sin embargo, debido al contexto neoliberal que caracteriza la sociedad actual, la falta voluntad política y sensibilización respecto a las condiciones socioculturales y materiales que inciden de forma distinta en las mujeres, no se logra alcanzar un cambio en la situación de esta población, pues en 22 años (desde Beijing 1995) no se han gestado transformaciones que conlleven a cambios en su vida y estado de salud. La existencia de las herramientas señaladas no genera un cambio por sí solas, ya que se requiere de un compromiso de la sociedad en general para alcanzar la ruptura de la medicina androcéntrica, desde la experiencia y participación de las poblaciones que han sido históricamente discriminadas y violentadas.

Se pueden mencionar como algunas de las deudas aún existentes en respuesta a la ratificación de estas iniciativas internacionales, la necesidad de readecuar los planes de estudio dirigidos a profesionales en el sector salud, para que su prestación de servicios responda cada

vez más a las necesidades de las personas consultantes, teniendo como base el análisis de la categoría género y cómo ésta influye en la vida de las mujeres, principalmente, ya que muchas de las afectaciones presentes en la población femenina responden a las labores realizadas a lo largo de sus vidas, por ejemplo si han trabajado en el campo, si son o han sido cuidadoras, las zonas en las que habitan (si son de difícil acceso o implican un desgaste en huesos debido a la irregularidad del terreno o incluso por la alimentación), entre otras. Estas condiciones representan un impacto fisiológico importante que no responden únicamente a factores heredados o de edad.

Se suma también la necesidad de atender las necesidades materiales de las mujeres, pues de estas se derivan muchos otros obstáculos que influyen en el estado de bienestar de ellas y su grupo familiar. Por ejemplo, las mujeres trabajadoras o las madres solteras, que no poseen vivienda propia, no tienen acceso a oportunidades labores que ofrezcan salarios constantes y suficientes para satisfacer las necesidades básicas propias y de sus dependientes, no cuentan con seguro social ni directo ni familiar, entre otras condiciones. El resultado sería problemas nutricionales, obstáculos para poseer seguro médico y para comprar medicamentos, incapacidad para costearse una consulta privada, pues se desatendería alguna otra prioridad, problemas emocionales y psicológicos acarreados por el estrés y la ansiedad de sacar adelante a sus familiares, y otros inconvenientes más.

Estos escenarios existen, no obstante suelen ser omitidos y/o invisibilizados por el Estado y las instituciones a cargo de brindar respuesta a las necesidades de las personas vulnerabilizadas, quienes luchan constantemente por encontrar una forma de satisfacer sus necesidades y las de su familia, en un contexto de desatención estatal y mercantilización de los derechos, viendo sus condiciones de vida cada vez más precarizadas al no visibilizarse las particularidades que les permea de forma distinta que a otros sectores de la sociedad.

2.1.2 Directrices y políticas orientadas al tema de la salud

Así como las Conferencias y Convenciones mencionadas anteriormente, se encuentran otras iniciativas orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población mundial. Éstas incluyen múltiples áreas de acción como la pobreza, enseñanza, medio ambiente, entre otras. A continuación se presentan aquellas que están íntimamente vinculadas con el tema de la salud de las mujeres.

Cuadro N°2. Objetivos planteados por la ONU para mejorar las condiciones de vida de la población mundial.

Iniciativa	Descripción	Relación con la salud de las mujeres
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Ocho objetivos propuestos por la Organización de las Naciones Unidas para cumplirse en el año 2015, enfocados en las situaciones consideradas más problemáticas (por ejemplo pobreza, educación, mortalidad infantil y materna, entre otros). Con éstos se propuso alcanzar a toda la población en general.	Obj.5: Mejorar la salud materna
Objetivos de Desarrollo Sostenible	17 objetivos establecidos en la Asamblea General de la ONU a finales del 2015, los cuales se basan en el cumplimiento de los ODM, con el fin de retomar aquellos que no alcanzaron resultados óptimos. Se enfocó la atención en la pobreza extrema, el cambio climático y luchar contra la desigualdad y la injusticia.	Obj.3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Elaboración propia basada en los textos de Organización Panamericana de la Salud (s.f); Naciones Unidas (2015)

De acuerdo con lo que se expone en el cuadro anterior, se debe resaltar que la salud de las mujeres trasciende el ámbito sexual y reproductivo, por lo que el alcance del objetivo rescatado de los ocho ODM no vendría a implicar mejores condiciones en los procesos informativos, de prevención, atención y tratamiento de enfermedades propias de la población femenina. Asimismo, se identifican barreras que han impedido que las mujeres exijan una prestación de servicios médicos de calidad y respeto, como lo es que las y los profesionales en salud no son parte de un proceso de formación en la comprensión y sensibilización de las implicaciones de la categoría género y cómo ésta influye en el bienestar de las mujeres. Por lo que el objetivo establecido por las Naciones Unidas, dirigido a las mujeres, es insuficiente para

atender la especificidad de su salud en todos sus aspectos, pues este se enfocaba en el proceso de maternidad, y en esa etapa ellas también son violentadas.

Por ende, mejorar la salud materna también requiere romper con estereotipos y tratos violentos y discriminatorios externados en los centros de salud hacia las mujeres, pues el objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil no implica que se haya mejorado el trato con la población femenina y se respeten las decisiones que toman respecto a sus cuerpos y la procreación, ya que por ejemplo, la violencia obstétrica es producto de la imposición de medidas y procedimientos de las y los profesionales médicos a cargo del parto, donde no se contempla las necesidades fisiológicas de las mujeres, siendo forzadas a realizar el proceso de nacimiento con graves consecuencias físicas y emocionales, debido, además, a los constantes insultos que externan estas personas, como se ha observado en investigaciones sobre el tema y en las noticias nacionales en los últimos años[1].

La lectura de este tipo de circunstancias lleva a la compresión de las razones por las cuales se gestan experiencias traumáticas en las mujeres que van a realizar sus labores de parto, pues se les señala y violenta en todo momento, y aún más si se trata de menores de edad, concebidas como "irresponsables, libertinas y torpes" al quedar embarazadas. Debido a ello, las y los profesionales en salud aprovechan su posición de poder- saber para externar juicios de valor basados en la lógica patriarcal que culpa a la población femenina de provocar todas las situaciones de violencia a las que se ven expuestas cotidianamente. Esto causa que ellas: 1) se sientan culpables de ser violentadas por la sociedad machista, interiorizando los discursos y prácticas recibidas durante la atención médica, 2) no se conciban como sujetas con derechos que merecen ser respetadas por todas las personas e instituciones, mirándose como simples usuarias de estos servicios, en los que se les minimiza y agrede constantemente.

Por otra parte, en lo que respecta a los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible, a pesar del que el tercer objetivo se destina a la salud y el bienestar, se puede notar inmediatamente en el título que no están diferenciando la salud de hombres y mujeres, por lo que se podría seguir

[1] Ver: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Pais-cuentas-violencia-obstetrica-hospitales_0_1519848063.html
http://www.crhoy.com/archivo/vviolencia-obstetrica-se-volvio-normal-en-el-pais-dice-experta/

cayendo en la generalización de las enfermedades para ambos sexos, así como la forma en que se interviene en casos específicos, caracterizándose por ser una atención discriminatoria y cargada de prejuicios y valores androcéntricos en detrimento de las mujeres y su contexto.

Este es un retroceso en la lucha que tienen los distintos movimientos de mujeres y de feministas por visibilizar la diferenciación que existe en las condiciones entre hombres y mujeres, ya que la presión que estos grupos ejercen sobre los organismos encargados de brindar lineamientos de carácter internacional, no es suficiente para que sean consideradas sus propuestas. Tal es el caso de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, ya que dicha organización prestó atención a los objetivos post 2015 de la ONU[2], con el fin de ejercer presión para que se incorporara un objetivo específico para la salud de las mujeres; sin embargo, y como se ha señalado, no hay nada en los nuevos objetivos planteados, que se orienten específicamente a la población femenina, su bienestar y la incidencia de factores socioculturales y materiales en su salud, por lo que la influencia de estos grupos no se materializa como se espera.

Por lo anterior, se visibiliza que dentro de estos organismos internacionales la presencia o ausencia de las mujeres como centro de sus planteamientos responden más a los intereses del sistema económico capitalista que a los compromisos reales con la situación histórica de opresión y violencia de esta población, pues aunque en algunas ocasiones se plantea la necesidad de realizar cambios en la concepción y atención de sus necesidades específicas, no pasa a ser una constante en todos los instrumentos elaborados, lo que lleva a crear una cortina de humo, pues pareciera que se vigila el contexto, pero no se realizan cambios significativos, y se deja de presionar para que suceda. No se materializan esfuerzos ni se llevan a la práctica, donde puedan gestarse cambios reales en la concepción y atención de las particularidades de las mujeres, por lo que la situación persiste aunque se ratifiquen instrumentos internacionales que orienten al cambio.

Igualmente, estas organizaciones están influenciadas por la lógica neoliberal en la que los derechos humanos no tienen mayor relevancia si no están ligados a generar acumulación de

[2] Ver http://rsmlac.blogspot.com/2015/09/haciendo-seguimiento-la-cumbre-de.html

riqueza y a propiciar la explotación de recursos necesarios para la producción capitalista; por lo que adecuar todo un sistema fuertemente establecido a la realidad de las mujeres, no sólo generaría la ruptura del orden establecido, pues también requeriría de una mayor inversión en garantías sociales que permitan un verdadero cambio en cuanto a conocimiento, atención y valoración de las mujeres como parte de la humanidad.

De acuerdo con la información expuesta en el cuadro N°2 y su respectivo análisis, se desprende que el único vínculo encontrado entre los objetivos pasados, los nuevos y la salud de las mujeres es el objetivo 5, que refiere a la igualdad de género. En este se señala en el punto 5.6 el compromiso por asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva, de acuerdo a lo acordado anteriormente por programas de acción como el de Beijing. (Naciones Unidas, 2015)

Sin embargo, este objetivo, y el anterior (ODM) vinculan a las mujeres y la salud únicamente en el ámbito sexual y reproductivo. Estos documentos, al ser parte de los esfuerzos de la Organización de las Naciones Unidas, debería ser más insistente en el tema de la salud de las mujeres y cómo ellas se ven afectadas de forma distinta que los hombres por las condiciones sociales, culturales y materiales que les obstaculiza recibir una atención médica que responda a sus necesidades y particularidades, tal y como se plantea en Beijing 1995, donde se pretende que cada mujer sea atendida de acuerdo con su contexto, además de contar con personal médico capacitado en temas de mujeres y análisis desde la categoría género.

Estas iniciativas formuladas en objetivos y metas, adoptados por cientos de países, no representan un cambio significativo en la concepción y atención de la salud de las mujeres en el sector correspondiente, pues en el caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se redujo a lo sexual y reproductivo, en el cual no se contempla la identificación y erradicación de la violencia obstétrica como un aspecto más que afecta la integridad de la población femenina. Además, no compromete a las y los profesionales médicos a prestar sus servicios de forma respetuosa y libre de prejuicios, partiendo desde el análisis de la categoría género y la influencia de la carga social que ésta genera principalmente en las mujeres, pues se les continúan señalando como culpables de la violencia que las instituciones y el mismo Estado ejerce sobre ellas, perpetuando la cultura de violación y minimización de sus derechos como seres humanas. Por lo anterior, no se logra identificar un avance o cambio en la realidad de ellas a partir del objetivo planteado.

Igualmente es importante que se analicen los resultados obtenidos durante el plazo que se establecía para el cumplimiento de los ODM a partir de la realidad de los países en los que se adquirió el compromiso contenido en ellos, pues en el caso específico de la salud sexual y reproductiva, ésta se concibe de forma distinta entre un país y otro.

Lo anterior se puede observar en los informes, en los que se omite a Latinoamérica y la situación de las mujeres en estos países, donde ellas son violentadas sexualmente en la cotidianidad, llegando a ser forzadas a la maternidad aunque sean menores de edad, causando daños físicos, sociales, emocionales y psicológicos en ellas, pues solo en algunos de estos países se permite el aborto terapéutico, el cual es parte de los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina.

Un ejemplo de lo anterior es el caso de "Rosa", una niña nicaragüense que fue violada en Costa Rica, donde no la dejaron abortar, por lo que algunas feministas optaron por llevarla a su país natal con el propósito de realizarle un aborto terapéutico (con el consentimiento de su familia). Sin embargo, el Ministerio de Salud de Nicaragua rechazó todo el apoyo médico de la menor de edad y exigió que ella fuera reubicada lejos de sus tutores. Además, la iglesia católica "[…] *se opuso oficialmente a la intervención amenazando de excomulgar a los padres, médicos y a cualquier persona que participara en la "violación del quinto mandamiento"* […]" (Fuentes, 2006)

Ese es solo uno de los casos en que la integridad física y emocional de la mujer está en peligro, sin embargo, la decisión de si se respetan o no sus derechos sexuales y reproductivos es de muchas personas, antes de ser de sí mismas. Además, estas decisiones están atravesadas también por las condiciones materiales de la persona afectada y su familia, pues en el caso de contar con los recursos económicos suficientes, se podría acceder a un aborto realizado por profesionales en el ambiente idóneo (como lo es una clínica u hospital) dentro o fuera del país de origen. Contrario a ello, las mujeres de escasos recursos recurren a prácticas caseras dañinas y peligrosas, por un lado, o asumen esa maternidad impuesta con todo y las consecuencias físicas, emocionales y económicas que conlleve.

La opresión hacia la autonomía y derecho de elección de las mujeres se debe a factores como: los procesos de socialización distintos entre hombres y mujeres en detrimento de ellas;

falta de información respecto a sus condiciones biológicas particulares y su cuerpo; ausencia de una educación sexual que promueva la libertad de elección y el disfrute de una sexualidad placentera, y no solo orientada a la procreación, etc. Estas condiciones inciden en el control del cuerpo femenino en mayor medida, al imponerse un ideal de feminidad íntimamente relacionado con la división socio-sexual del trabajo.

Además, tanto las y los médicos como las sectas religiosas juegan un papel importante en el control de los cuerpos, pues ello permite la consolidación del poder y sometimiento principalmente sobre las mujeres, por ejemplo, vigilando los índices de natalidad, vinculando la sexualidad femenina únicamente con la tarea materna, es decir, que el disfrute de la sexualidad se realizará con el fin último de procreación. Esta vigilancia se debe a la necesidad de perpetuar la explotación de las mujeres mediante la división socio-sexual del trabajo, donde ellas se encargan de los quehaceres del hogar y del cuidado de la vida humana, y así no atentan contra el orden socialmente establecido. De ahí que esta población no pueda decidir libremente lo que quieren hacer o no de acuerdo con sus deseos o necesidades.

Este control del cuerpo de las mujeres también se ve reforzado por la focalización de las políticas públicas a ámbitos meramente asistencialistas, desatendiendo las especificidades y necesidades de las mujeres de sectores populares, inclusive en materia de salud sexual y reproductiva, al obstaculizarse el acceso universal y gratuito a los servicios médicos; por no poder realizarse fertilización in vitro en otros centros médicos que sí lo permitan; limitando las opciones de anticoncepción a la ingesta de píldoras o introducción de mecanismos hormonales en el sistema reproductor femenino; señalando los derechos sexuales y reproductivos como responsabilidad única de las mujeres y no de ambos sexos, por lo que se convierte en un asunto de género; entre otros. Todas estas opciones conllevan a que quienes decidan, elijan o controlen sus procesos, sean quienes ostentan el poder de elegir por ellas o por quienes cuentan con los recursos para acceder a estos, en un contexto de mercantilización de los derechos.

Aunado a los vacíos de los ODM, los nuevos objetivos están más enfocados en la sostenibilidad ambiental, el cambio climático, consumo y producción sostenibles, y la erradicación de la pobreza. A pesar de que el documento emitido por la Asamblea General plantea retomar aquellos vacíos resultantes de los ODM, ello no se evidencia en las nuevas directrices, específicamente en el tema de la salud de las mujeres, pues se vuelven a interpretar

y concebir como población en general, aunque se cuente con datos que refuerzan la necesidad de atender primero la especificidad femenina en todos los aspectos de la medicina (prevención, atención, promoción), considerando sus diferencias físicas y contextuales, frente a los hombres.

Estos obstáculos implican un estancamiento en la consecución de los lineamientos de Beijing 1995, y en el mejoramiento de la condición de las mujeres en una sociedad patriarcal que las deslegitima como personas con derechos, perpetuando así la relación dominación-sumisión desde distintos ámbitos de su vida, la cual se ve respaldada por el machismo institucional y estatal, donde se siguen concibiendo como una clase dominada con oportunidades limitadas y determinadas por los otros.

A partir de las observaciones anteriores, cabe analizar los vacíos que siguen quedando en el tema de las mujeres y su salud, sin ser vistas únicamente como seres reproductores, objetos públicos de placer sexual, o al universalizarse su condición de ser humana, como si fuesen hombres, invisibilizando sus especificidades cotidianas y de contexto, las cuales requieren una atención más acorde con sus necesidades, pues las afectaciones físicas también se explican por condiciones diarias que responden a la división socio-sexual del trabajo como lo es el cuido de otras personas, labor que no tiene horario y las absorbe hasta apartarlas de sus propias actividades y/o necesidades.

Es necesario resaltar que esta perpetuación de la condición de las mujeres como seres neutros, y por ende, masculinos, es también favorecida desde los organismos internacionales como las Naciones Unidas. Este ente posee una influencia ideológica significativa, no obstante, es orientada a los intereses económicos de las élites hegemónicas, por lo que no está siendo utilizada para cambiar la realidad de las mujeres, ya que sigue siendo una institución patriarcal y capitalista. Por ejemplo, al posicionar la salud como un ámbito generalizado para todas las personas, da a entender que la población femenina no requiere de una concepción y atención específica, por lo que, a través de sus convenios y lineamentos, se invisibilizan todos los aspectos que inciden en el estado de bienestar, no tratándose únicamente de la relación salud-enfermedad, sino de todos los factores socioculturales y materiales que históricamente han influenciado negativamente a las mujeres, y que actualmente responden también a la lógica capitalista, donde se mercantiliza el acceso a los servicios médicos, ampliando cada vez más la brecha entre el derecho a la salud y las posibilidades reales de las personas.

Este posicionamiento de las Naciones Unidas permite entrever la intencionalidad de sus lineamientos en dirección opuesta a la consecución de la igualdad de oportunidades para las personas, pues en el caso de la salud, no se terminan de identificar y corregir todas las actitudes y tratos machistas a las que se someten las mujeres constantemente. Por el contrario, se identifican más obstáculos relacionados con la atención médica, como lo es la condición de clase, es decir, las mujeres de sectores populares con menos ingresos económicos poseen mayores limitaciones para atender su estado de bienestar, y una vez que logran acceder a estos servicios, se ven violentadas en muchos momentos, no respetando su voluntad ni opinión respecto a determinados procedimientos, exponiéndose a la voluntad de personas ajenas a su realidad que poco les importa lo que sienten, piensan o quieren. Es entonces un atropello múltiple a los derechos de esta población, los cuales no parecieran formar parte de los derechos humanos. En este contexto, las Naciones Unidas no realiza ningún esfuerzo significativo por vigilar y modificar todas estas condiciones expuestas, pues sus intereses no responden a estos escenarios.

Precisamente por las situaciones descritas en los párrafos anteriores, y por la escasa atención que brindan los anteriores y nuevos objetivos planteados por las Naciones Unidas a las diferencias de la salud entre mujeres y los hombres, y a la necesidad de trasformar aquellos valores y actitudes androcéntricas características de los servicios médicos, se plantea la necesidad de identificar otras acciones que realmente intervengan en la salud de la población femenina de acuerdo con sus necesidades en relación a sus condicionantes.

Las acciones que se presentan a continuación, aparentan prestar mayor atención a los factores que inciden en el bienestar de las personas más allá del enfoque biologista y androcéntrico del sector salud. Estas políticas son asumidas por la misma entidad y por los Estados miembros de la ONU, las cuales poseen como característica importante de analizar, que uno de sus propósitos es incorporar el análisis de sus labores, desde la categoría género y así, comprender el trasfondo que se oculta en el estado de bienestar de las poblaciones.

Cuadro N°3. Otros lineamientos internacionales vinculados con la salud de las mujeres

Iniciativas	Año	Descripción	Vinculación con la salud de las mujeres
Política de Igualdad de Género	2005	Política dirigida a los estados miembros de la ONU, donde se apela a la participación de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se involucren con la salud. Es propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de la unión de los criterios emitidos por la Política de Género de la Organización Mundial de la Salud (2002) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995), la cual tenía como meta "[…] contribuir al logro de la igualdad de género en lo relacionado con el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten atención debida a las diferencias de	♀- Lograr un estado óptimo de salud y de bienestar para las mujeres y los hombres, durante todo su ciclo de vida y en los diversos grupos de población ♀- Asignación equitativa de los recursos con el propósito de asegurar que mujeres y hombres tengan acceso a la atención de salud idónea, considerando sus necesidades especiales durante toda la vida, inclusive las de salud sexual y reproductiva. ♀- Participación igualitaria de ambos sexos en la toma de decisiones relacionadas a su propia salud, el bienestar de sus familias y comunidades y la definición de programas de política sanitaria ♀- Distribución justa entre mujeres y hombres respecto a la carga y las retribuciones asociadas con el trabajo para el desarrollo de la salud, tanto en el ámbito público como en el doméstico.

		género en la salud y a sus factores determinantes […]" (OPS, 2005: 12)	
Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud	2011	Propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a raíz de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro. La Política señala que las inequidades en salud reflejan las diferencias existentes en cuanto a etnia, racismo, clase, género, educación, discapacidad, orientación sexual y ubicación geográfica	Recomendaciones de la Comisión: ✋ Mejorar las condiciones de la vida diaria *Desarrollar políticas para garantizar una vida equilibrada entre el trabajo y el hogar *Asegurar que los sistemas incluyan a aquellos en situaciones laborales precarias, incluidos el trabajo informal y el trabajo doméstico o de cuido ✋ Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos *Evaluar el impacto de todas las políticas y programas sobre la salud y la equidad en salud *Crear y hacer cumplir una legislación que promueva la equidad de género y prohíba la discriminación por razones de género *Hacer que la equidad en salud sea un objetivo de desarrollo mundial ✋ Medir y comprender el problema, y evaluar el impacto de la acción *Incorporar los determinantes sociales de la salud en la formación médica y de salud *Capacitar a los planificadores y los formuladores de políticas en la evaluación del Impacto de la equidad en salud

Elaboración propia con base en los textos de OPS (2005); OMS (2011).

El análisis de la información contenida en el cuadro anterior permite identificar algunos puntos. El primero de ellos es que la Política de Igualdad de Género señala la importancia de la comprensión de la categoría género, la cual da paso al conocimiento y lucha contra las prácticas machistas en la medicina, lo que beneficia a la población femenina, no solo por recibir un mejor trato, sino porque ellas han interiorizado discursos androcéntricos en múltiples ocasiones, los cuales disminuirían considerablemente para que las mujeres que consultan en dichos servicios no se vean violentadas por estereotipos y prejuicios, los cuales les minimizan. Asimismo, la divulgación de información resultante de los estudios enfocados en las diferencias de género y los factores que inciden en el estado de bienestar de las personas, debe ser presentada a la sociedad en general, pues la violación y negación de sus derechos se refuerza en todos los espacios de la vida cotidiana.

Segundo, de acuerdo con lo expuesto en la Política de Igualdad de Género de la OPS, se concluye que las disparidades presentadas en el sector salud para la atención de mujeres y hombres, pueden ser erradicadas siempre y cuando se tomen en cuenta los factores condicionantes del bienestar, los cuales incluyen lo social, político, económico y cultural. El cambio requiere trasformaciones en la formación académica, en el quehacer profesional, en la forma de percibir a las personas que se desenvuelven en los contextos menos favorecidos de la sociedad y en la respuesta estatal que se brinde a las necesidades y particularidades de la población femenina.

No obstante, esta política debería enfocarse en prestar mayor atención a la salud de las mujeres, antes de homologar los objetivos para ellas y los hombres, pues aún no se ha logrado que la población femenina goce de servicios de carácter respetuoso y consciente de las condiciones que les afecta de forma distinta que a ellos. La salud de esta población requiere especial atención a los factores socioculturales y materiales que están causando afectaciones en su estado de bienestar, como es el caso de las dobles o triples jornadas, con remuneración escasa que no permite la satisfacción de necesidades básicas.

Es por esto que el hecho de que la población masculina se incluya en conjunto con la femenina, podría implicar un retroceso al volver a universalizar sus procesos y condiciones, sin que éstas hayan contemplado las diferencias biológicas, sociales, culturales y materiales que determinan el estado de bienestar de las personas de forma diferenciada por género.

Tercero, en lo que se refiere a la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, este texto señala que las inequidades en salud no pueden ser abordadas sin que se realice en forma conjunta con las desigualdades sociales, por lo que la inclinación hacia la salud como un aspecto meramente biológico refleja la falta de coherencia que poseen las políticas de una sociedad, pues los condicionantes sociales, económicos y culturales son características inherentes de las poblaciones con una salud más afectada. (OMS, 2011).

La adopción de las recomendaciones emitidas por la OMS en la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, implica un avance importante en materia de salud de las mujeres, pues aunque no se dirige específicamente a esta población, los documentos señalados anteriormente vinculan estos factores con su estado de bienestar. Igualmente, la recomendación de evaluar el impacto de las Políticas creadas hasta la fecha en materia de igualdad de género, brindaría insumos para realizar mejoras y verificar que éstas no quedan solo en una iniciativa, sino que realmente están mejorando la realidad de la población, en especial de las mujeres. Estas mejoras se podrían dirigir al sector salud para ampliar el alcance de las medidas adoptadas.

Además, la incorporación de la comprensión e identificación de los determinantes sociales de la salud, en la formación y quehacer de las y los profesionales en salud, da paso a la valoración más completa del estado de bienestar de las mujeres, acorde con sus realidades, pues las dobles o triples jornadas, las labores de cuido de otras personas, las relaciones de violencia dentro de la familia, la insatisfacción de necesidades básicas, entre otras, son condiciones que se reflejan en el estado de salud de la población femenina, por ejemplo con problemas musculares y óseos derivados de las labores como cocinar todo el día, cargar a otras personas, recorrer grandes distancias para hacer compras o dejar y recoger a las personas menores de edad en los centros educativos, y otras tareas más.

Estas circunstancias mencionadas se vinculan directamente con la clase social a la que se pertenece, pues para las mujeres de sectores populares la realización de múltiples jornadas responde principalmente a sus escasas oportunidades de acceder a mejores condiciones materiales, debido a factores como la baja escolaridad y la precarización de los trabajos en los que son contratadas. A pesar del conocimiento que se tiene de esta realidad, son mínimos los lineamientos estatales dirigidos a mejorar la calidad de vida de estas personas, pues se enfocan

en el emprendedurismo y otros tipos de “estrategias” que no llegan a todas las mujeres, pues las de zonas rurales o distantes de los centros poblacionales no se les considera como población meta por la diferencia de contextos socioeconómicos vinculados con la producción mercantil simple que les caracteriza.

Es por esto que las convenciones, conferencias, políticas y otras iniciativas mencionadas en este apartado, dejan entrever varios aspectos importantes de señalar. Uno de ellos es que la especificidad de la salud de las mujeres fue considerada como relevante desde hace más de 40 años, sin embargo hasta la fecha, no se observan cambios sustanciales en la atención que ellas reciben.

El otro aspecto aunado al anterior, es que no se gestan cambios en la situación de la atención médica de las mujeres debido a los procesos de mercantilización de la salud, donde ésta deja de mirarse como un derecho y pasa a ser un nicho de acumulación en el que se generan mayores ganancias si se privatiza su acceso. Este escenario es principalmente perjudicial para la población femenina, pues la mayoría posee menos oportunidades laborales que los hombres y ello implica un obstáculo para acceder al aseguramiento por parte del patrono, o para asegurarse directamente.

De esta forma, se agudizan los índices desigualdad y exclusión que experimentan diversos sectores de la sociedad con menos oportunidades para acceder a los derechos mercantilizados que dejan de ser proveídos por el Estado, como es el caso de las mujeres de sectores populares que se dedican a trabajos precarizados sin garantías sociales. Este escenario es menos favorecedor para las que habitan en zonas rurales, donde las políticas y los recursos destinados a la mejora de la condición de vida de las personas son menos significativos que para quienes habitan en lo urbano, donde se encuentran más opciones educativas y laborales, y mejores condiciones en los centros médicos (más personal, especialidades, horarios extensos, medicamentos, transporte de emergencia; por mencionar algunos).

Por lo anterior, se evidencia la intención de perpetuar la opresión hacia las mujeres, pues bajo la lógica capitalista, el trabajo, la salud y la educación de esta población también se centran en la acumulación de riquezas (precarizando las condiciones de contratación laboral; mercantilizando el derecho a la salud, ya que son quienes consultan con más frecuencia, y

obstaculizando la posibilidad de alcanzar un nivel académico alto mediante la educación gratuita y pública debido a los horarios inflexibles que no les permite atender las labores realizadas diariamente y estudiar al mismo tiempo). Las oportunidades a las que pueden acceder son ofrecidas principalmente por el mercado a causa de la decadencia del Estado como garante de derechos de la población en general, ya que este es capitalista.

Asimismo, se cuenta con políticas específicas para combatir los determinantes sociales que inciden de forma negativa en la salud, pero éstas no son retomadas en cada iniciativa mundial que refiere a la atención médica o bienestar de las mujeres, por lo que su omisión resulta en estancamiento en el proceso de mejorar las condiciones de salud de la población femenina. Dicha omisión remite también a la falta de voluntad política y del desinterés por erradicar prácticas discriminatorias en razón del género.

Igualmente, la adopción de estas iniciativas no implica cambios si no son materializadas en políticas, programas o lineamientos de carácter oficial, es decir, que se implementen y se brinde seguimiento y evaluación por parte de las instituciones competentes al alcance de sus objetivos, así se mejoraran aquellos aspectos que generan vacíos en el cambio de paradigma de atención y comprensión de la salud de las mujeres y los factores que determinan su estado de bienestar, reconociendo la especificidad presente entre las mismas mujeres relacionadas a la clase social a la que pertenecen.

Por ello, resultaría más pertinente que los esfuerzos se destinen a la sociedad en general, por ejemplo con la elaboración e implementación de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones materiales de las mujeres de acuerdo con sus contextos, ya sean de zonas urbanas o rurales. Quiere decir que no se trata solo del sector salud, ya que en la valoración médica se debe incluir los factores sociales que inciden en el bienestar de las mujeres, pues se estaría cambiando únicamente la visión parcializada de las y los profesionales en medicina, excluyendo, por ejemplo, la misma concepción que poseen ellas respecto a sus condiciones médicas y del contexto, las cuales han sido reproducidas históricamente e interiorizadas por sí mismas, al estar inmersas en una sociedad machista.

Por lo que el cambio debe ser primeramente de carácter estatal, haciendo énfasis en el contexto de las mujeres de sectores populares y sus condiciones socioculturales y materiales.

Esta focalización de los lineamientos estatales se relaciona con las políticas y convenios de los organismos internacionales que desatienden las necesidades de las mujeres por atender los intereses hegemónicos capitalistas actuales, lo que implica el desvínculo con el cuidado de la vida humana y la invisibilización de las necesidades de esta población.

Segundo, se deben generar alternativas estructurales que respondan a las demandas y realidad de la población femenina de sectores populares, pues desde allí se producen las mayores desigualdades al formularse y ejecutarse solo políticas públicas asistencialistas y focalizadas que no mejoran la situación real de ellas. Por esto, se requiere de más transformaciones, antes de pasar a ser únicamente institucionales.

2.2 Contexto costarricense

Como producto de las distintas iniciativas realizadas a nivel internacional con relación a las mujeres y la salud mencionadas en el apartado anterior, cabe analizar a la luz de éstas cuál ha sido la respuesta de Costa Rica luego de ratificar y adoptar los postulados de cada una de las convenciones, conferencias, políticas y demás herramientas señaladas, pues el compromiso adquirido con los entes internacionales presionan por el cumplimiento de los objetivos planteados.

2.2.1 Análisis del contexto costarricense respecto a las directrices internacionales ratificadas.

El compromiso costarricense señalado se da principalmente con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), pues cada uno de los instrumentos resultantes de las conferencias, convenciones, políticas y demás iniciativas internacionales mencionadas, provienen de dicha organización, donde la salud de las mujeres ha sido considerada desde distintas ópticas, y no solo en el campo de la atención médica, lo cual puede constatarse en el caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (2012).

Esta Organización cuenta con la conformación de numerosos países alrededor del mundo, que se han unido en determinados períodos, con el fin de realizar un esfuerzo político de peso para cambiar aquellas condiciones identificadas que afectan a ciertos grupos

poblacionales de forma diferenciada, como lo es el trato desigual y violento que experimentan las mujeres en el campo de la medicina.

Entre los primeros países que formaron parte de la ONU, se encuentra Costa Rica, el cual fue admitido en noviembre de 1945[3]. Esta fecha permite hacer constar que al momento de la realización de las distintas iniciativas señaladas, el país ya formaba parte de los Estados comprometidos con el cumplimiento de las disposiciones resultantes de las diferentes declaraciones, políticas y plataformas de acción, orientadas a transformar aquellos escenarios que violentan los derechos de las mujeres, como es el caso de la atención de la salud.

Por ello, los cambios en el contexto costarricense deben haber iniciado desde la ratificación de los diferentes instrumentos; tal y como la CEDAW, Convención realizada en 1979, y ratificada en Costa Rica el 2 de octubre de 1984, mediante la Ley N°6968. (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1984).

A partir de la adopción de los postulados de la CEDAW, Costa Rica debe realizar informes periódicos respecto a los avances logrados en los diferentes espacios que menciona la Convención, los cuales se presentan ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer.

Este Comité realiza observaciones a los informes que presenta el Estado Costarricense, refiriéndose a los aspectos positivos y aquellas preocupaciones que generan algunos vacíos en diferentes áreas de aplicación de la Convención. En el caso particular de Costa Rica, se presentaron los primeros tres informes combinados y el cuarto por separado, en el año 2003. En estos se mencionan los logros en: materia política, participación, lucha contra la violencia y la explotación sexual, la salud sexual y reproductiva, entre otros.

Sin embargo, por el interés de la presente investigación, se analiza el tema de la salud, haciendo énfasis en los alcances que señala el Estado en sus informes y lo que el Comité señala al respecto. Se encuentra, en relación con la temática, que en Costa Rica se han logrado algunos avances como la formulación de la Política Nacional de Salud, dentro de la cual se incluyeron

[3] Información recuperada de: http://www.un.org/es/members/

el sector salud y los derechos reproductivos, facilitando el derecho de contar con servicios de consejería profesional para las mujeres, así como acceder a un Programa de Prevención y Detección de Cáncer Cérvico-uterino y de Mama. Asimismo, se menciona la creación de la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva, y un nuevo modelo de Atención Integral de la Salud. (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2003)

Aunque los anteriores avances son rescatados por el Comité, se menciona por parte de éste la preocupación:

> […] ante la limitada divulgación de los derechos de atención de la salud integral de las mujeres y la inexistencia de un programa nacional de información y/o educación sexual y planificación familiar, que permita la concienciación de las mujeres y los hombres sobre sus derechos y responsabilidades en el proceso reproductivo […] (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2003: 6)

De lo anterior se debe analizar cómo desde Costa Rica se generalizan las directrices para la atención de las personas sin contemplar las diferencias no solo biológicas sino también las socioculturales y materiales que poseen las mujeres respecto a los hombres, y entre ellas mismas, por ejemplo con la pertenencia a una u otra clase social, así como las diferencias que existen respecto a la edad, ubicación geográfica, acceso a servicios básicos, red de apoyo familiar, comunal o social, entre otros.

Estas directrices universalizadas han propiciado tratos desiguales y violentos desde el sector salud, minimizando las condiciones particulares de las mujeres, y responsabilizándolas únicamente en el ámbito de la reproducción en aspectos como la anticoncepción, el control prenatal y la crianza de las personas menores de edad, pero se sigue negando la importante participación que deben tener los hombres en el proceso, no solo de responsabilidad paternal, sino de anticoncepción, con el fin de que ellas no sean expuestas durante toda la vida sexual activa al consumo de hormonas y químicos que en un futuro afectarán su estado de bienestar. Igualmente desde ámbito médico la maternidad no se concibe como una elección sino como una obligación asociada al sexo, por lo que respalda la división socio-sexual del trabajo, delegándolas únicamente a lo reproductivo.

Por situaciones como las anteriores, el Estado costarricense debe de dejar de mirar la salud de las mujeres solo como lo sexual y reproductivo, y comprenderla como un proceso más amplio que se ve influenciada por condiciones socioculturales y materiales que determinan lo fisiológico, donde las mujeres de sectores populares presentan mayores afectaciones, no sólo por las múltiples labores realizadas diariamente, sino por las escasas posibilidades que tienen de acceder a la atención médica debido a las condiciones económicas con las que cuentan.

Aunado a ello, el Comité pide a Costa Rica que fortalezca sus programas de atención a la salud (inclusive la sexual y reproductiva) y que además, formule un programa nacional que provea a las mujeres y hombres, información oportuna y confiable respecto a los métodos de anticoncepción disponibles, los cuales puedan facilitarles ejercer su derecho a decidir de forma libre e informada, el número y esparcimiento de los hijos e hijas que quieran tener.

Respecto a este punto, se encuentra que en el país aún se presentan mayores obstáculos para las mujeres que desean optar por la esterilización quirúrgica como método de control de la natalidad, a pesar de que esta población representa un porcentaje importante de las cirugías de este tipo que se realizan a ambos sexos, ya que, por ejemplo, para el 2008 por cada mil esterilizaciones, 10,4 eran de mujeres y 1,6 de hombres. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010).

Por ello, el derecho a decidir libremente sobre el número y esparcimiento de nacimientos, se ve obstaculizado por el mismo sector médico, donde el discurso de control de los cuerpos se evidencia en la intervención que se le brinda a las mujeres consultantes, basándose en la reproducción de la división socio-sexual del trabajo, en la cual las mujeres se ocupan del trabajo reproductivo.

Ante esto, la implementación de un programa como el que propone el Comité, debe realizarse de forma que se garanticen los derechos de las personas sin distinción de sexo ni otros factores, así como despojarse de los prejuicios que repercuten en mayor medida en las mujeres al no permitirles decidir por sí mismas sobre sus cuerpos sin ser coaccionadas o influenciadas por opiniones ajenas a sus propios deseos.

Debido a los vacíos que identifica el Comité respecto al informe que presenta el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), es importante señalar que Costa Rica presenta de

forma paralela el Informe Sombra, preparado por un conjunto de organizaciones femeninas, tales como: la Agenda Política de Mujeres, el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC/DDHH), la Asociación de Mujeres en Salud (AMES), la Alianza de Mujeres Costarricenses (AMC), entre otras. Este informe pretende develar la realidad del país, así como las tergiversaciones de lo que estatalmente se muestra, donde se ocultan las contradicciones presentes en la situación costarricense.

Estas agrupaciones de mujeres retoman aquellos temas de los cuales poseen conocimientos, experiencias e información, sin pretender abordar todas las discriminaciones que vive la población femenina de Costa Rica. A partir de los aportes de estas organizaciones, se elabora el Informe Sombra, el cual se presentó por primera vez en el año 2003, donde hace énfasis principalmente en los vacíos que aún se presentan en el país en determinadas áreas.

Entre los principales puntos de interés que se exponen en el Informe Sombra, y que resultan de mayor importancia para la presente investigación, se rescatan los siguientes:

♀- Incumplimiento en materia jurídica nacional e internacional respecto a los derechos de las mujeres, lo cual abre una brecha entre el discurso y la práctica en el país.

♀- Discriminación de género que vive la población femenina, agudizada por factores como la etnia, orientación sexual o afectiva, discapacidad, nacionalidad, ubicación geográfica, edad, condición socioeconómica.

♀- Escaso acceso a información completa y oportuna, así como servicios eficientes y alta tecnología, relacionada a la salud sexual y reproductiva.

♀- Violación al derecho de las mujeres a decidir y tener autonomía sobre sus cuerpos. (Informe Sombra, 2003: 6)

De los anteriores puntos, se debe analizar el hecho de que Costa Rica no ha realizado mejoras importantes en la situación de las mujeres, y los cambios gestados no llegan a todas las habitantes de ciertas zonas (como las zonas rurales de difícil acceso), o en condiciones que merecen una valoración más detenida, como aquellas que poseen baja escolaridad, son jefas de hogar, no poseen acceso a servicios básicos, presentan complicaciones en la condición de salud, no cuentan con una red de apoyo, realizan trabajos informales o precarizados, entre otras.

Asimismo, se rescata el análisis de la discriminación por las razones mencionadas en el Informe Sombra, pues en los distintos apartados del presente trabajo, se ha hecho énfasis a la influencia que estos factores tienen en el estado de bienestar de las mujeres, los cuales son poco abordados desde las directrices políticas e institucionales costarricenses, dejando un vacío importante que obstaculiza el avance hacia la erradicación de las formas de discriminación que vive la población femenina.

Por otra parte, en el apartado de Salud propiamente dicho, que presenta el Informe Sombra, se inicia señalando que en Costa Rica no se cuenta con una Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Esto es importante de rescatar, debido a que en este país la salud de las mujeres es vista únicamente en razón de lo sexual y reproductivo, dejando de lado las demás afectaciones que ellas experimentan en su estado de bienestar. A pesar de concebir la salud de la población femenina en esos dos espacios, no se ha materializado ningún compromiso propio de estos ámbitos de la salud, por lo que, como se señala en el Informe, se da una inconsistencia en el discurso y la práctica.

Igualmente, el Informe señala que desde que se aprobó el derecho de toda persona mayor de edad a decidir libre e informadamente sobre su salud sexual y reproductiva, las mujeres demandan cada vez más la esterilización quirúrgica. Sin embargo, en dicha institución no se garantiza este derecho de forma oportuna, pues se generan grandes listas de espera. Además "[…] *la actitud del personal que brinda los servicios […] interpone sus prejuicios y criterios morales en relación con el ejercicio de la voluntad informada* […]" (Informe Sombra, 2003: 17)

Estas situaciones ponen en duda la validez del ejercicio de ciertos derechos que hasta hace algunos años eran negados a las mujeres (principalmente a las de sectores populares), como por ejemplo, elegir si desea procrear o no y el esparcimiento entre sus hijos e hijas. De la misma forma, la esterilización quirúrgica demanda una ruptura de la lógica patriarcal en el que las mujeres se realizan con la maternidad y por tanto debe cumplir su tarea reproductiva para reconocerse socialmente como una mujer. Ante estos mandatos, el personal médico adopta su posición de poder-saber para influir en la decisión de quienes desean esterilizarse de forma permanente, violentando el derecho de ellas a elegir libremente sobre sus cuerpos.

Continuando con la exposición de los datos presentados en el Informe Sombra, se señala que en el país no se cuenta con un producto específico para la anticoncepción de emergencia ni se ofrece información acerca de ésta, (por ejemplo, con una dosis determinada de píldoras anticonceptivas). Este hecho es importante debido a que no se ofrecen opciones que permitan a las mujeres prevenir un embarazo no deseado o aquellos resultantes de delitos sexuales, lo cual causa un daño significativo al imponerse una maternidad traumática. Esta es una violación más a los derechos sexuales y reproductivos de la población costarricense, quienes deben someterse a la voluntad de los demás, bajo criterios irracionales, contrarios a los deseos propios.

En este tema de la anticoncepción de emergencia, en el país se dio un retroceso importante, pues la Asociación Demográfica Costarricense transmitía un mensaje informativo al respecto mediante las radio emisoras nacionales, reconociendo el derecho de las mujeres a estar informadas en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva. Sin embargo la Oficina de Control de Propaganda del Ministerio de Gobernación suspendió su difusión en el 2008. [4]

A pesar de que la resolución de dicha situación con la Oficina de Control de Propaganda falló a favor de la Asociación Demográfica Costarricense y el derecho a la difusión de información, la censura ha sido casi total hasta la fecha, pues la pugna involucra también a los sectores religiosos y su influencia en las decisiones estatales, por tratarse de un Estado Confesional, obstaculizando brindar datos a la población en general orientados a la toma de decisiones informadas.

Por último, se encuentra la relevancia de contar con un hospital especializado en la atención de la salud de las mujeres, es decir, el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit. Sin embargo, el Informe Sombra señala que en dicho centro médico aún "[…] *se impone dentro de la cultura institucional la visión de que las mujeres sólo deben de preocuparse de su salud y su sexualidad desde lo reproductivo* […]" (Informe Sombra, 2003: 22)

[4] Información recuperada de: http://www.adc-cr.org/adc_informacion_ae.php

De acuerdo con lo anterior, se puede identificar la escasa comprensión de la especificidad en la salud de las mujeres influido por el contexto particular de cada una y por los criterios androcéntricos de los y las profesionales en medicina, quienes se aprovechan de su posición en la institución para sobreponer sus criterios moralistas y machistas ante los deseos de las mujeres. Así, aunque se trata de un hospital para ellas, la visión sigue siendo la misma que la de un centro médico mixto, donde tampoco se realizan valoraciones que contemplen la influencia de los factores socioculturales y materiales que aquejan a esta población.

Asimismo, se encuentra el Informe presentado ante el Comité de la CEDAW en el año 2011, por parte del INAMU, el cual incluía el quinto y sexto informe combinados. A este documento se señala primeramente que "[…] *la estructura no se ajusta a las directrices del Comité para la preparación de Informes* […]" (p.1). Asimismo, se menciona que se presentó con demora (ya que debía presentarse en 2007) y con información desactualizada, por lo que se inicia la valoración del país con aspectos negativos del escrito y de la impuntualidad para presentarse en las fechas que corresponde.

Esto se debe a la escasa importancia que se le brinda a la responsabilidad que implica la adopción de instrumentos internacionales. Además, la información desactualizada podría esconder el hecho de que desde la fecha en que se debía presentar (año 2007) y el año en que se presentó, no se habían gestado cambios importantes en el contexto costarricense, de acuerdo con los objetivos de la CEDAW.

Entre los escasos aspectos positivos que señala dicho Comité se encuentra la aprobación de la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PIEG), donde se pretende mejorar la condición de las mujeres en ámbitos como lo laboral, educación, acceso a servicios de salud, entre otros. (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2011)

Esta política será analizada más adelante, con el fin de identificar las posibles mejoras que traería a la situación de las mujeres en el ámbito de la salud. De momento, queda señalar que las observaciones positivas realizadas por el Comité hacia Costa Rica son escasas, encontrando únicamente el aspecto anterior referido a la salud de la población femenina, por lo que se enfatizan las principales preocupaciones identificadas.

La primera de éstas refiere a la indicación que realiza el Comité para que el Estado costarricense centre sus esfuerzos en las disposiciones señaladas en la Convención, e incorpore en el próximo informe las medidas que se adoptaron y los resultados que obtuvieran. Asimismo, se menciona que hasta esa fecha, las acciones ejecutadas en razón de dar a conocer la CEDAW y su protocolo facultativo a la población en general, no son suficientes, por lo que preocupa que las mismas mujeres no conozcan sus derechos de acuerdo con lo que establece la Convención, y por ende no posean la capacidad necesaria para reivindicar sus derechos y el cumplimiento.

Estas observaciones resultan pertinentes si se analiza la situación de Costa Rica, donde las mujeres han sido violentadas en múltiples espacios de la vida cotidiana, desconociendo los procedimientos legales con los que se cuenta para cambiar aquellas condiciones que afecten directa o indirectamente su bienestar. Además, las instituciones encargadas de velar por esta población no han formulado, aplicado y divulgado protocolos de atención en los que ellas se encuentren libres de peligros, discriminaciones o violencia en los casos en los que se identifiquen estos escenarios, pues se tiende a culparlas por experimentar situaciones de abuso; no les atienden de forma oportuna y adecuada; se reproducen discursos de minimización; no se penalizan todos los casos de feminicidio, entre otras situaciones.

Por el contrario, tienden a minimizar aquellas situaciones expuestas basándose en la lógica de inferioridad y sumisión femenina que el patriarcado ha reproducido a través de los años y que ha sido interiorizada y naturalizada por las personas, mostrándose vigente dicha ideología en la actualidad.

En cuanto a la diferencia de labores realizadas en la familia y la sociedad (basadas en el género), resulta importante la observación realizada, pues el Comité considera que las medidas adoptadas no llegan a algunos ámbitos como el empleo, el acceso a los servicios de salud y los de justicia. Agrega además, que aún persisten "[…] *actitudes tradicionales y discriminatorias y prevalece la influencia de creencias religiosas y patrones culturales que obstaculizan el avance de los derechos de la mujer y la plena aplicación de la Convención, en particular los derechos sexuales y reproductivos* […]" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2011: 4)

Respecto a lo anterior, es evidente tal persistencia de patrones culturales y la influencia de la iglesia católica en la toma de decisiones del Estado en materia de derechos de las mujeres, pues un ejemplo claro es la negación del derecho a abortar, aunque el embarazo implique daños en la salud física, emocional y psicológica de la progenitora, y peor aún, en el caso de violación, donde son forzadas a continuar con el proceso de gestación, pues se considera un delito "acabar" con la vida del feto, a pesar de las condiciones en que se dio la concepción.[5]

Ante este escenario, es indiscutible que las mujeres no pueden ejercer todos los derechos que las distintas legislaciones internacionales le han otorgado, pues en este país se ratifican convenciones, convenios y políticas sin que ello implique la adopción de las disposiciones que se establecen en cada una de ellas. No se divulga la información contenida en cada instrumento internacional ratificado, por lo que la población femenina desconoce las formas de hacer valer sus derechos, ni conocen los procedimientos e instancias que deberían apoyar sus procesos de violencia, desigualdad, discriminación, entre otros; es decir, falta voluntad política, pues ni las mismas instituciones conocen de dichas disposiciones.

Asimismo, las mujeres no tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos, pues tiene mayor peso la opinión moralista de las instancias gubernamentales y la Iglesia, que su propia voluntad, en la que en muchos casos está en peligro su propio bienestar.

Debido al claro contexto androcéntrico costarricense, el Comité refiere su preocupación por "[…] *el insuficiente reconocimiento y protección de los derechos sexuales y reproductivos* […] *le preocupa además los limitados servicios de reproducción asistida disponibles para las mujeres, incluida la fertilización in vitro* […]" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2011: 8)

[5] Ver las siguientes noticias publicadas respecto al tema: http://www.nacion.com/nacional/politica/Iglesia-catolica-decreto-FIV-Tener_0_1511848864.html
http://es.aleteia.org/2015/08/06/la-iglesia-en-costa-rica-ferrea-opositora-a-la-fecundacion-in-vitro/
https://www.aciprensa.com/noticias/iglesia-en-costa-rica-casi-un-millon-marcharon-por-la-vida-y-contra-el-aborto-28422/
http://www.crhoy.com/archivo/iglesia-catolica-aprovechara-la-romeria-para-impulsar-discurso-contra-fiv-aborto-y-matrimonio-homosexual/nacionales/

Estas preocupaciones se extienden a múltiples sectores de la sociedad, donde se ha discutido la limitada capacidad que poseen las mujeres, (especialmente las de sectores populares), de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, pues estos son controlados por el Estado y sus instituciones, es decir, aunque la salud de las mujeres se ha limitado únicamente a los espacios mencionados, esto no implica que sean considerados tal y como lo expresan las directrices internacionales, pues el aborto y la reproducción asistida son parte de ambos derechos. Por lo que, cada ámbito de la vida de la población femenina debe pasar primero por la opinión de personas ajenas al entorno y su contexto, antes de considerarse a lugar la decisión que tomen por sí mismas.

Y es que las situaciones antes descritas suelen ser más perjudiciales para determinados grupos de mujeres. Tal es el caso de quienes habitan en zonas rurales y son de sectores populares, donde el contexto socioeconómico y cultural se caracteriza por ser desigual al estar más alejadas de centros de salud, educación, empleos, etc., así como por la escasa atención que dirige el Estado hacia estas regiones en los ámbitos mencionados. Esta observación no pasa desapercibida por el Comité, donde se exhorta a Costa Rica a dirigir mayores acciones hacia esta población, pues se considera que la pobreza y el porcentaje de jefas de familia son aspectos por valorar, con el fin de mejorar el acceso a servicios médicos, educacionales, así como a los servicios básicos necesarios para satisfacer las necesidades del grupo familiar.

Por último, en lo que refiere a las observaciones del Comité, se insta a Costa Rica a cumplir con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, pues éstas refuerzan las disposiciones de la CEDAW. Debido a lo anterior, es una obligación del Estado incluir información al respecto en el próximo informe que presente ante el Comité.

El cumplimiento de lo anterior obliga a Costa Rica a considerar los múltiples espacios en los que las mujeres son violentadas. Sin embargo, ello no significa que en el país se vayan a realizar cambios sustanciales, ya que requieren de lineamientos políticos que rompan con la lógica patriarcal- capitalista en la que se niega la realidad violenta que experimenta la población femenina, para dar paso a la comprensión de la situación histórica de la mujer en una sociedad androcéntrica, y este escenario aún no es visible.

Para concluir con el análisis del cumplimiento de Costa Rica en cuanto a las disposiciones de la CEDAW, se debe observar que los informes oficiales emitidos por el INAMU, parecieran ir en la dirección de presentar supuestos avances en materia de erradicar la discriminación contra las mujeres en diversas áreas; sin embargo, no se hace referencia a los vacíos que siguen quedando en múltiples espacios de la vida de la población femenina, como lo es la salud, vista como un ámbito que trasciende lo sexual y reproductivo, por lo que se puede identificar una parcialización de la información presentada ante el Comité.

Por otra parte, el Informe Sombra emitido paralelamente al informe oficial elaborado por el INAMU, rescata el aporte de importantes organizaciones no gubernamentales, donde las mujeres de distintas asociaciones realizan su análisis empírico basándose en la información que han recopilado durante su trabajo, y que reflejan algunos de los muchos grupos de mujeres que siguen siendo desplazados en las políticas públicas y directrices estatales.

Por esto, el análisis que se realiza en el Informe Sombra posee mayor relevancia, al exponerse los derechos de las mujeres desde los vacíos que se presentan en el país, pues en educación, trabajo, salud, familia, etc., los alcances no son suficientes y la situación de las mujeres desde la óptica del INAMU, dista de la realidad de la población y sus contextos particulares, donde siguen siendo violentadas.

Además de los documentos presentados respecto a la CEDAW, es importante analizar los informes que presenta el país, pero en esta ocasión referidos a la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995). El documento emitido responde a un cuestionario enviado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, de las Naciones Unidas, con el fin de facilitar la evaluación que realiza dicha Comisión como parte del seguimiento de la aplicación de la Plataforma. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2004). Como parte del análisis de dicho informe, se enfocará la atención principalmente al tema de la salud, al ser el eje de la presente investigación.

Para iniciar, el documento señala que una de las limitantes que se presentan en Costa Rica durante los primeros años de la aplicación de las acciones contenidas en la Plataforma, es "[…] *la eliminación de sesgos androcéntricos de la legislación nacional y de manera particular de la Constitución Política* […] *pues el fenómeno jurídico es un producto social en el que las*

necesidades e intereses particulares de las mujeres son persistentemente invisibilizados" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2004: 7)

De esta limitante cabe señalar que se hace referencia a los primeros cinco años de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing; sin embargo, actualmente y a pesar de contar con algunas leyes que mejoraron la condición de las mujeres (tales como Ley 7769 de Atención a las Mujeres en condiciones de pobreza; Ley 7446, de Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia; Ley 7586, de Violencia Doméstica, entre otras), la Asamblea Legislativa continua decidiendo por la población femenina cuáles leyes se aprueban o no, e inclusive se violan derechos establecidos en el Código Penal costarricense, como es el caso del Articulo 121 donde se establece que no será punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer si se hace con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la progenitora. A pesar de lo que se establece, en el país no existe ninguna excepción para sancionar la irrupción del embarazo, sin importar las condiciones en que se dio y lo que implique para la mujer.

Lo siguiente que se identifica en cuanto a acciones por realizar, vinculadas con la salud de las mujeres, son dos: 1) programas de atención especializada a madres adolescentes; 2) fortalecimiento del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Materna. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2004: 10).

Ambas están relacionadas con la salud reproductiva pero no trascienden a la atención de las afectaciones de la salud de la población femenina, como por ejemplo, brindar capacitaciones a grupos de mujeres que están en etapa de transición a la menopausia con el fin de que ellas conozcan sus procesos y las características físicas, emocionales y sociales que acarrea el cambio. Además, podría mejorarse la divulgación de información respecto a las características sintomáticas de los ataques cardiacos en mujeres, y cuáles son los indicadores de riesgo que conducen a dicho padecimiento.

Lo contradictorio de los aportes de Costa Rica en el Informe presentado, es que en la sección de retos se plantea la necesidad de mejorar las condiciones de salud de las mujeres, relacionado con el acceso universal de servicios médicos, y la atención en todas las etapas de la vida. Empero, anteriormente se expusieron las acciones que pretendían implementar en el tema de la salud, y ninguna exponía información vinculada con la atención acorde con las necesidades

y el momento del ciclo vital por el que atraviesan, ni a la solución que se brindaría para que las personas de escasos recursos que no poseen seguro social sean atendidas en centros médicos. Por lo que se denota la incoherencia entre lo que se dice y lo que se lleva a la práctica realmente.

Por último, respecto al documento correspondiente al año 2004, en la cuarta sección se establecen los obstáculos identificados que comprometen la aplicación de la Plataforma de Beijing (1995). En el tema de la salud se establecen los siguientes:

♀- El modelo de atención actual enfatiza la salud reproductiva y no responde a los intereses de género de las mujeres.

♀-Calidad de atención deficitaria.

♀- Las políticas de atención a la salud no siempre consideran la diversidad cultural y discapacidad.

♀- El manejo de datos en salud responde a la noción de enfermedad y no son congruentes con un modelo de atención de salud integral. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2004: 45).

Los anteriores obstáculos son efectivamente los que han conducido a la valoración de la salud de las mujeres a partir de lo sexual y reproductivo únicamente, lo cual conlleva, además, a una intervención médica cargada de prejuicios y tratos discriminatorios, los cuales responden a la lógica androcéntrica que ha impedido mirar su estado de bienestar desde el contexto particular de ciertos grupos poblacionales, pues las condiciones socioculturales y materiales determinan la calidad de vida de la población femenina.

De acuerdo con el contexto anterior, es importante analizar también el Informe que presentó el INAMU respecto a la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995), pero con fecha de presentación en 2014, lo cual nos aproxima más al escenario actual del país en materia de la situación de la atención de la salud de las mujeres, de acuerdo con lo que se planteaba desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y las observaciones realizadas por la ONU al informe anterior.

Respecto al documento emitido en 2014, se señala como logro, la creación de la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PIEG) 2007-2017, la cual da paso a la formulación y ejecución de otras políticas a nivel institucional, por ejemplo en la Caja Costarricense de Seguro Social, el Poder Judicial, el Tribunal Supremo de Elecciones, entre otras. (CEPAL, 2014)

Esta política (la PIEG) y la política elaborada por la CCSS serán analizadas más adelante, pues resulta de interés revisar el alcance que dichos instrumentos han tenido en cuanto a la condición de las mujeres en la atención de su estado de bienestar, y las medidas que el Estado costarricense adoptó con miras a la igualdad y equidad de género en el sector salud, ya que este espacio no ha presentado cambios importantes a pesar de la ratificación de convenciones y convenios internacionales que le obligan a considerarlo como un ámbito de violencia hacia la población femenina y sus derechos.

Por otra parte, se encuentran como retos: 1) la consecución de que los derechos sexuales y reproductivos sean reconocidos como parte integral de los derechos humanos. 2) Que los servicios médicos tomen en cuenta "[…] *las demandas particulares de las poblaciones con brechas geográficas, étnicas, etáreas y de género. En aras de atender la diversidad de las mujeres en este y otros campos* […]" (CEPAL, 2014: 6)

Los anteriores retos han sido expresados en todos los informes que presenta Costa Rica ante la ONU, sin embargo, siguen mostrándose como aspectos por lograr, lo que expresa la escasa voluntad política para alcanzar que las mujeres sean concebidas como seres humanas con derechos incuestionables e inviolables, que no dependan de la valoración de un grupo de personas que defienden los intereses hegemónicos, como sucede con instituciones gubernamentales. Igualmente, debe analizarse el contexto capitalista en el que se desenvuelven las instituciones estatales, las cuales están orientadas a la aplicación de lineamientos neoliberales que agudizan la situación de desigualdad de las mujeres, en particular las de sectores populares.

Esas diferencias socioculturales y materiales son las que se presentan como barreras para las mujeres en el momento de requerir de una atención que contemple las necesidades de su estado de salud y que valore el contexto como condicionante del estado de bienestar. Pero ese cambio en el paradigma médico debe acompañarse de directrices estatales e institucionales

que obliguen y refuercen la necesidad de comprender la categoría analítica género y cómo ésta influye en el estado de salud de la población femenina.

Aunado a lo anterior, el informe menciona que el INAMU en conjunto con algunas instituciones de la CCSS, realiza actividades como campañas, ferias y otras acciones dirigidas a la sensibilización y divulgación de información del cáncer de mama y su prevención. Sin embargo, no se menciona nada respecto a los otros tipos de cáncer que afectan la salud de las mujeres y que son desconocidos por la mayoría de la población femenina, como lo es el de ovario. Esta visión parcializada de las instituciones costarricenses de atender únicamente aquellas condiciones de mayor incidencia contribuye a que se continúe omitiendo la importancia de formar mujeres conocedoras de sus cuerpos y sus procesos biológicos particulares, logrando que el diagnóstico sea temprano y oportuno para salvar vidas.

Por último, en el Informe se menciona como prioridad para el Estado costarricense la elaboración de programas y respuestas para grupos específicos de mujeres, en los que se tome en cuenta la diversidad étnica, etárea, geográfica, sexual y socio-espacial, como factores de discriminación y desigualdad. (CEPAL, 2014)

Esta prioridad podría dar señas de cambios para las mujeres, pero no se especifica que los factores mencionados sean considerados en el sector salud, a pesar de contar con datos que respaldan el trato desigual y violento que ellas reciben en los servicios médicos por parte de las y los profesionales en medicina, por pertenecer a cierta zona geográfica o con determinada condición económica y en edad avanzada. Por ello, la población femenina interioriza los discursos y prácticas androcéntricas que impiden que se exija una atención de calidad y coherente con la realidad de cada una, libre de prejuicios.

Además de los informes presentados a la ONU en relación con la ratificación de instrumentos nacionales, el Estado costarricense ha formulado una serie de políticas que pretenden brindar atención a las necesidades y demandas de las mujeres. Por ello se exponen y analizan a continuación aquellas políticas que incluyen al sector salud y la población femenina como parte de sus lineamientos y objetivos.

Cuadro N°4. Políticas costarricenses vinculadas con el mejoramiento de la condición de las mujeres en el sector salud

Política	Año	Breve descripción	Lineamientos que se vinculan con la salud de las mujeres
Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG)	2007-2017	Política pública elaborada por el INAMU en conjunto con el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA), con el fin de avanzar en la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y hombres del país. Se sustenta de tres áreas de acción: autonomía económica, participación política y cambio cultural.	2.3 Acceso a una vida sana incluyendo la salud sexual y reproductiva
Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género	2010-2020	Política elaborada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), donde se reconoce la misma como la formalización del compromiso que adquiere la institución en relación con la igualdad y la equidad de género. Para la institución, el género constituye uno de los determinantes sociales de la salud más poderoso y trasversal con relación a otros determinantes	La institución reconoce que: *Se encuentra inmersa en un contexto sociocultural y económico que tiene repercusiones directas sobre la prestación de los servicios que otorga a la población. *Las mujeres se encuentran en una situación de dependencia, no solo económica, sino también en relación con la seguridad social, pues al no cotizar directamente al seguro social, su aseguramiento se ha sostenido en gran parte por su condición de cónyuge.

			*Hay diferencias entre hombres y mujeres y entre sus necesidades y problemas de salud. Lineamientos -Incorporar la perspectiva de género como un eje trasversal en el quehacer institucional -Desarrollar protocolos de investigación de los problemas y necesidades en salud, pensiones y prestaciones sociales que afectan de distinta forma a mujeres y hombres -Desarrollar estrategias de atención integral en salud específicas para grupos poblacionales vulnerables por condiciones socioculturales y socioeconómicas. -Desarrollar estrategias de mercadeo social para la divulgación y promoción a lo interno de la institución -Desarrollar procesos permanentes de sensibilización y capacitación sobre igualdad y equidad de género al personal institucional.
Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier"	2015	Esta política responde al cumplimiento de la Ley General de Salud y la Ley Orgánica, donde se le asigna la responsabilidad y obligatoriedad al Ministerio de Salud de conducir la formulación de la Política Nacional de	*Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial *Promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva de la población femenina y masculina durante todo el ciclo de vida

		Salud, así como su seguimiento y evaluación. Está conformada por cinco grandes ámbitos y treinta y un áreas de intervención que responden a las necesidades de la población.	

Elaboración propia con base en los textos de INAMU (2007), CCSS (2010), Ministerio de Salud (2015)

Para iniciar, se encuentra la PIEG, la cual ha sido retomada en repetidas ocasiones por parte del INAMU como uno de los logros más importantes en cuanto a la aplicación de algunos de los instrumentos internacionales mencionados líneas atrás.

Respecto a esta política, es importante rescatar un aspecto adicional a la salud de las mujeres, pues en este documento se hace referencia a los términos "empleadas domésticas" y "amas de casa", por lo que se evidencia el escaso análisis que realizaron desde la categoría género y la división socio-sexual del trabajo, concibiendo a las mujeres desde la lógica de los "roles" asignados según el sexo, y naturalizando estas definiciones, por lo que se invisibiliza su importante contribución a la economía familiar y social con la realización de estos trabajos, que además, en muchos casos en que se realizan fuera de casa, representan los únicos ingresos económicos con los que cuentan estas mujeres para sí mismas y para las personas que dependen de ellas.

No obstante, estas actividades no se reconocen socialmente como trabajos, sino como obligaciones femeninas en razón de su sexo biológico, por lo que se sigue negando la asistencia económica y respaldo legal a la población que realiza estas labores, y esto se perpetua aún más desde instituciones como el INAMU, quienes a pesar de enfocar su atención en las mujeres y sus condiciones, no cuestionan el sistema patriarcal y las consecuencias que se derivan de éste, siendo la más importante la explotación de su fuerza de trabajo; por el contrario, tienden a enfocarse principalmente en poblaciones de lugares céntricos con menos necesidades y obstáculos que las mujeres residentes de zonas rurales, o las que realizan trabajo informal sin ninguna garantía social que la respalde a ella y su grupo familiar.

La afirmación anterior se desprende de la revisión de la página web del INAMU y otros documentos, donde se identifican varios aspectos:

1. Mujeres de zonas rurales lejanas de la capital son visibilizadas desde esta institución como participantes de capacitaciones, bajo la lógica de emprendedurismo y/o empresariedad. [6]

[6]Ver: http://www.inamu.go.cr/documents/10179/399758/INAMUINFORME2015DESHUMMATRIZMETAS.pdf/8a1b2b6f-fb6c-4aeb-9296-0301ff93c8fc

2. La Zona Norte del país no cuenta con una oficina regional, pues desde la página web de la institución se identifica su presencia como parte del Programa Avanzamos Mujeres, siendo la única de cinco Unidades Regionales que no se contempla como tal. [7]

Estos datos reflejan el limitado alcance que poseen como institución garante de los derechos de las mujeres, pues la lógica neoliberal de emprendedurismo se refleja en sus lineamientos, ocultando los múltiples espacios de violencia a los que se expone esta población diariamente, además de desplazar aún más a las habitantes de zonas lejanas, donde la pobreza y tratos machistas se acentúan al no contar con herramientas estatales de atención real de sus necesidades particulares.

Aunado al aspecto anterior, se desprende que, al no concebirse a las mujeres como sujetas con derechos, capacidades, conocimientos y experiencias distintas a las que históricamente se han planteado desde el sistema patriarcal, es realmente difícil que desde la PIEG posicionen las necesidades de esta población a partir de la especificidad que requieren, acorde con el contexto en que se desenvuelven cotidianamente, en el que diversos factores (tales como la ubicación geográfica, la situación económica, la edad, entre otros aspectos), influyen de forma diferencial en la población femenina, por lo que establecer objetivos sin considerar estos condicionantes, va a limitar el alcance que puedan llegar a tener.

Por otra parte, en lo que respecta propiamente a la salud de las mujeres, lo que esta política añade al tema son los aspectos relacionados al aseguramiento y el acceso a pensiones, los cuales sólo se mencionan en la parte diagnóstica referida a la igualdad y equidad de género. Aunque señala los obstáculos de aquellas que dependen de la cobertura de seguro social que ofrecen sus cónyuges, no se encuentra nada relacionado con las soluciones para dichas limitantes. Tampoco se alude a los problemas que se dan en la atención médica de la población femenina, los cuales están íntimamente vinculados con el análisis desde la categoría género y la división socio-sexual del trabajo. Esto contribuye a que se continúe invisibilizando el trato diferencial y violento que ellas viven producto del androcentrismo y el sistema capitalista, los cuales perpetúan su condición de explotación y opresión.

[7] Ver: http://www.inamu.go.cr/oficinas-regionales

Esta lógica androcéntrica alcanza los planteamientos de una política diseñada por una institución representante de las mujeres como lo es el INAMU, en la cual se identifican vacíos importantes que deben ser atendidos para así contribuir a cambiar la realidad de las mujeres costarricenses en todos los ámbitos, incluyendo la salud. Desde la PIEG no se distinguen transformaciones de peso que promuevan un cambio real en las instituciones y las personas que prestan servicios a esta población, por lo que su alcance es poco significativo.

Además, en el mismo ámbito de la salud y las necesidades que tienen las mujeres en este espacio, no se menciona en ninguna parte el desconocimiento que poseen respecto a sus condiciones biológicas (como la menstruación, menopausia y padecimientos asociados a las mamas y sistema reproductor) y la importancia que posee el contexto como influencia negativa o positiva en el estado de bienestar durante las distintas etapas de la vida. Por ello, no se especifica ningún objetivo dirigido a esta y otras necesidades asociadas.

Por los aspectos señalados, se puede hacer alusión al escaso impacto que esta política significa en términos de transformar la realidad de las mujeres en el sector salud, pues se prioriza la atención en ámbitos como la educación, el trabajo, la participación política, entre otros, que ya han venido trabajándose desde hace algunos años atrás (los cuales responden más a los lineamientos neoliberales de acumulación de riqueza y explotación de la fuerza de trabajo), con instrumentos como el Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 1996-1998 (PIOMH), por lo que se sigue ignorando la necesidad de atender el estado de bienestar de la población femenina costarricense desde una óptica que responda más a sus particularidades y contexto, y no se continúe mirando desde la medicina androcéntrica.

La priorización de aspectos como el trabajo y la educación, puede ser entendida a partir de la lógica neoliberal, en la que se asignan cada vez menos recursos a los derechos sociales y el bienestar de la población, para enfocarse en ámbitos que de una u otra forma le retribuyan la inversión al Estado. Esto se puede evidenciar en el sector salud, donde se prestan servicios a muchas personas enfermas, con algún tipo de discapacidad, o de muy bajos recursos, lo que desde el neoliberalismo implica solo egresos económicos.

Contrario a la PIEG, la segunda política mencionada en el cuadro N°4, elaborada por la CCSS, posee mayor claridad en los aspectos en que se necesitan mayores esfuerzos para

garantizar la igualdad de género, tanto en las relaciones del personal entre sí, como con las mujeres consultantes, ampliando el impacto de sus lineamientos.

Entre sus fortalezas más importantes se encuentran: 1) la identificación del género como un determinante social de la salud. 2) La institución se ubica en el contexto sociocultural y económico característico del sistema patriarcal. 3) Reconocen la existencia de problemas y necesidades que afectan a mujeres y hombres de forma distinta.

Ante las fortalezas mencionadas, se debe analizar dichos postulados más allá del documento, es decir, en la práctica del quehacer institucional, pues por lo que se plantea pareciera que reconocen la influencia que la categoría género implica en la vida de las mujeres y en su estado de bienestar, al exponerse a situaciones rutinarias y desgastantes, aunadas a un escaso apoyo para su realización. Además, identifican las relaciones interpersonales entre funcionarias y funcionarios, y entre ellas, ellos y las personas a quienes prestan sus servicios, determinadas del contexto sociocultural y económico del sistema patriarcal-capitalista, donde el poder-saber media la relación que se establece.

Sin embargo, por lo que se ha expuesto en los apartados anteriores, se conoce que la relación entre médicas, médicos y personas consultantes, está cargada de tratos violentos, desiguales y discriminatorios, principalmente en el caso de las mujeres, pues se le sigue considerando inferiores, incapaces de decidir sobre sus cuerpos, por lo que las y los profesionales en salud externan sus opiniones y recomendaciones en detrimento de la población femenina que atienden, controlando el cuerpo de esta población.

Desde la ciencia médica se generan relaciones de poder basadas principalmente en la relación poder-saber, donde las y los profesionales en medicina son quienes poseen el conocimiento necesario para diagnosticar y atender a las personas consultantes. No obstante, en el caso de las mujeres, este saber está determinado por la objetividad y positivismo, ya que no se trata de ciencia probada en la veracidad, sino en el criterio machista de universalización de conocimiento, donde ellas son perjudicadas a partir de la exclusión de los estudios investigativos.

Desde este punto de vista, el ejercicio del poder médico expresado en control del cuerpo femenino, reproduce la idea de inferioridad, incapacidad y dependencia de las mujeres al criterio

machista, negando así su derecho a decidir sobre sus cuerpos, a validar los conocimientos que poseen de sí mismas y sus condiciones biológicas, sociales, psicológicas, culturales, políticas, etc., a ser escuchadas y valoradas desde sus particularidades sin recibir a cambio discursos de vergüenza ni forzarles a cumplir con "tareas" socialmente impuestas que serían descuidadas si enferman.

A partir de ello, se encuentra que una política como ésta tiene grandes aportes que hacer a la institución para la transformación de un quehacer profesional androcéntrico a uno que integre las necesidades de las poblaciones de acuerdo con los determinantes sociales que les caracteriza en las distintas etapas de la vida. Sin embargo, ejecutar todos los lineamientos que proponen resulta osado en un ambiente que se niega a reconocer que el sistema patriarcal ha permeado su formación académica y la forma en que perciben las particularidades de las personas que atienden, siendo el caso de las mujeres el que más atención requiere por los distintos factores que le influyen en el estado de bienestar físico, mental y social.

Por lo anterior, se reitera que la formulación de una política no implica ningún cambio si no es llevada a la práctica y es evaluada constantemente, con el fin de analizar el impacto que ha causado en la situación que se desea transformar, además de fortalecer aquellos aspectos más complejos de abordar de acuerdo con los objetivos planteados, principalmente si no se cuestiona y plantea la transformación del sistema patriarcal en su totalidad, pues los alcances de sus objetivos impactan de forma diferenciada a las mujeres de sectores populares por la complejidad de sus contextos socioeconómicos y la particularidad de sus demandas y necesidades, ya que, por ejemplo no responden a la lógica de acumulación de riquezas ni producen a gran escala para competir en el mercado, siendo desplazadas cada vez más de lineamientos estatales.

Por último, en lo que respecta al Cuadro N°4, se encuentra la Política Nacional de Salud. Como se puede observar, los lineamientos que se vinculan con las mujeres directamente son escasos, identificándose contradicciones en los planteamientos del documento. Un ejemplo de ello, es la incorporación de la perspectiva de género en los ejes trasversales. Pero ¿que implica esto en la práctica? La respuesta es que no se identifica ninguna diferencia en lo que plantean respecto al análisis que esta categoría permite. No se encuentra nada relacionado con los factores socioculturales y materiales que determinan el estado y la atención de la salud de las personas, principalmente en detrimento de las mujeres.

Asimismo, la mención de los determinantes sociales de la salud pareciera brindar un enfoque distinto del estado de bienestar, más allá de lo biológico; sin embargo, no se hace énfasis en prestar atención a ellos, de acuerdo con el nivel y diferencias de afectación que representan para hombres y mujeres, por lo que la mención de dicha área de intervención no deja entrever el impacto de los determinantes sociales en el estado de salud como una realidad de las poblaciones.

Lo mismo sucede al plantear la promoción de los derechos sexuales y reproductivos para la población en general, pues en las estrategias no se incluye la fertilización In Vitro, y el aborto legal. ¿Acaso no son parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres? Se continúan abordando solo aquellos ámbitos que desde la concepción de salud androcéntrica son posibles de acceder, facilitando información sesgada y controlada por ellos mismos.

Además, en el tema de salud faltan aspectos como: una estrategia dirigida a las y los profesionales en salud para que sean partícipes de un proceso de identificación y análisis aquellos valores, creencias y prácticas discriminatorias contra las mujeres y sus cuerpos, pues desde la atención médica se reproducen discursos machistas que luego son interiorizados y naturalizados por las mismas mujeres.

Igualmente, no se contemplan procesos de información facilitados para las mujeres que atraviesan distintas etapas biológicas que son poco comprendidas por ellas mismas. Se debe trabajar en campañas de información y comprensión de estos procesos para que puedan conocer sus propios cuerpos, dirigiéndose también a quienes les rodean para que apoyen y comprendan los cambios que implican la menstruación, la maternidad y la menopausia, entre otros. Así, dejarían de mirarse como etapas vergonzosas y se contribuiría a la ruptura de esa lógica de inferioridad, la cual se ha basado también en estas condiciones para señalarse como deterioro e incapacidad de ejecutar labores sin verse agotadas, agobiadas o expuestas a cambios de humor constantes, los cuales responden principalmente a los ambientes estresantes a los que son sometidas diariamente y no a sus ciclos vitales.

A modo de síntesis, las tres políticas analizadas poseen vacíos que deben ser atendidos, pues la salud incluye factores que se interrelacionan con lo biológico, los cuales representan condicionantes importantes en el estado de bienestar de las mujeres. Al no ser contemplados

como parte de los lineamientos, se contribuye a perpetuar los tratos violentos y discriminatorios que sufre la población femenina, pues no se valoran en el contexto en que se desarrollan cotidianamente, el cual representa múltiples afectaciones en la salud física, mental y social, principalmente en el caso de las mujeres con menos recursos y apoyo para desenvolverse en un ambiente más idóneo.

La elaboración de las políticas que se formulen en un futuro, deben contemplar la realidad de la población costarricense, siempre utilizando el análisis de género más allá de solo dividir factores y padecimientos entre mujeres y hombres, ya que se debe trascender a las causas que llevan a que ciertas condiciones se den más en una población o en la otra. Igualmente, se deben establecer medidas que puedan aplicarse para transformar el panorama de desigualdad entre ambos sexos, estableciendo esfuerzos interinstitucionales, de acuerdo con el ámbito en que se deba trabajar, ya que, por ejemplo, la salud responde a distintos factores que se relacionan con lo biológico, los cuales deben ser igualmente atendidos, como la situación económica desfavorable, la percepción de las personas respecto a las mujeres en una sociedad machista, la cual ha impedido la identificación y erradicación de las situaciones de violencia sin culparlas por ello, entre otras.

De acuerdo con lo anterior, es importante ampliar el conocimiento que se tiene de la salud de las mujeres en Costa Rica. Para ello se analiza el Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (2015), formulado por el INAMU, el cual brinda insumos suficientes para formular acciones dirigidas a cambiar la realidad que les afecta de forma distinta que a los hombres. El capítulo V denominado "*El derecho a la salud sexual y reproductiva: la discriminación en el cuerpo de las mujeres*", ofrece observaciones que vale la pena rescatar:

♀- En Costa Rica existen nudos críticos que obstaculizan el derecho de las mujeres para acceder a servicios de información y atención que de forma oportuna, inclusiva, accesible, moderna y basada en evidencia científica, les permita tomar decisiones libres e informadas

♀- Existen algunas debilidades en materia de salud reproductiva que afectan a las mujeres, tales como: ser vistas como objetos pasivos de la atención de la salud reproductiva; ausencia de promoción del derecho al embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria;

ausencia de corresponsabilidad en el proceso de gestación, parto, paternidad y cuido; ausencia de un enfoque integral para la atención en salud reproductiva orientada a la atención prenatal, parto, postparto, postaborto, climaterio y menopausia; entre otras. (p.170-171)

♀- En el caso de la salud sexual, algunas debilidades son: concepción de salud sexual restringida a lo reproductivo y a la enfermedad; no se contempla las especificidades de la población y no se cuenta con instrumentos diferenciados que den respuesta; ausencia de promoción de autocuidado de la salud que contribuya a la vivencia de una sexualidad saludable; barreras ligadas a valores y moral del personal de salud. (p.171-172)

♀- Existe una serie de necesidades de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva que históricamente han sido invisibilizadas, en virtud de que las discriminaciones que subyacen se consideran naturales dentro del orden social de género. (p.202)

♀- Los patrones culturales de socialización parecen estar teniendo una influencia importante en el uso de métodos anticonceptivos, siendo una responsabilidad que recae casi de manera exclusiva sobre las mujeres. (p.203)

♀- La información obtenida de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva debe ser considerada para la toma de decisiones políticas basadas en la evidencia sobre las necesidades de grupos específicos. (p.204)

♀- Las mujeres deben ser consideradas en su diversidad para poder atender sus necesidades particulares, tomando en cuenta aspectos como: ubicación geográfica, contexto sociocultural, diversidad de pensamientos y decisiones, entre otros. (p.204)

Todos los aspectos anteriores refuerzan la existencia de necesidades en la atención de la salud de las mujeres que responda más a sus necesidades y particularidades, en las que se incluyan los factores socioculturales y materiales como parte de las causas de algunos padecimientos.

La información necesaria para elaborar políticas públicas e institucionales dirigidas a mejorar la situación de las mujeres, existe en este tipo de documentos, los cuales dan las bases para tomar las decisiones que más competen a la población, siendo prioritario el caso de las mujeres, al ver desplazadas a un segundo plano todas esas características de su cotidianidad que

deben ser abordadas. En el documento señalado se hace referencia a aspectos importantes de retomar, como lo sexual y reproductivo donde ellas son partícipes de sus procesos y no son forzadas a cumplir con el ideal socialmente impuesto; la asignación casi exclusiva de autocuidado en términos de anticoncepción; las diferencias existentes entre sí mismas, etc. La intervención en cada una de estas significa dar un paso más hacia la transformación de la sociedad patriarcal, lo que a su vez implica bienestar en la vida de las mujeres.

El mismo INAMU es contradictorio al elaborar la PIEG sin tomar en cuenta información como la que presenta en este informe, al caer en el mismo error de brindar datos que no se materializan en esfuerzos políticos e institucionales con miras a atender las especificidades de las mujeres en todos los ámbitos, siendo la salud uno de los que más vacíos presenta, pues no se trata solo de lo sexual y reproductivo.

A partir de la información contenida en este apartado, y a modo de conclusión, el contexto costarricense tiene una deuda importante con las mujeres, principalmente en el ámbito de la atención de la salud en su totalidad, y no solo lo sexual y reproductivo, pues a pesar de contar con distintas políticas e instituciones que velan por el cumplimiento de los derechos de esta población, no se identifican cambios sustanciales en la situación de opresión y desplazamiento que han vivido históricamente.

La visión con la que se crean estos instrumentos no logra trascender la lógica patriarcal, por el contrario, parecieran reforzar más aquellas labores asignadas de acuerdo con el sexo biológico, provocando la adecuación de las mujeres a una sociedad que se niega a responsabilizar e implicar a los hombres en el ámbito privado y no viceversa, generando toda una afectación en su estado de bienestar debido a la recarga de labores, el cual no es atendido como tal, pues es minimizado y medicalizado desde el sector salud. Por ello, el patriarcado ha logrado mantenerse históricamente, contando con alianzas, las cuales se encargan de mantener el orden establecido mediante políticas focalizadas y asistencialistas que poco hacen por mejorar la condición de las mujeres, como sucede con las costarricenses.

Ante este escenario, los instrumentos internacionales son la primera base que se debe considerar al cambiar el contexto en que se desenvuelven las mujeres, pues desde la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se señalaban muchos de los factores que inciden en el bienestar de

esta población, contemplando las múltiples condiciones que influyen en el ámbito de la salud, el cual ha sido desplazado desde entonces y hasta la actualidad.

La divulgación de los derechos de las mujeres es otro paso a seguir, pues muchas no son conscientes de que están siendo violentadas, acogiéndose al criterio de las y los profesionales en las distintas disciplinas, por lo que se parcializa el conocimiento que ellas tienen respecto a distintos espacios de sus vidas, como lo es la salud. Desde ese vacío es que se propicia la opresión de las mujeres en distintos espacios de sus vidas, debido al escaso interés de hacerlas partícipes de sus decisiones en ámbitos como la salud, para así mantener el orden socialmente establecido, en el que las mujeres son concebidas como dependientes o inferiores y por tanto, no requieren de tratos y concepciones distintas.

El cambio en el paradigma de concepción de las mujeres como clase explotada y dominada por y para los hombres en una sociedad desigual y violenta, debe darse para que la ejecución de los lineamientos se realicen de forma exitosa, ya que el enfoque tradicional impide que se dé la ruptura de la ideología dominante de la mujer como pasiva, sumisa, inferior, débil y dependiente.

A partir de la información presentada anteriormente, y a modo de resumen de los dos subapartados contenidos en este referente contextual, respecto a los postulados internacionales como los nacionales expuestos hasta acá, es importante identificar los procesos de deterioro de la atención médica desde la lógica neoliberal en el que la privatización de la salud es parte del proceso de mercantilización donde el Estado promueve lineamientos en pro del mercado, perjudicando a las personas de sectores populares, quienes no pueden tomar decisiones de su estado de bienestar, al no poseer los medios económicos suficientes para cotizar un seguro social y menos una consulta en el sector privado.

En este sentido, se presentan dos escenarios ante la situación de las mujeres jefas de hogar con insuficientes condiciones materiales: el primero tiene que ver con los obstáculos que se le imponen para acceder a los centros de salud, ya sea para sí mismas o para su grupo familiar, lo que las coloca en una condición de desventaja mayor. El segundo sería que aunque puedan costearse una atención en clínicas privadas, no se garantiza el respeto y cumplimento de sus derechos como persona, y se continúan reproduciendo los discursos violentos contra ellas y sus

cuerpos, negándose una vez más el derecho a decidir por sí mismas sin ser influenciadas. Esto debido a la falta de análisis desde la categoría género y la división socio-sexual del trabajo, lo que a su vez implica la continuación del ejercicio profesional androcéntrico en detrimento de la población femenina en mayor medida.

Asimismo, se debe a la estructura capitalista, pues las instituciones del Estado, empresas privadas y/u Organizaciones no gubernamentales responden a dicho sistema, donde es funcional la perpetuación de las condiciones de desigualdad y exclusión que experimentan las mujeres, siendo aún más significativo para las de sectores populares.

Capítulo III

Referente teórico

A continuación se desarrollan las categorías teóricas que contribuyen a la comprensión del tema de la salud de las mujeres y cómo el discurso androcéntrico ha permeado no sólo su salud, sino además el contexto, la formación académica, instituciones, relaciones entre las mismas personas, percepciones, etc., favoreciendo la reproducción de diferencias de género que afectan el estado bienestar de la población femenina en mayor medida.

Primeramente se exponen las implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en la vida de las mujeres, donde ellas son relegadas a lo privado, es decir el trabajo doméstico y de cuido principalmente; y las consecuencias en el estado de su salud producto del androcentrismo. Luego se presenta las especificidades de la salud de la población femenina, ya sea por sus condiciones biológicas (menstruación, embarazo y menopausia) o por las condiciones socioculturales que les determina cotidianamente. Y por último, se desarrolla el tema de la atención médica dirigida a las mujeres y sus necesidades.

3.1 Valoración social de las mujeres a partir de la división socio-sexual del trabajo y sus consecuencias en el estado de bienestar

Analizar las tareas que ha desempeñado y desempeña la mujer históricamente desde la división socio-sexual del trabajo, implica mirar críticamente la asignación de labores que se le ha delegado durante tantos años y cómo estas han sido interiorizadas por sí mismas y quienes le rodean, respondiendo directamente a una cultura patriarcal. Por ello, se parte de la comprensión de la categoría "género" como sistema cultural que influye en la organización social, en la cual las mujeres y las labores que realizan son subvaloradas a pesar de que éstas representan una importante contribución a la sociedad, la familia y la economía.

3.1.1 Estereotipos sociales basados en la lógica androcéntrica

La división socio-sexual del trabajo ha permeado de forma distinta a las mujeres y entre ellas, al ser concebidas como seres débiles, incapaces, responsables de los quehaceres del hogar, madres y cuidadoras, además de negarse su protagonismo en el sostén de la familia (con las múltiples labores que realizan para cada persona que vive bajo el mismo techo) y la economía (al tratarse de trabajos diarios no remunerados, como el cuido de otras personas), pues se ha naturalizado su participación en el espacio privado, como si fuera una condición inquebrantable olvidando que en dicho espacio se facilita la reproducción de la fuerza de trabajo.

Este discurso ha sido reproducido por múltiples espacios, inclusive por mensajes simbólicos de anuncios publicitarios, programas de televisión, fábulas para niñas y niños, donde se presenta a la figura femenina en las labores mencionadas, además de cosificar su cuerpo como un objeto de placer y como mercancía. Respecto a esta caracterización de lo que conlleva ser mujer, Montesó (2014) señala:

> El ser mujer implica una valoración social objetiva inconsciente que opera en el imaginario social de sexo débil y por tanto inferior, suprasensible, delicada, condescendiente, pasiva, madre desvivida, con un sexo silenciado llegada esa condición esposa, madre, protectora, dueña de un feudo y única conocedora de los movimientos del hogar […] (p.110)

Por ello, la valoración que hacen las mujeres de sí mismas es una construcción social que se ha perpetuado y reproducido de generación en generación, la cual está determinada por las condiciones socioculturales, es decir por la ideología androcéntrica que determina la forma de pensar de las personas, la cual se ha interiorizado en la subjetividad, obstaculizando ver su propia realidad, su papel en la economía, en la medicina, en la sociedad y en la historia en general.

Asimismo, la adopción de esa ideología de inferioridad y de las tareas socialmente asignadas a la población femenina, se han interiorizado de tal forma en la vida de las mujeres que llegan a sentirse culpables por no poder realizar todas las labores sin que alguna se vea perjudicada, lo que ha significado las dobles o triples jornadas en el caso de las trabajadoras, es decir, se encargan del trabajo doméstico, de cuido de sus hijos e hijas, y del trabajo asalariado fuera de casa. En este escenario, las responsabilidades recaen sobre sí mismas, contando con escaso o nulo apoyo por parte de sus parejas o de otros miembros de la familia.

Igualmente, la reproducción de la división socio-sexual del trabajo se ha colocado en la mira del capitalismo, ya que "[…] *la producción capitalista se ha desligado del cuidado de la vida humana, apareciendo como un proceso paralelo y autosuficiente* […]" (Carrasco, 2001: 21). Este proceso de cuidado de la vida humana se les ha delegado históricamente a las mujeres como un trabajo no remunerado, ni socialmente reconocido como tal, el cual resulta

económicamente conveniente para la lógica capitalista, pues reduce los costos para la producción y propicia las condiciones para que se dé la explotación de la fuerza de trabajo.

Y es que el capitalismo no sólo se desliga de la reproducción, también opera al patriarcado, donde la relación de ambos sistemas se interesan en vigilar que las mujeres cumplan con las labores que le son impuestas socialmente, para así garantizar que el orden social existente no se vea amenazado. La realización de las labores domésticas es también parte de la explotación de la fuerza de trabajo, sin embargo, como no se trata de una mercancía como tal, no es valorado ni aceptado como un trabajo.

Esto quiere decir que las labores domésticas no remuneradas, es decir, la explotación de la fuerza de trabajo de las mujeres de sectores populares, son la base económica y material del patriarcado. Zaldúa (2007) ejemplifica lo anterior mencionando que "[…] *el trabajo doméstico y de cuidado, por una parte, garantiza la realización del plusvalor y, por otro, la del control y tutela sobre las mujeres*. […]" (p.99).

Esta vigilancia sobre la vida de las mujeres tiene implicaciones importantes en su bienestar físico, psicológico y social, ya que han tenido que responder a un ideal impuesto, por encima de sus deseos y hasta de su felicidad. La realización de múltiples tareas se tornan repetitivas y agotadoras, empeorando si el ambiente familiar y/o conyugal es hostil, pues todo ello conduce a un estado de estrés cada vez más agudo que además perjudica las relaciones interpersonales que se establecen.

La implicación que tiene para las mujeres asumir las labores asignadas, de acuerdo con la división socio-sexual del trabajo, trae consigo consecuencias físicas y mentales, como es el caso de la realización únicamente del trabajo doméstico no remunerado. Montesó (2014) señala "*La mujer se puede sentir culpabilizada desarrollando solo un rol: el rol de ama de casa en exclusividad predispone a patología depresiva. La causa sería la falta de reconocimiento social y la propia valoración negativa de este rol* […]" (p.109). Además de inhibirse de la posibilidad de realizarse fuera del hogar, y encontrar repetitivas y agotadoras las labores hogareñas, generando un amplio malestar.

Y es que aunque las labores del hogar sean necesarias para el bienestar de las personas que habitan en el mismo hogar, la responsabilidad recae principalmente en las mujeres,

provocando cansancio y monotonía diariamente, pues no se le brinda el apoyo necesario para evitar la frustración e insatisfacción de quienes no encuentran en el trabajo doméstico su medio para realizarse personalmente. Asimismo, la mayoría de los hombres aún no asumen la responsabilidad compartida de cuido y ejecución de labores del hogar, por lo que ni colaboran ni reconocen la importancia de que se realicen diariamente las mismas tareas, pues solo se hacen cargo de los ingresos y gastos del hogar, como socialmente se les ha asignado.

Pilar Montesó (2014) cita a Carmen Sáez Buenaventura, quien refiere respecto a la depresión en las trabajadoras del hogar que esta se caracteriza por:

> […] síndrome de abatimiento, tristeza, desesperación persistente, junto con pensamientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto y tendencia y/o ideas suicidas, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos de determinadas funciones fisiológicas como el hambre y el sueño acompañadas ocasionalmente por un trastorno psicosomático […] (p.114)

De acuerdo con la cita anterior, se denota primero los múltiples y significativos malestares que aquejan a esta población, y segundo, la importancia de evaluar de una forma que responda más a las necesidades de las mujeres que presentan estas características, pues las consecuencias pasan a ser un malestar generalizado que sobrepasa el carácter fisiológico de la salud.

Por otra parte, las consecuencias de la cultura androcéntrica también han alcanzado a las mujeres que han logrado incorporarse al mercado laboral, pues, aunque la inserción al trabajo remunerado forme parte de una ruptura con los espacios tradicionalmente asignados de acuerdo al sexo, no se han generado mayores cambios en la distribución del trabajo doméstico, y socialmente no se colabora con la redistribución de trabajo para aquellas mujeres asalariadas, jefas de hogar, con personas a su cargo (ya sean menores o mayores de edad). Esto conlleva a la frustración al no poder abarcar todo lo que desean, y estrés, al sentir que desatienden algunas labores o responsabilidades al ocuparse de otros asuntos, lo que causa molestias en la condición de salud. (Montesó, 2014)

Aunado a la frustración, se evidencian situaciones de agotamiento, tensión, cansancio y demás síntomas en las mujeres que asumen todas las responsabilidades de trabajar dentro y

fuera del hogar. Sen et al (2005) le denomina “estrés ocupacional” debido a las capacidades que presentan las mujeres trabajadoras para combinar el trabajo dentro y fuera del hogar.

Estos escenarios son importantes de analizar, principalmente porque en el sector salud no se valora el contexto que caracteriza a las mujeres que presentan síntomas tan persistentes, brindando una atención parcializada y medicalizando un entorno que no favorece la recuperación de quienes se encuentran disconformes con alguna o algunas situaciones particulares que afectan su estado de salud, donde las mujeres explotadas por el sistema capitalista, y oprimidas por el patriarcado, se ven más afectadas por una parte al no poder acceder a consultas médicas, y por otra al no poder desligarse, aunque sea de forma momentánea, de las labores cotidianas que le agobian.

Por lo anterior, se puede identificar el importante peso que ha tenido y tiene la división socio-sexual del trabajo como explicación de la asignación de espacios y labores de acuerdo con el sexo, pues la incorporación de las mujeres al ámbito público podría implicar una ruptura con el orden socialmente establecido, en el que la población femenina realizaba las labores de cuido y trabajo doméstico como tareas y obligaciones al depender económicamente del hombre.

Actualmente la inserción de las mujeres al mercado laboral ha implicado asumir las tareas domésticas históricamente asignadas, aunado a la jornada laboral, lo que genera una carga más, ya que ha sido desde los intereses del capitalismo, donde éste las puede explotar más, no solo en trabajo asalariado, sino en el doméstico no remunerado. Por ello, el cambio generado a raíz de la inclusión de las mujeres en el trabajo asalariado fuera de casa, no se acompaña de una mayor responsabilidad de los hombres en las labores de la casa, gestando una sobrecarga de responsabilidades, y perpetuando la división socio-sexual del trabajo.

Asimismo, las mujeres trabajadoras se ven expuestas a condiciones de precariedad laboral, producto del uso de sus tiempos en el trabajo asalariado y en el doméstico, pues la maternidad es una razón para descartar la contratación de las mujeres en el mercado laboral, debido a la atención que deben brindar a sus hijos e hijas (lo cual es responsabilidad mayoritaria de las madres o cuidadoras), en casos de emergencias, citas médicas, reuniones escolares y demás, lo que permite a los patronos condicionar el contrato de trabajo, ofreciendo menos garantías sociales a cambio de “permitir” esas ausencias.

Además de lo anterior, la responsabilidad de las mujeres respecto a sus hijos e hijas, responde a que los hombres aún no asumen su parte en las labores domésticas y de cuido. O lo hacen de forma más lenta, no respondiendo con los cambios realizados por la población femenina, lo que resulta en la sobrecarga de labores para ellas, quienes tienen que encontrar la forma de realizar todas sus labores sin descuidar una por atender otra.

Igualmente, en el caso de quienes poseen menor grado académico, las mujeres encuentran mayores oportunidades laborales en aquellas áreas vinculadas al ámbito privado, como trabajadoras domésticas en otras casas, cuidadoras de personas menores de edad y adultas mayores, entre otras. Estas situaciones son aprovechadas por el mercado para explotar (sin garantías sociales como aguinaldo, seguro social, vacaciones y demás) a las mujeres que pertenecen a los sectores populares, que requieren de algún trabajo para satisfacer sus necesidades y las de su grupo familiar.

El análisis de las condiciones expuestas hasta acá, permiten identificar que en la cultura androcéntrica, las necesidades, sentimientos y conocimientos de las mujeres no tienen lugar, pues han sido los hombres los constructores y poseedores de la razón. Y esta lógica se ha reproducido también en el sector salud, donde ellos son norma y ellas se han tenido que adaptar a la universalidad masculina.

Del mismo modo, la realización de las múltiples tareas que ejecutan muchas mujeres diariamente y los resultados físicos, emocionales y sociales que esto trae consigo en su estado de bienestar, no es identificado ni analizado como un factor desencadenador de padecimientos y malestares graves, debido a la naturalización que se ha dado de estas labores como responsabilidad única de la población femenina, subvalorando todo el trabajo que implica esa división socio-sexual en la vida de ellas.

3.2 Salud de las mujeres y su atención médica ¿diferenciada?

Como parte de esa violencia a la que se han visto expuestas las mujeres al estar condicionadas en relaciones de opresión, se puede dilucidar las afectaciones presentes en su estado de salud debido a las labores realizadas cotidianamente. Por ello, la importancia de analizar el tema de la salud femenina haciendo énfasis en aquellas condiciones invisibilizadas y no solo en el tema de sexualidad y reproducción.

3.2.1 Condiciones socioculturales que inciden en la salud de las mujeres

Las condiciones sociales y culturales inciden directamente en la forma en que las personas perciben su contexto físico y social, además de la forma de relacionarse con las y los demás. En este escenario, "[…] *la salud como producto físico y social responde también a códigos culturales* […]" (Rodríguez, 2008: 5).

Es por la influencia de la cultura androcéntrica, que la salud se caracteriza por ser de carácter monocultural, es decir, desde esta práctica se juzgan los conocimientos y prácticas de "lo otro", (de las mujeres como lo opuesto al hombre como ser humano universal), desligando lo biológico de la realidad que condiciona a las personas, desplazando las desigualdades presentes en las relaciones sociales, como la social, la de género, étnica, etc., y valorando como norma y universalidad los conocimientos de la ciencia médica positivista.

Desde esas premisas se encuentra que el enfoque de atención que prima en los servicios de salud se encuentra condicionado por el discurso androcéntrico, el cual ha servido a la lógica sexista donde se establecen relaciones de poder a partir de las diferencias sexuales que son valoradas culturalmente de acuerdo con su sexo biológico y la clase social a la que pertenecen, quedando las mujeres en condición de desigualdad, al asignarse como norma el cuerpo masculino para la intervención médica. Esto ha conllevado a que la experiencia y vivencias de las mujeres no son consideradas a la hora de la investigación, siendo la subjetividad el eje de las intervenciones. De ahí la necesidad de que la población femenina conozca de sus procesos biológicos, para ser partícipes de éstos y no solo simples receptoras de información y tratos violentos.

Por ello, la salud de las mujeres debe ser abordada no solo desde los procesos biológicos, sino, desde lo social y cultural, pues en su estado de bienestar influye "[…] *la posición social, roles, identidad sexual, valores y normas que estructuran los significados del ser hombre y ser mujer* […]" (Rodríguez, 2008: 9)

Dichas normas y valores son históricamente machistas, por lo que se establece la necesidad de comprender e identificar aquellos espacios donde las mujeres han sido y son violentadas, producto de la opresión basada en el sexo y en los estereotipos de carácter androcéntrico, estando inmersas en relaciones de dominación-sumisión.

Asimismo, las condiciones sociales que inciden en la salud "[…] *suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población* […]" (Agudelo et al, s.f: 14). La organización social, tal y como se ha conocido, está fundada de tal forma que los hombres sean jefes de hogar, dueños del ámbito público, encargados de la economía familiar, etc. Y por el otro lado, se mira a las mujeres como las encargadas de los afectos, del cuidado de la familia, de realizar las labores domésticas y atender las necesidades de quienes habitan bajo el mismo techo y otros familiares que requieran atención de otras personas.

En ese contexto, las mujeres no contemplan la necesidad de autocuidado, debido a la atención que prestan a las necesidades de las demás personas, más que en las propias. Este tema también es importante, pues cuidarse ayuda a mejorar la calidad de vida, como señala Rojas (2003) "[…] *el autocuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo humano* […]" (p.19). Para esta autora, el desempeño de múltiples funciones no les permite dedicarse tiempo a sí mismas, por lo que no se chequean regularmente, no se alimentan adecuadamente, no realizan actividad física, etc.

Es relevante entonces que se informe a las mujeres para que cuiden más de sí mismas, realizando campañas informativas, talleres o en la consulta médica, respecto a algunas prácticas o actividades acordes a las necesidades y realidad de cada una, las cuales puedan realizar en sus hogares, pues muchas no poseen los medios necesarios para acceder a una consulta médica pública o privada donde se les comparta este tipo de información. Las autoevaluaciones de las mamas, por ejemplo, podría facilitar la detección temprana de alguna anomalía que conlleve tratamiento médico especializado. No se debe reforzar la priorización del estado de bienestar de las demás personas, por encima de la salud propia.

Otra de las condiciones socioculturales que incide en el estado de bienestar, es el imaginario de dependencia hacia la figura masculina, el cual se reproduce social y estructuralmente, al no facilitarse opciones para la población femenina que, por una u otra razón, encabeza el hogar y no posee las condiciones necesarias para hacerlo sin ver insatisfechas sus demandas y las de quienes viven con ellas.

Bajo esta lógica se comprende, cómo las mujeres son condicionadas de forma distinta que los hombres, pues para ellas se presentan problemas para acceder al mercado laboral, por lo que también sus ingresos económicos son más limitados para solventar necesidades básicas, aunado a las relaciones de poder donde deben someterse a la voluntad machista de la sociedad, pues no se le garantizan los medios necesarios para independizarse de la dominación masculina.

Todas estas condiciones se ven reflejadas en el estado de bienestar de las mujeres y en el acceso a servicios médicos para atender sus dolencias, padecimientos o cualquier condición de salud necesario, ya que la atención médica también posee obstáculos que impiden que sean valoradas de acuerdo con su contexto y que la intervención se desarrolle libre de juicios de valor y estereotipos machistas.

Por ello, se puede aludir a las barreras socioculturales que determinan el acceso y uso de servicios médicos, principalmente por parte de las mujeres, quienes presentan actitudes y prácticas resistentes frente a temas que han estado ocultos y se han mirado desde estereotipos y prejuicios. Entre estas barreras se encuentran:

> […] las actitudes y creencias frente a los servicios y el personal médico; el pudor de hablar de determinados temas o de ser auscultados; el miedo a procedimientos y técnicas médicas; la falta de autonomía para la toma de decisiones; la violencia intrafamiliar; los roles de género que ubican a las mujeres en actividades exclusivas del hogar (por ejemplo el cuidado de los hijos); las brechas generacionales; el nivel educativo; entre otros aspectos […] (Agudelo et al, s.f: 21)

Además de las barreras expuestas por las autoras, se pueden agregar las siguientes condiciones socioculturales que inciden en la salud de las mujeres: las relaciones de poder dentro y fuera del hogar; dependencia económica; prácticas de autocuidado de la salud física, psicológica y social, acompañada por apoyo familiar; la desinformación respecto a la importancia de realizarse chequeos médicos; las valoraciones que tienen respecto a su cuerpo y los servicios de salud; ubicación geográfica que le facilite el acceso a centros médicos, entre otros.

Las condiciones expuestas corresponden a la reproducción de la cultura androcéntrica, ya que las mujeres son educadas desde niñas para interiorizar creencias y opiniones respecto a

determinadas realidades que se consideran ajenas de la población femenina. Tal es el caso del disfrute de la sexualidad, sin ser coaccionadas a comportarse de determinada forma por simplemente ser mujeres. En este escenario, desde el sector salud se ha contribuido a reproducir discursos de culpa, vergüenza e inseguridad, respecto a diversos temas, como la salud sexual y reproductiva, en los que las mujeres no saben cómo actuar y terminan cediendo a la voluntad ajena, contraponiéndose a su propia voluntad.

Estas condiciones socioculturales siguen determinando la atención de la salud de las mujeres, debido a la reproducción de estigmas, prejuicios y valoraciones androcéntricas por parte de diversas instituciones, de las cuales no es ajeno el sistema médico. Esto es producto de las divisiones sociales, las cuales se reproducen por creencias culturales, donde las mujeres siguen siendo vistas como "lo otro" y las encargadas de las labores domésticas y de cuido.

Las mujeres padecen importantes afectaciones a nivel biológico, psicológico y social debido a las labores que realizan cotidianamente. Cuando éstas se realizan en exceso o no pueden ser cumplidas en su totalidad, se generan sentimientos de culpa, estrés, frustración, ansiedad, etc. No es casualidad que actualmente se estén realizando investigaciones respecto a síndromes de sobrecarga o estrés (burnout en trabajadoras del hogar, en cuidadoras, y en abuelas a cargo de personas menores de edad), pues ha sido el resultado de las observaciones realizadas en este grupo poblacional, su cotidianidad y la similitud con los síntomas que presentan profesionales desgastadas y desgastados por la presión, frustración y acumulación de su trabajo, lo cual también ocurre en el ámbito doméstico, como se ha señalado. (González et al, 2009; Chamorro et al, 2009)

Además, con la información existente respecto a las afectaciones en el estado de bienestar de las mujeres, producto de las labores realizadas cotidianamente, también se deberían efectuar cambios en el paradigma de atención y comprensión de la salud de esta población, pues la realización de dobles o triples jornadas, el contexto familiar y de la vivienda, el apoyo con que cuentan y las prácticas con las que el personal médico les atiende, debe ser más idónea, partiendo de la realidad y las necesidades de las mujeres, y distinguiendo entre las que pertenecen a una clase social u otra, pues las de sectores populares poseen mayores limitantes producto de la desigualdad geográfica y económica, ya que las inversiones en salud, educación, fuentes de empleo, y otras, no llegan en la misma medida a sus zonas de residencia, al

concentrarse estas acciones en la zonas de mayor población y actividad económica. Esta realidad amplía la brecha de desigualdad que se experimenta desde décadas atrás, en detrimento de las comunidades rurales dedicadas a la agricultura principalmente.

3.2.2 Relaciones de poder y su relación con el control del cuerpo de las mujeres.

Las relaciones de poder se encuentran en todos los ámbitos de sociedad, por lo que se les identifica tanto en la vida pública, como en la privada. Éstas varían de acuerdo con las imposiciones establecidas socialmente como normas, las cuales trastocan todo el tejido social para operacionalizarse en todas las áreas de desenvolvimiento de las personas. (Villareal, 2001)

Este poder, entendido como "[…] *una relación de imposición de voluntad del dominante sobre el dominado* […]" (Villareal, 2001: 6), está presente en todas las relaciones interpersonales que se establecen en la vida en sociedad. Sin embargo, debe de resaltarse que en ese ejercicio de poder, las mujeres han estado históricamente en la condición de oprimidas, debido al patriarcado y su influencia ideológica e institucional, que hacen posible la reproducción del discurso y prácticas de inferioridad y sumisión femenina.

Esta condición se ve contextualizada por el sistema capitalista, el cual es la base económica del patriarcado, donde se desarrollan las relaciones de opresión de los grupos mayormente explotados. En este escenario las mujeres han sido explotadas y oprimidas como sujetas con derechos, relegándose su espacio y participación al ámbito privado con el trabajo reproductivo.

Villareal (2001) refiere al respecto en su texto que

> […] la explotación económica de las mujeres, al no pagarse el trabajo reproductivo, es base de su explotación erótica, reproductiva, afectiva, intelectual y cultural. Es fuente, en consecuencia, de poderío, para los hombres y todas las personas (aún mujeres), y las instituciones que se benefician y obtienen ganancias de la extracción de trabajo, valor, servicios y bienes de las mujeres […] (p.9)

Como señala la autora, la explotación económica es una de las razones que favorece la opresión de las mujeres de sectores populares, como puede mirarse en las relaciones familiares desde la infancia, en el caso de quienes son forzadas a abandonar sus estudios para ocuparse de

las labores del hogar o del cuidado de sus parientes, para luego pasar a ocuparse (en muchos casos) de las mismas tareas en la relación conyugal, pues sus parejas no les permiten realizarse como profesionales o trabajadoras asalariadas.

En el caso particular de las relaciones de pareja, se encuentra que es con el dinero que el poder toma la forma de instrumento opresor. Su administración y distribución determina en gran medida la posición que ocupan las mujeres en la toma de decisiones de la relación, pues la población femenina generalmente depende de los ingresos de sus parejas. O en otros casos, ceden la administración de su salario a su cónyuge, pues 1) confían en el manejo que él dará a su dinero, o 2) son forzadas a entregar sus salarios a la "cabeza del hogar" para que él se encargue de la administración de los ingresos, así como los gastos del hogar.

En ambos casos, las mujeres pasan a depender de su pareja, ya sea para que sean solventadas sus necesidades básicas al no poseer ingresos de ninguna índole, o para que asuma el poder económico, al no administrar sus propios ingresos. Es así como se posibilita contar con el recurso con que se ejercerá el poder en la relación, colocando a la población femenina a merced de la voluntad del que dispone del medio de coacción, en este caso, el dinero.

Coria (1991) señala al respecto:

> […] como el dinero en nuestra sociedad capitalista es uno de los instrumentos privilegiados de poder, la distribución y disponibilidad del mismo en la pareja reflejan con toda nitidez cómo está repartido el poder y qué uso hace de él cada uno de sus miembros […] (p.19)

Por lo que se refuerza la comprensión de las relaciones de poder en la pareja, mediadas las relaciones mercantiles, donde las mujeres se ven principalmente condicionadas por situaciones como: menos oportunidades laborales en comparación con los hombres; naturalización de condiciones de opresión frente a la unión conyugal, al depender de los ingresos de la pareja; inseguridad del manejo de sus propias finanzas, entre otras.

Aunque se reconoce que en las relaciones de poder familiares o de pareja, la mujer está en una posición de dependencia y sumisión al depender del otro para satisfacer algunas o todas las necesidades vitales, no se debe omitir que las mujeres también poseen una posición de poder

al realizar el trabajo doméstico y de cuido, necesarios para que las demás personas puedan desempeñarse en el ámbito público. Por lo que se señala que en estas relaciones, ambas partes poseen su cuota de poder, solo que en mayor o menor medida, lo que va a determinar la relación de persona dominante- dominada. Cabe aclarar que la dominación masculina se debe en gran parte al control y poder simbólico superior que se ha asignado socialmente a este sexo.

Es decir, las mujeres poseen una cuota de poder, pero esta no representa el mismo peso que la de los otros, pues es socialmente reconocida como menos importante, por lo que es oprimida y subordinada por quienes ostentan del poder, utilizando, además, las relaciones asimétricas asignadas socialmente de acuerdo con el género. Esto es lo que Coria (1991) denomina el *poder oculto*.

Por otro lado, en las instituciones también se reproducen estas relaciones de poder, como es el caso de las mujeres que se ven sujetas al criterio de profesionales en salud, para realizarse ciertos procedimientos médicos, como la esterilización quirúrgica o el aborto terapéutico, donde no se les considera capaces de decidir respecto a sus cuerpos y son coaccionadas a cumplir con lo que socialmente se le ha asignado de acuerdo con su sexo biológico, pues no deben ni pueden violentar el orden social existente.

Acuña et al (2012) hacen referencia a las relaciones de poder en el sector salud, desde la interpretación del panóptico, establecida por Foucault. Estas autoras y autores refieren que

> […] a partir de esta figura podemos identificar la relación saber-poder propia de nuestra sociedad occidental que se caracteriza como sociedad de control y corrección de conductas para determinar su normalidad. Un comportamiento médico que ejemplifica este tipo de relación es el dar consejos que de forma directa o indirecta direccionan los hábitos del paciente […] (p. 58)

Bajo el criterio de corrección de conductas que señalan las autoras y los autores anteriores, se comprende que la normalización de la actividad y vida humana está dada desde distintas áreas de la cotidianidad, no siendo una excepción el campo de la salud, donde además se establecen relaciones violentas, principalmente hacia las mujeres, pues la medicina se caracteriza por ser androcéntrica, influenciada por la cultura patriarcal donde ellas no tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos, ni desafiar la tarea de reproducción y cuido, tampoco a

conocer los procesos biológicos que las diferencia de los hombres, ya que se les considera incapaces e inferiores.

Por ello, desde la medicina los cuerpos de las personas son sólo posesiones, siendo más significativa la indiferencia ante las necesidades de las mujeres, sin dejar de controlar la mayoría de acciones y decisiones de esta población, pues son consideradas solo en aquellos casos en que se exponen a nuevos saberes por parte de la medicina, o representan un desafío al orden establecido, por ejemplo negándose a la maternidad.

Estas particularidades de la atención médica es lo que Acuña et al (2012) denominan el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH), el cual se caracteriza por "[…] *el biologismo, el individualismo, la a-historicidad, la asimetría, la medicalización, la normalización, la racionalidad científica y la salud-enfermedad como mercancía* […] (p.60)

De acuerdo con lo anterior, se encuentra que en la medicina las relaciones de poder adquieren un sentido distinto, pues no se concentra el poder únicamente en la posesión de dinero (como en el caso de las parejas), ya que se abordan otras metodologías de control. Una de ellas se da mediante el condicionamiento de las acciones de las personas, lo cual se facilita al establecerse relaciones desiguales entre quienes solicitan la atención médica y las y los profesionales en salud.

Estos condicionamientos se identifican en el momento en que personal médico se encarga de impartir normas durante el diagnóstico y/o tratamiento de los padecimientos de las personas, lo que les coloca en una posición de agentes de control social, al señalar cuáles conductas o rutinas deben seguir, medicalizando el malestar o los síntomas de quien consulta. En el caso de las mujeres, esta condición es aún más intensa, pues no se les valora tomando en cuenta su contexto que podría estar originando determinado padecimiento.

Aunado al mecanismo de control mencionado, se encuentra que las relaciones de poder en la medicina también se presentan como producto de la posición de saber que se le confiere a las y los profesionales en salud, en la que se les otorga de forma exclusiva el poder y la capacidad de catalogar a una persona como enferma o como sana, contando únicamente con su propio criterio y deslegitimando la información que le ofrece quien presenta los síntomas.

En ese escenario, las personas suelen ceder al criterio de la o el profesional médico, pues son quienes tienen el "poder" de curarles y poseen el saber. Sin embargo, en los casos en que son las mujeres las consultantes, se debe agregar a la valoración médica los discursos de vergüenza, los tratos desiguales y las ofensas, por el hecho de ser mujeres y atravesar etapas distintas a la de los hombres, como la menopausia, el parto, la menstruación o dolencias asociadas a la ejecución de labores diarias desgastantes.

Por ello, las mujeres son violentadas en múltiples situaciones asociadas a la atención médica, pues más allá de enfrentarse a la relación poder-saber característica de la medicina, son apartadas de su realidad para ser valoradas desde la subjetividad de quien le atiende, por lo que dicha intervención sólo las contempla como objeto de evaluación desligada de un contexto que las violenta en muchas otras áreas, además de la salud.

No obstante, al igual que en el caso de las relaciones de poder dentro la familia y con la pareja, en el sector salud, las mujeres también poseen una cuota de poder oculto que no debe olvidarse. ¿Por qué? Pues, aunque no representan la totalidad de las personas atendidas en centros médicos, constituyen un porcentaje importante de consultantes, y eso se traduce en ingresos para el personal médico, ya que entre más personas se deben atender, más profesionales se requieren para cubrir la demanda de los servicios, ya sea en medicina general, ginecología y obstetricia, nutrición, cirugía, etc., es decir, en todas las especialidades que ofrece el campo de la medicina.

Es por eso que se establece una relación de dependencia entre las y los profesionales en medicina, y las mujeres consultantes, donde ellas necesitan de la atención médica profesional, y el personal médico requiere de una población consultante para generar la remuneración que la prestación de sus servicios genera, encontrando en la población femenina la mayor cantidad de consultas y utilización de especialidades que les genera un empleo.

Por lo anterior, se concluye que las relaciones desiguales de dominación se encuentran en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, en los que ellas poseen también una cuota de poder, sin embargo ésta es invisibilizada con el fin de mantenerlas bajo la opresión que le permite al patriarcado mantener el orden social existente, recurriendo a espacios como la medicina para reproducir los modelos de poder hegemónicos.

3.2.3 Especificidades en la condición de salud de las mujeres y su atención androcéntrica

Son muchas las diferencias que presentan las mujeres en cuestiones de salud respecto a los hombres, sin embargo se exponen las principales dolencias, manifestaciones y reacciones que vivencian ellas y cómo han sido omitidas y/o manipuladas por parte del sector salud, al utilizar al varón como norma y como único ser humano.

La primera condición, y quizá una de las más importantes es la menstruación. Este proceso biológico se ha considerado tabú en distintas culturas durante décadas, donde las mujeres en su periodo eran aisladas de sus casas, pues se creía que la fase menstruante contaminaba la producción agrícola y alteraba el correcto crecimiento del ganado. Debido a estas creencias, se encuentra que en la ciencia médica se ha ignorado el estudio de este proceso hasta mediados del siglo XX, por lo que no se establecían cuáles debían ser las características normales del ciclo menstrual.

Hasta la fecha se ha establecido que "[…] *la menstruación no debe producir dolor y en todo caso una ligera molestia. No debe estar precedida de síntomas corporales ni de labilidad en el estado de ánimo* […]" (Valls et al, 2008: 16)

Este enunciado es de suma importancia, debido a que se establece que si se presentara alguna condición distinta durante el periodo menstrual o antes, se debía a problemas físicos, nutritivos, o por exponerse a estrés físico y mental. Sin embargo, como esta información no es ampliamente difundida, las mujeres desconocen las características de normalidad con el que se debe dar el proceso de menstruación. Asimismo, desde el sector salud, se ha contribuido a relacionar este ciclo con una condición penosa y por ello, las mujeres optan por silenciar su estado, omitiendo que en algunos casos se debe a una complicación más seria que debe ser diagnosticada y tratada. (Valls et al, 2008)

Este proceso poco abordado desde la educación, la familia, el sector salud y los medios de comunicación, genera desconocimiento generalizado entre la población femenina, quienes inclusive han optado por la abolición de su proceso menstruante, para no poseer una condición tan distinta a los hombres, a través de un tratamiento hormonal, que ocasionaría, al menos, la aparición de algún tipo de cáncer durante su vida adulta.

Además, respecto al tema de la menstruación, Sen et al (2005) mencionan algunos de los prejuicios más sobresalientes en la atención médica hacia la población femenina. Por ejemplo, "[…] *las experiencias biológicas de la menstruación y la menopausia de las mujeres se describen como procesos de producción desperdiciada y signos de deterioro biológico* […]" (p.4). Por ello, no se ha mostrado interés en estudiar las características de este proceso vital, medicalizando sus síntomas y utilizando estos ciclos como explicación a los repentinos cambios de humor que presentan y que responden más a las condiciones del contexto.

Sin embargo, no debe obviarse que la caracterización de la salud de las mujeres es absolutamente machista, señalando a las mujeres como enfermas, y privándoles de ser partícipes de sus procesos físicos. Pero, más importante resulta el desconocimiento por parte de las mismas mujeres respecto a sus condiciones biológicas, ya que ello contribuye a que sigan siendo concebidas como situaciones penosas y continúen desinformadas de sus condiciones fisiológicas. (Lafaurie, 2011)

El desconocimiento de las características de los procesos biológicos propios de las mujeres, contribuye a que estos sean silenciados. Esta situación es producto de la larga espera que se ha tenido en las investigaciones médicas que caractericen más y mejor las condiciones biológicas de ellas, además del ineficaz esfuerzo del sector salud por realizar más campañas informativas con población femenina, con el fin de que no sea únicamente el personal médico quien conozca la realidad de los cuerpos femeninos.

Ejemplo de dicho desconocimiento es la escasa información que poseen las mujeres respecto al cáncer de ovario, el de mama (y otras enfermedades mortales), pues como señalan Torres y Marín (2015) la noticia del diagnóstico de esta enfermedad suele asociarse a la muerte. Ello podría implicar que prolonguen la debida atención médica, y que su estado mental y emocional se vea alterado durante las primeras etapas de atención.

Estas situaciones deben ser atendidas por el sector salud, ya que por ejemplo en Costa Rica el diagnóstico de cáncer de mama ocupa el segundo lugar en la aparición de tumores malignos en las mujeres, por lo que un proceso informativo más eficaz contribuye a detecciones tempranas y un mejor manejo personal de la condición médica. Igualmente, se sigue ignorando

la información relativa al cáncer de ovario, ocasionando que éste sea detectado cuando se encuentra en su etapa fulminante.

El desconocimiento de las características de los procesos biológicos de las mujeres (como la menstruación, la menopausia, la falta de vitaminas, etc.), y otros padecimientos considerados masculinos (como los coronarios), conlleva a que ellas no puedan ser partícipes de sus propias condiciones, además de confiar en el tratamiento que el personal médico le brinda, sin considerar que en muchas ocasiones son violentadas por las y los profesionales en salud, quienes reproducen prácticas androcéntricas de culpa y vergüenza, debilitando la relación de confianza y respeto hacia la población femenina. Igualmente, desde el sector salud se desconoce o se omite, la diferenciación que debería priorizarse en el diagnóstico y atención de enfermedades de las mujeres, a pesar de contar con datos que respaldan la morbilidad diferenciada.

Una de estas diferencias se presenta en los síntomas de enfermedades propias de los dos sexos. Por ejemplo, "[…] *los síntomas de ataques cardíacos difieren mucho entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, los libros médicos de texto rara vez destacan las diferencias entre los géneros que son obvias* […]" (Sen et al, 2005: 29). Esto conduce a que muchas mujeres padezcan un ataque cardíaco y pocas personas a su alrededor (inclusive personal médico) sepan que se trata de algo tan grave.

Como producto del desconocimiento en el tema de la salud cardiovascular, las mujeres pueden presentar eventos coronarios constantemente, sin saber que se trata de una enfermedad del corazón, por lo que al momento del diagnóstico, las condiciones médicas de esta población pueden ser más agudos, debido a que no mantienen en control otros padecimientos relacionados con la actividad cardíaca, considerados factores determinantes, como por ejemplo la diabetes.

Valls (2009) señala en su texto, que las mujeres presentan mayores riesgos de sufrir un evento cardiovascular después de la menopausia, luego de haber sufrido ataques de pánico, o por presentar hipertensión en edades anteriores, así como por el uso de anticonceptivos hormonales. Sin embargo, el escaso esfuerzo por diagnosticar y tratar la enfermedad en la población femenina, las sitúa como un grupo vulnerable de padecer la enfermedad.

Otra afectación relacionada con los problemas cardiovasculares y otros padecimientos en las mujeres es la deficiencia de vitamina D, la cual se obtiene principalmente del sol. Los niveles bajos de esta vitamina inciden en problemas cardiacos y óseos, de los cuales los últimos se detectan inicialmente por síntomas como dolor y debilidad muscular, pérdida de fuerza y cansancio. Estos indicios suelen ser ignorados por el personal médico al vincularse con depresión u otro problema psicológico más que fisiológico, por lo que sesgan el diagnóstico y tratamiento al no evaluar debidamente las manifestaciones de una enfermedad que puede llegar a provocar eventos cardiovasculares, osteoartritis, osteoporosis y fracturas en extremidades. (Valls, 2009)

Asimismo, se encuentra la salud mental de la población. Antes de considerar esta condición, se deben analizar las situaciones que inciden directa o indirectamente en la capacidad de sobrellevar cada circunstancia que se presenta en la vida cotidiana de cada persona. Por ello, se asocia con determinantes socioeconómicos y cómo se miran ante la sociedad. A partir de esto, las mujeres poseen un riesgo mayor de padecer trastornos de esta índole, al estar expuestas a mayores escenarios estresantes, violentos y rutinarios. (Lafaurie, 2011)

Siguiendo la línea de la atención médica dirigida a las mujeres, se encuentran también la discriminación que se presenta en la relación que establece el personal de salud con la población femenina. Estos tienen su origen en la cultura androcéntrica, pues se valen de la supuesta y equívoca inferioridad de las mujeres respecto a los hombres, utilizando a los segundos como norma para valorarlas a ellas. Ejemplos son los siguientes:

> […] elaboración de medicamentos, muchos de los cuales se experimentan en hombres, y posteriormente, se generalizan a las mujeres. Los síntomas del infarto del corazón han sido identificados por observación de los síntomas desplegados en los hombres. Equipos ergonométricos, válvulas del corazón, prótesis o herramientas fueron diseñados teniendo como norma el cuerpo masculino […] (Ministerio de Salud, 2007: 44)

Esto es lo que sucede en un mundo definido para y por los hombres, condicionando cada espacio de la vida de las personas y desplazando a las mujeres, ignorando sus especificidades. Esta práctica patriarcal no considera la experiencia femenina para su atención

en la medicina y otras áreas. Como refiere Montesó (2014), "[…] *el mensaje dominante es que las mujeres no son sólo diferentes sino inferiores físicamente, psicológicamente y socialmente* […]" (p.111)

Asimismo, como parte de este sistema de dominación, se les compara con las capacidades masculinas de realizar múltiples tareas, medicalizando nuevamente su estado de salud, como lo muestra la siguiente cita: "[…] *ellas no pueden hacer todo esto y mantener una buena salud y lograr un futuro sin neuralgias, enfermedades uterinas, histeria y otros trastornos del sistema nervioso si siguen el mismo método para el que los muchachos están entrenados* […]" (Sen et al, 2005: 5)

Esa caracterización de la salud de las mujeres es absolutamente machista, pues las miran como eternamente enfermas y "locas". Además de seguir reproduciendo la idea de que son inferiores, frágiles, sentimentalistas, y que no pueden ni deben asumir labores adicionales a las del trabajo doméstico, pues su salud se vería sumamente afectada.

Se hace referencia también al entrenamiento masculino que permite la realización de múltiples labores sin presentar los mismos supuestos síntomas de deterioro de las mujeres. No obstante, se trata solo de una característica asignada a la población masculina, la de poder y fuerza, que es impuesta desde la niñez. Los hombres podrían realizar las mismas labores que las mujeres (y viceversa) si se educaran desde la igualdad de género, y no con la distinción femenino-masculino que ha respaldado las relaciones de dominio-opresión históricamente.

Asimismo, cabe rescatar la referencia que se realiza del término "histeria" y las mujeres, al considerarse desde sus inicios como un problema en el útero, y por ende, específico de ellas. Esta concepción también dio paso a la cosificación del cuerpo femenino, al establecerse que las relaciones sexuales eran la solución a este "padecimiento", por lo que se veían forzadas a contraer matrimonio. Igualmente, las características de una persona con este trastorno se relacionan con las emociones, afectividad, seducción sexual, y preocupación por la apariencia física. Por ello, las conclusiones apuntarían a la población femenina como principales afectadas, pues se les asocia con estos rasgos. (Marchant, 2000; Delgado, et al, 1997)

Todos estos ejemplos conducen a la conclusión de que efectivamente se presenta un contexto de violencia médica, victimización, discriminación y psiquiatrización de la salud de

las mujeres, separando los procesos corporales de la mente, y obviando las diferencias que existen en los cuerpos de ellas y de los hombres. Además de ignorar, que muchas de las manifestaciones de malestar ocasionados en los cuerpos de las mujeres se debe a los mismos procesos diferenciados que produjo y produce la medicina androcéntrica.

Aunque solo se exponen algunas de las condiciones médicas que presentan las mujeres, prejuicios y estereotipos basados en el género, los datos expuestos permiten analizar a grandes rasgos la desigualdad y diferencia que se da en la atención médica en relación con los hombres, a pesar de que ya existen datos que comprueban la necesidad de ser abordadas de forma diferencial.

La omisión por parte del personal médico, y de las mismas mujeres, respecto a todas estas formas en que se presenta el trato desigual en el sector salud, contribuye a que la situación no cambie y se perpetúe por más tiempo la corrección de estas condiciones, pues faltan directrices y un compromiso institucional y ético-profesional de brindar un trato respetuoso hacia la población femenina, así como valorar y atender sus necesidades específicas.

3.3 Atención médica androcéntrica: su influencia en la salud de las mujeres

De acuerdo con lo expuesto en los apartados anteriores se puede afirmar que la salud de las mujeres está sumamente condicionada por el contexto en que se desenvuelven cotidianamente. Pero no se puede, ni se debe dejar de lado el importante papel desempeñado por las y los profesionales de medicina en la atención de las necesidades de esta población, y en su discurso en torno a las especificidades que presentan, pues su formación académica y profesional ha impedido contemplar la salud de las personas sin diferencias de género.

3.3.1 Personal médico capacitado para la atención de la salud de las mujeres

Este es un tema poco analizado desde la especificidad en la atención de la salud de las mujeres. Quizá no se piensa en la importancia de contar con personal capacitado, respetuoso, con capacidad analítica desde la categoría de género, libre de prejuicios (o al menos que sepa manejarlos), que establezca una relación de calidad con las personas que atiende.

En el caso particular de las mujeres, este tema es aún más importante, al haber visibilizado anteriormente cómo son juzgadas, ignoradas, menospreciadas y violentadas desde el sector salud, sea porque las igualan al hombre o porque sus padecimientos, síntomas o

necesidades no se atienden de la forma en que debería hacerse, respetando y valiendo sus derechos como seres humanas.

Esto se debe, entre otros factores, a que la formación del personal médico no está orientada a la identificación, prevención y atención de las condiciones médicas propias de las mujeres, y cómo éstas se diferencian de los síntomas presentados por hombres, como es el caso de la enfermedad coronaria; por ello, existe gran desconocimiento de las causas, características y formas de prevención de las enfermedades que padecen. Para Valls et al (2008) esto se debe a que, "[…] *la salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva y este enfoque ha impedido abordar su salud desde una perspectiva integral* […]" (p.10)

El reconocimiento de esta parcialidad es el paso más importante para cambiar la realidad de la atención médica. Esto se puede lograr mediante una evaluación más compleja de la influencia del medio en la salud de las personas. Como señala Sen et al (2005):

> […] tenemos que preguntarnos por qué la experiencia de vivir con un ingreso bajo, por ejemplo, o de haber estado casado anteriormente, o de tener un empleo de tiempo completo tendría un significado diferente para las mujeres que para los hombres y de qué maneras estas experiencias podrían explicar las diferencias de género en los resultados de salud […] (p.26)

La inclusión de la categoría de género en la comprensión y atención de la salud debe ser realizada críticamente, pues no basta la utilización de ésta, sino la comprensión de su trasfondo ideológico, político, cultural y social. Así como el reconocimiento de las relaciones de poder que se ejercen en la interacción de la población consultante y el personal médico que les atiende.

Lafaurie (2011), realiza un acercamiento conceptual a lo que implica trabajar desde una perspectiva de género, mencionando que "[…] *la perspectiva de género lleva a ver la salud a la luz de las diferencias de género, observándose desigualdades que afectan la salud de las mujeres y que son producto de su situación de subordinación en la sociedad* […]" (p.79)

Si este análisis es asumido por el personal médico, su lectura del mundo daría paso al análisis de los valores y estereotipos que condicionan a los hombres y las mujeres, brindando

una atención más igualitaria que contemple las condiciones médicas presentes en las consultantes de los servicios de salud. Además, se incluirían a las mujeres en investigaciones médicas, sin señalar que sus procesos biológicos (menstruación, embarazo, lactancia y menopausia) son un obstáculo para obtener resultados más certeros. Por el contrario, se debe considerar el momento en que se encuentran ellas, con el fin de no otorgar medicamentos o aplicar procedimientos que dañen su salud.

Estas situaciones descritas anteriormente, aunadas a la falta de personal capacitado para atender a la población femenina desde su entorno y cotidianidad como determinantes de su estado de salud.

Por ello, se rescatan algunos de los aspectos que inciden en la atención de la salud de las mujeres, identificando tres elementos relacionados con la calidad como variable en la atención médica. El primero es "la dimensión técnica" es decir, la forma en que se aplica la ciencia médica, sus tecnologías, el personal capacitado, siempre con miras a beneficiar a la persona que requiere la prestación de servicios de salud. La segunda dimensión es la "interpersonal", entendida como la relación entre quien atiende y quien es atendido o atendida, la cual debe basarse primeramente en el respeto. Y la última está relacionada con las comodidades físicas, tales como ventilación, limpieza, iluminación, con el fin de favorecer un ambiente cómodo. (Badilla y Muñoz, 2002)

A esto se debe agregar la suficiencia de implementos médicos necesarios para la atención de la salud de las mujeres, medicamentos, espacios para realizarse pruebas específicas, y por supuesto, una infraestructura que garantice la calidad de la atención, basándose en las necesidades de ellas y sus procesos biopsicosociales, y no solo en la medicalización de los síntomas o los procedimientos por realizar.

Valls et al (2008) afirman que:

> […] Para mejorar la calidad de asistencia sanitaria de las mujeres hay que incluir la definición de prioridades en la investigación, el diseño de políticas públicas, la formación de profesionales bajo un enfoque biopsicosocial y sensible al género, y la creación de una atención primaria con derecho a la participación de las mujeres y sus organizaciones […] (p.21)

Este aporte de las autoras requiere de un compromiso más grande que el de las y los profesionales en medicina, pues es necesaria la colaboración de otras profesiones como Psicología y Trabajo Social para realizar una valoración acorde a las necesidades de la salud de las mujeres. Además de alcanzar que dicho esfuerzo en conjunto llegue hasta la población que lo requiere, mejorando con ello el autocuidado, la percepción y el conocimiento de aquellos procesos biológicos que han sido desplazados.

Ese salto cualitativo en la atención de la salud de las mujeres, inicia en el momento en que se visibilizan los datos que respaldan la necesidad de diferenciar el trato, diagnóstico, etc. A partir de allí, la voluntad política de los Estados por atender la violencia en el sector salud mediante políticas públicas, y luego, la incorporación de un análisis basado en la categoría género, que se implemente durante toda la formación académica de las y los profesionales en salud, y su quehacer, así como en las instituciones donde se prestan servicios médicos, sin importar que sean Clínicas u Hospitales especializados.

Este cambio también contribuye a que las mujeres participen, conozcan y aporten a una atención enfocada en sus particularidades y necesidades, pues también entre ellas se presentan diferencias por considerar, como la clase social a la que pertenecen, la etnia, la edad, la ubicación geográfica, la orientación sexual, entre otras.

Capítulo IV

Estrategia metodológica

A continuación se exponen los fundamentos metodológicos con los que se respondió al problema de investigación que direccionó este trabajo. Se compone de los siguientes subapartados: enfoque ontológico, epistemológico y enfoque metodológico, población participante, técnicas de recolección de información, fases de la investigación, operacionalización de categorías y cronograma.

4.1. Fundamentos ontológicos

Las interacciones sociales históricamente han estado mediadas por las relaciones de poder, en las que el androcentrismo ha condicionado cada espacio de la vida de las personas, colocando en situación de desigualdad a las mujeres frente a la posición que ocupan los hombres. Esta condición se identifica en múltiples escenarios, por ejemplo, en el hogar, en el trabajo, en la familia, en la religión, entre otras, donde ellas se visualizan a través de las demás personas, siendo sumisas, abnegadas, serviciales, sacrificadas.

Sin embargo, este panorama de lo que implica ser mujer, desde la óptica más tradicionalmente machista, ha llevado a las mujeres a sobrellevar una serie de consecuencias físicas, emocionales, psicológicas y sociales, naturalizadas por la sociedad. En este contexto, su salud también ha sido discriminada desde el sistema médico, pues se les victimiza por su condición de salud y se medicalizan sus padecimientos, sin considerar la influencia que ha tenido y tienen las condiciones socioculturales y materiales en la vida de la población femenina, al verse oprimidas por su condición de género y clase.

La explicación de lo anterior radica en que, a pesar de que las mujeres son violentadas por su condición de género, la clase social determina en gran medida el acceso a condiciones materiales que les permita o no tener mayor autonomía y menor dependencia hacia los hombres y otras personas.

Igualmente, a las mujeres de clase burguesa o a las que poseen trabajos estables con remuneración constante y suficiente pueden (si lo desean) acceder a centros médicos públicos o privados, así como disminuir su condición de explotación en las dobles o triples jornadas al contratar a alguien más para que le colabore en los trabajos domésticos. Aunque ello representa la explotación de la fuerza de trabajo hacia otras mujeres con menores ingresos que requieren de ese tipo de trabajos para generarse ingresos propios. De ahí que entre las mismas mujeres se

identifican contextos diferentes que no deben obviarse, ya que de éstos se hace evidente la cooperación que el capitalismo le ha dado al patriarcado para perpetuar la condición de subordinación de la población femenina de sectores populares.

Los escenarios en los que se desenvuelven las mujeres cotidianamente tienden a reproducir la lógica de supremacía masculina, y esto ha logrado perpetuarse históricamente, mediante la opresión de acuerdo al género en épocas determinadas. Actualmente, bajo la lógica capitalista, el dinero cumple su función de herramienta de poder, donde las relaciones entre mujeres y sus parejas, ellas y el alcance de sus derechos está mediado por la capacidad adquisitiva, la cual solo aumenta la brecha entre quienes poseen o no las condiciones para independizarse de las relaciones dominantes, para satisfacer aquellas necesidades que el Estado dejó de garantizar de forma universal y representan una mercancía más en el mercado, como lo es la salud.

Este contexto es aún más intenso en el caso de las mujeres de zonas rurales y/o con escasos ingresos económicos, pues el acceso a la salud representa una prioridad innecesaria de aquellos derechos a los que pueden acceder de acuerdo a sus necesidades, donde un gasto elevado como el que representa la consulta médica, es reemplazado por la compra de alimentos y vestimenta de quienes dependen de la fuente económica familiar.

Aunado a lo anterior, se encuentra que en el Sector Salud, además de la mercantilización de esta, se establece una relación de poder entre las mujeres y el personal médico, caracterizada por el androcentrismo, donde ellas son separadas de sus propios contextos y pasan a ser posesión de las y los doctores, despojándose de la posibilidad de ser conocedoras de sus cuerpos y de las condiciones biosociales, de las cuales han sido históricamente separadas.

Esto se da por la relación poder-saber en la que el personal médico recurre a su conocimiento profesional para disponer de los cuerpos de quienes requieren atención médica, encontrando en las mujeres simples objetos de intervención despojados de su capacidad de decidir lo que desean o prefieren. Los discursos discriminantes y violentos, decidir sobre los cuerpos de ellas, utilizar lenguaje que no se comprende, son algunas de las formas en que se dan estas relaciones opresivas. (Valls, 2009)

Es por ello que se concibe la salud como un área más en la que la lógica de dominación de los hombres se desarrolla y reproduce en detrimento de las mujeres, invisibilizando las diferencias biológicas, culturales, sociales y económicas que determinan el bienestar de ambos sexos. Ante esta situación, se hace necesario visibilizar aquello que no quiere mirarse, es decir, las especificidades de la salud de las mujeres, ya sea porque solo ellas lo pueden padecer (como el ciclo menstrual y la maternidad) o porque las condiciones del contexto les influye de una forma distinta que a la población masculina.

A partir de lo anterior, se reconoce a las mujeres como sujetas históricas de derechos, con experiencias, capacidades y características específicas que deben ser contempladas en todos los espacios de la vida en general, incluyendo el Sector Salud. Son protagonistas de diversos fenómenos sociales y políticos, debido a las particularidades y desigualdades que ha construido el sistema patriarcal aunado al capitalismo, por ello sus aportes, conocimientos y cotidianidad son parte de una realidad parcializada, es decir, que ha sido construida por y para los hombres.

Así, se concibe a las mujeres como sujetas cognoscentes, con experiencias propias que contribuyen a ampliar la visión de mundo desde la óptica de aquellas que viven y se desenvuelven en escenarios androcéntricos, en los cuales se han optado por silenciar y/o apropiarse de los importantes aportes que poseen en múltiples aspectos. Por ello, producir conocimiento en conjunto con esta población implicó romper con la parcialización de la información existente que las ha negado como sujetas históricas, así como visibilizar sus experiencias, al mismo tiempo que se adueñan de sus procesos, y transforman la forma de mirarse a sí mismas, colaborando en el desarrollo de una sociedad menos desigual, en el que ellas se reconocen por cualidades, vivencias y méritos propios.

En este escenario, como investigadora, me reconozco como parte del contexto de desigualdad y opresión por el hecho de ser una mujer inmersa en la lógica patriarcal, reproduciendo durante años aquellas prácticas y discursos dominantes de inferioridad. Sin embargo, como parte de la visibilización de ese proceso discriminador tradicional, asumo el compromiso de analizar críticamente las partes (y la relación entre éstas) que componen los fenómenos que afectan a las mujeres partiendo de lo social, psicológico y económico, siendo éstas características de la cotidianidad de esta población.

Por ello, la relación que se estableció con la población participante fue de carácter horizontal, de respeto, compromiso y trabajo, pues la realización de la investigación dependía primordialmente de la participación de las seis mujeres de Cirrí.

En síntesis, el presente trabajo de investigación se sustentó en hacer visible la realidad de las mujeres en el Sector Salud, como un espacio mediado por el androcentrismo y por ende, por las relaciones de poder y de violencia que se ejercen en este ámbito de la vida de ellas. Se reconoce que el análisis de este tema remitió principalmente a dos cuestiones: de género y de clase, al tratarse específicamente de residentes de zona rural, donde las tareas asignadas según el sexo siguen presentes, perjudicando a quienes están inmersas en distintas jornadas de trabajo y cuentan con escasa autonomía e independencia respecto a la figura masculina de dominación.

4.2 Fundamentos epistemológicos

Como se mencionó en el apartado anterior, la principal característica de las relaciones sociales ha sido la influencia del androcentrismo y la posición que ha ocupado la mujer en esta jerarquía de poder, siendo discriminada, violentada y oprimida. Por ello, es importante develar la situación de la población femenina en todas las áreas de su vida, haciendo desaparecer cada vez más los dispositivos y/o discursos y prácticas de control y posesión que han asumido los hombres para oprimir a las mujeres, y que ellas mismas han interiorizado y reproducido de generación en generación.

Pues aunque se han dado importantes esfuerzos por parte de las teóricas y movimientos feministas por evidenciar el importante papel que desempeñaron y desempeñan las mujeres en la sociedad, aún quedan vacíos en distintas áreas construidas desde el patriarcado y su base económica, es decir, el capitalismo, ya que desde estos sistemas se continúa subvalorando y fragmentando los aportes y vivencias de las mujeres. Por ello, es un compromiso ético-político el estudio de esos espacios que hasta la fecha son ignorados o poco explorados, como lo es el tema de las implicaciones de las condiciones socioculturales y materiales en la salud de la población femenina.

Por ello, para la presente investigación se utilizaron los aportes de la teoría feminista, pues su carácter transformador de la situación de subordinación de las mujeres permite cuestionar las estructuras de poder características de las relaciones desiguales asociadas al sexo

y/o género de las personas que conforman la sociedad. Según Castells (1996), se entenderá por feminismo:

> […] lo relativo a todas aquellas personas y grupos, reflexiones y actuaciones orientadas a acabar con la subordinación, desigualdad y opresión de las mujeres y lograr, por tanto, su emancipación y la construcción de una sociedad en que ya no tengan cabida las discriminaciones por razón de sexo y género. (p.10)

Con las bases que brinda este enfoque, se analiza la situación de desigualdad que viven las mujeres en el Sector Salud, contando con información aportada por ellas mismas, las que han sido partícipes (conscientes o inconscientes) de condiciones de opresión por su sexo frente al derecho de recibir atención médica libre de estereotipos o prejuicios.

Asimismo, la elección de la teoría feminista radica en que, como señala Comesaña (2004) "[…] *la minuciosidad y rigor de la crítica feminista, alcanzaron también al paradigma científico, desmontando sus ilusiones de neutralidad y universalidad, y mostrando que detrás de esas ilusiones se ocultaba precisamente el varón* […]" (p.3).

Esta identificación de la ideología masculina en todas las áreas de la vida de las personas, evidencia el discurso machista en la ciencia médica a través de los esfuerzos de las mujeres que han vivido o viven discriminación, procesos de victimización y culpabilidad por su condición de mujer, frente a la universalidad del conocimiento y la anatomía del hombre, que las sitúa en un lugar de desventaja, al no valorarse desde sus especificidades biológicas, socioculturales y materiales asociadas además a la categoría "género".

Para una lectura más completa y analítica de estos ámbitos androcéntricos que violentan a las mujeres, se utilizó la teoría feminista, desde la corriente del Feminismo Marxista, ya que desde ésta se logra comprender la realidad de la población femenina más allá del análisis del patriarcado, identificando que existen otros factores que también han contribuido a perpetuar el sistema de dominación masculino a través del tiempo. Como menciona Hartmann (1980): "[…] *Nuestra sociedad puede ser mejor comprendida si se reconoce que está organizada sobre bases tanto capitalistas como patriarcales* […]" (p.2)

El análisis que realizó Marx respecto al sistema capitalista y las relaciones en la sociedad (entre otros aspectos), va a nutrir la lectura de teóricas feministas que las llevaría a analizar la situación de las mujeres en este sistema socioeconómico. Tal es el caso de lo expuesto por Engels, citado por Ana de Miguel Álvarez (s.f), respecto a la aparición de la propiedad privada y el resultado que traería consigo para la población femenina. El texto señala:

> […] los varones experimentaron la necesidad de perpetuar su herencia y para ello de someter sexualmente a las mujeres a través del matrimonio monogámico (para ellas). El sometimiento de las mujeres se logró a costa de su segregación del proceso de producción y su confinamiento en la esfera privada-doméstica; la dependencia material generaría con el tiempo la dependencia "espiritual" y la sumisión completa a los hombres […] (p.5)

La cita anterior permite comprender, al menos en parte, el origen de la opresión de las mujeres, pues como se mira en el extracto anterior, la propiedad privada también privatizó los cuerpos y las decisiones de esta población, interiorizando y naturalizando con ello el falso principio de inferioridad y dependencia hacia la figura masculina.

Esta opresión hacia las mujeres, va a reforzarse desde la creación de la familia monogámica y la división entre el trabajo productivo y el reproductivo, donde la negación y desvalorazación de las labores domésticas, conducen a la sumisión hacia la figura masculina, ya que sin esta condición no se encuentran mayores oportunidades para la supervivencia propia y de las hijas e hijos. Asimismo, se reproduce la mano de obra que será absorbida por el mercado.

Como señala Silvia Federici (2004):

> […] complemento del mercado, instrumento para la privatización de las relaciones sociales y, sobre todo, para la propagación de la disciplina capitalista y la dominación patriarcal, la familia surgió también en el periodo de acumulación primitiva como la institución más importante para la apropiación y el ocultamiento del trabajo de las mujeres […] (p.149)

Esas condiciones son las que actualmente siguen determinando la concepción de lo femenino, es decir lo inferior, la dependencia, la falta de libertades y autonomía. Son

reproducidas consciente o inconscientemente en cada espacio de la vida cotidiana, por ejemplo: la educación, la religión, el trabajo, la familia, y en el caso particular del presente trabajo, la salud; perpetuando con ello la sumisión y subordinación de las mujeres a la voluntad ajena, mediante el ocultamiento de la explotación a la que son sometidas mediante la división socio-sexual del trabajo, la cual es distinta aún más en las mujeres de sectores populares.

Esta dependencia creada hacia los hombres, incluye también las condiciones materiales, como se señala en los apartados anteriores del presente trabajo. A partir de ello, se identifica el importante peso que éstas tienen en la vida de las mujeres, como lo es el acceso al dinero, ya que éste interviene en las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres, donde la clase social a la que pertenecen determina la opresión y explotación a la que se ven expuestas diariamente.

Respecto a lo anterior, Silvia Federici (2004) expone en su texto que "[…] *mientras que en la clase alta era la propiedad lo que daba al marido poder sobre su esposa e hijos, la exclusión de las mujeres del salario daba a los trabajadores un poder similar sobre sus mujeres* […]" (p.149)

Esta realidad explica la dominación del hombre sobre la vida de las mujeres, no sólo de su fuerza de trabajo, sino también en la negación de la administración de los bienes patrimoniales, en los que muchas siguen cediendo al control masculino, y dependiendo de éste, debido a las relaciones de poder en las que se encuentran inmersas diariamente. Dicho aspecto evidencia que la clase social a la que se pertenece es un factor más de explotación, pero la base sigue siendo, en mayor medida, la condición de género.

Por otra parte, Zetkin refiere, respecto a la situación de las mujeres de sectores populares, que "[…] *la obrera "como persona, como mujer y como esposa no tienen la menor posibilidad de desarrollar su individualidad. Para su tarea de mujer y madre sólo le quedan las migajas que la producción capitalista deja caer al suelo*" […]" (Álvarez, s.f: 8)

En ese fragmento se analiza la realidad de las mujeres dependientes de su pareja, pues se les niega la posibilidad de surgir sin un hombre a su lado, esto mediante la negación de la educación, y por ende, los obstáculos para acceder al mercado de trabajo en condiciones al menos similares a la de la población masculina (por mencionar dos ejemplos). Esas "migajas"

de las que se habla, son precisamente los escasos esfuerzos políticos y sociales que se realizan para mejorar las condiciones de vida de aquellas que encabezan hogares, que efectúan trabajos informales en condiciones precarias, o aceptan términos efímeros de contratación con tal de recibir alguna remuneración que le permita a ella y su grupo familiar satisfacer sus necesidades básicas.

La explicación de la situación anterior se encuentra en el análisis de la lógica del capitalismo, pues al tratarse de la base económica del patriarcado, la explotación y opresión hacia las mujeres se ha agudizado con la división socio-sexual del trabajo, donde las labores que realiza la población femenina son desvalorizadas y se miran como una condición natural asociada al sexo biológico, creando una falsa complementariedad entre hombres y mujeres, pues ellas se encargarían del trabajo doméstico (no remunerado ni reconocido como un trabajo) y ellos respaldarían las necesidades materiales de su grupo familiar.

Es así que la reproducción de la vida se transformó en una condición natural asociada a las mujeres, la cual no es reconocida como trabajo. Ello contribuye a la opresión por parte del patriarcado, al depender económicamente de los hombres, y a la explotación por parte del capitalismo, que ha convencido a las mujeres de que es natural e inevitable realizar el trabajo doméstico y de cuido sin obtener un salario o reconocimiento por ello.

Estas formas de opresión expresadas líneas atrás, se revelan desde el feminismo marxista, pues se comprende que "[…] *la causa y el origen de la subordinación de las mujeres se va a explicar mediante la unión del capitalismo y el patriarcado* […]" (Álvarez, et al, 2001: 120). Esto debido a que se identifica que la dominación no es solo sexual, es decir, las mujeres vivencian discriminación y explotación en razón de su sexo biológico, sin embargo ¿cómo se explica la perpetuación del patriarcado más allá del sistema de dominación sexual?

El patriarcado representa una estructura cultural y psíquica, encargada de perpetuar el orden social jerárquico en el que las mujeres han sido negadas, oprimidas y discriminadas bajo la lógica androcéntrica. No obstante, no se puede obviar la aseveración de que este sistema tiene una base económica, lo cual nos lleva a comprender que el capitalismo es la respuesta a esta afirmación.

La correlación entre estos sistemas (patriarcal y capitalista), explica cómo las relaciones de poder remiten a una cuestión de clase social, siendo que, en el caso particular de este trabajo investigativo, las mujeres de sectores populares ven violentadas muchas áreas de sus vidas, como lo es en el sector salud donde se oculta la carga sociocultural que permea su estado de bienestar, además de mercantilizar su derecho a la atención médica, no pudiendo acceder en ocasiones ni a centros médicos públicos (por falta de seguro social) ni costearse consultas en clínicas privadas (por el gasto económico que ello implica en familias de escasos recursos).

Por estas razones, Zillah Eisenstein (1980) utiliza el término *patriarcado capitalista*, explicando que:

> […] el poder –o su inversa: la opresión- deriva del sexo, la raza, y la clase, y esto se manifiesta a través de las dimensiones ideológicas del patriarcado, el racismo y el capitalismo. La opresión refleja las relaciones jerárquicas de la división sexual y racial del trabajo y de la sociedad […] (p.34)

A partir de lo aportado por la autora es importante destacar la división socio-sexual del trabajo, ya que como se ha expuesto, las labores de cuido y quehacer del hogar se han delegado exclusivamente a las mujeres, quienes en muchos casos también realizan trabajo asalariado, con lo que se ejecutan múltiples jornadas que causan malestares físicos y emocionales por el cansancio y la rutina de estas tareas.

Federici (2004), también va a brindar un importante aporte respecto a la división socio-sexual del trabajo, señalando que: "[…] *al igual que la división internacional del trabajo, la división sexual del trabajo fue, sobre todo, una relación de poder, una división dentro de la fuerza de trabajo, al mismo tiempo que un inmenso impulso a la acumulación capitalista* […]" (p.176)

Con base en lo expuesto por la autora, se encuentra que el trabajo reproductivo produce valor, pero éste es invisibilizado. Aunque la sociedad disfruta diariamente de la realización de estas labores, no se reconoce como un trabajo ni se mira la carga que ello implica para las mujeres, pues no siempre se considera una opción ya que responde más a una imposición y una naturalización. En este sentido, para el capitalismo no basta con la nula remuneración que se

recibe por el cuidado de la vida, pues también ha logrado que se mercantilicen estas labores, siendo una opción laboral para las mujeres de sectores populares que buscan autonomía mediante la emancipación económica, y por ende, personal.

De lo anterior, cabe analizar la situación de las mujeres que realizan trabajo doméstico o de cuido (remunerado) fuera de sus propias casas, pues también llegan a presentar los síntomas de malestar característicos de las labores monótonas, sin embargo no pueden dejar de hacerlas debido a que solo cuentan con su fuerza de trabajo para vender y no poseen medios de producción, lo cual representa en muchos casos el único ingreso económico del grupo familiar, principalmente si es encabezado por una mujer.

Además, respecto a la lectura que se realiza desde el feminismo marxista con relación a la realidad de las mujeres, asociado al trabajo en el ámbito privado, se tiene el planteamiento de Christine Delphy respecto a la categoría *modo de producción doméstico*, el cual permite comprender esta relación del patriarcado con el capitalismo. Para la autora, este modo de producción remite a las relaciones de poder que se desarrollan en el ámbito privado, pues:

> […] se caracteriza porque se realiza un trabajo no reconocido como tal y no remunerado y porque lo que caracteriza en este caso la explotación económica es el hecho de la dependencia personal, que no se da en las relaciones de producción. Además, el trabajo doméstico de las mujeres constituye la base económica y material del patriarcado […] (Álvarez et al, 2001: 119)

Lo que la cita anterior nos expone, es la realidad de las mujeres que experimentan cotidianamente relaciones de poder, las cuales refuerzan la necesidad (desde patriarcado y el capitalismo) de que sean ellas quienes se encarguen del cuidado de la vida humana, sin que esta labor sea considerada un trabajo, y sin que importe su estado de bienestar debido a la realización de múltiples tareas.

Esta relación de apropiación de la fuerza de trabajo de las mujeres, se puede mirar desde múltiples espacios, como lo son:

> […] a) la apropiación del tiempo; b) la apropiación de los productos del cuerpo; c) la obligación sexual; d) la carga física de los miembros inválidos del grupo (inválidos

> por la edad- bebés, niños, ancianos o enfermos y minusválidos) así como los miembros válidos del sexo masculino […] (Curiel y Falquet, 2005: 26)

La realización de estas labores absorbe por completo el tiempo de las mujeres de sectores populares, durante 24 horas diarias, 7 días a la semana, son las encargadas de la atención de su grupo familiar (y en ocasiones también lo hacen con otras personas a cambio de un salario mínimo), sin recibir por ello remuneración alguna, ni reconocimiento por el trabajo realizado, desgastándose día con día por atender las individualidades de otras y otros, y despojándose cada vez más de sus actividades y realización personal.

Ello conlleva a que se presenten diversos escenarios, por ejemplo: 1) las mujeres de sectores populares siguen mirando su estado de salud como un factor que impide o favorece la realización de las tareas cotidianas, no como el derecho a poseer una condición de bienestar física, mental y social; 2) no se prioriza la posesión de un seguro médico que las proteja en caso de una emergencia o para valorar periódicamente su salud, lo que posteriormente les repercute también para la obtención de una pensión; 3) como las tareas domésticas y de cuido no se consideran un trabajo como tal, y por ende, no se remuneran o se hace forma escasa, no pueden acceder al seguro social, pues sus familias y/o patronos no lo consideran una necesidad apremiante; 4) al no contar con un seguro médico propio, dependen de la cobertura de sus parejas (cuando ellos poseen seguro), lo que las coloca en una condición de dependencia hacia su cónyuge; 5) la falta de valoración de las condiciones socioculturales que inciden en el estado de salud conlleva a que el personal médico minimice sus síntomas o padecimientos y a que ellas mismas subvaloren su estado; 6) cuando necesitan ser valoradas por alguna situación urgente (o no), no siempre poseen el dinero necesario para costearse una consulta médica, ni para darse seguimiento; entre otras.

Todos estos escenarios exponen la condición de mujeres explotadas por los sistemas patriarcal y capitalista, los cuales impregnan estructuras simbólicas que configuran las identidades personales y colectivas de discriminación y violencia hacia la población femenina, perpetuándose su concepción de ciudadanas de segunda categoría, quienes vivencian diariamente la explotación y dominación masculina, más allá de lo sexual, expresándose en el trabajo, la familia, la educación, la salud y otros espacios.

De acuerdo con todas estas condiciones expuestas, se comprende la importancia de utilizar una corriente feminista que analice la realidad de las mujeres, no solo desde el sexo biológico y la categoría género, sino desde la base económica del patriarcado, lo cual nos lleva a comprender el trasfondo de la opresión de esta población a través de la historia, la cual ha logrado reproducirse mediante la vinculación con otros sistemas opresores, con el propósito de mantener el orden jerárquico social existente.

Por lo que, partiendo de los aspectos anteriores y a modo de conclusión, el feminismo marxista permite comprender y analizar el tema de la especificidad en la salud de las mujeres desde la realidad de las participantes, considerando los aspectos sociales, culturales y materiales que inciden en esta situación, además de la cultura androcéntrica en la formación de personal médico y el discurso machista asumido por la población femenina a través de la historia. El propósito de la investigación fue realizar una ruptura con la invisibilización de ellas en el campo de la ciencia médica, evidenciando la necesidad de un abordaje integral de la salud que incorpore lo social, psicológico, económico y ambiental en el enfoque biologista que aun prima la atención brindada por el personal médico.

4.3 Enfoque metodológico

Para el análisis del tema de interés, fue necesario partir de un enfoque que facilite la obtención de información trascendiendo la cuantificación de datos por un análisis más profundo de la realidad que viven las mujeres en una sociedad patriarcal y su base económica capitalista, que les ha oprimido. Esta situación también es vivida en el Sector Salud, donde el discurso androcéntrico de culpa y vergüenza es reproducido e interiorizado por las mujeres que asisten a los servicios, omitiendo todas las condiciones socioculturales y materiales que permean su estado de salud, de acuerdo con las labores diarias de cada una. Por ello, se optó por la realización de una investigación feminista, ya que "[…] *la distinción de la investigación feminista radica en afirmar la centralidad de las mujeres como sujetas activas en la producción de conocimientos, así como el interés por revelar la experiencia de las mujeres como fuente de los mismos* […]" (Castañeda, 2008: 62)

De acuerdo con lo que expone la autora y lo planteado en la investigación, es de suma importancia el protagonismo de las personas participantes, pues se trata de las mismas mujeres compartiendo sus experiencias, vivencias y sentimientos a partir de una problemática específica,

en este caso, de la implicación de las condiciones socioculturales y materiales en su salud, frente a un sistema que las violenta y transgrede sus derechos como personas. Es desde sus aportes que se desarrolló el trabajo investigativo, creando conocimiento que superara con el ideal masculino parcializado e integrara la perspectiva femenina para la comprensión de la realidad que viven las mujeres en la sociedad desigual.

Además, resultó pertinente la utilización de metodología feminista, ya que "[…] *permite una mayor profundidad con un menor número de casos, se logra un mayor acercamiento a cada uno de los participantes de la investigación y se mueven emociones y afectos entre ellos* […]" (Blázquez et al, 2012: 188). Igualmente facilitó la obtención y análisis de aquellos sentimientos e interpretaciones que realizan las personas desde su pensamiento, los cuales escapan a otros enfoques metodológicos, restando legitimidad y veracidad a la participación de la población seleccionada, en este caso, las mujeres.

Como menciona Castañeda (2008), respecto al sujeto de investigación del feminismo

> […] su objetivo es mostrar que el establecimiento del sujeto es crucial para el proyecto emancipatorio del feminismo pues supone ubicar a las mujeres en la tesitura de su constitución como sujetos que recogen las características que les han sido negadas, y simultáneamente, se re-hacen a sí mismas […] (p.64).

Y es esa realidad parcializada y/o negada la que ha tratado de naturalizar la desigualdad que viven las mujeres en todos los espacios de sus vidas, llegando hasta sus propias ideologías, mirándose como seres inferiores que no merecen ganar espacios considerados masculinos, además, no se reconocen como sujetas de derechos con particularidades propias.

Asimismo, la importancia de utilizar metodología del enfoque feminista se encontró en el análisis del discurso y prácticas del personal médico participante de la investigación, pues facilitó contrastar lo que hacen y dicen, respecto a lo que la teoría plantea, en cuanto al conocimiento de las particularidades socioculturales y materiales que condicionan la salud de las mujeres, evidenciando si existen coincidencias o contradicciones en sus aportaciones, pues: "[…] *desde la perspectiva de la metodología feminista, los problemas a analizar se refieren a aspectos críticos o sensibles de su situación en el mundo que, dado su caracterización particular, las afectan* […]" (Castañeda, 2008: 85)

Esa afectación es identificada en el Sector Salud a partir de múltiples factores, ya que desde la formación de las y los profesionales en medicina, hasta las condiciones materiales que inciden en el estado de bienestar y el acceso a los centros médicos, representan formas de violencia contra las mujeres, quienes históricamente han tenido que adaptarse a las circunstancias que la sociedad patriarcal, con la cooperación del capitalismo, ha establecido, las cuales no brindan oportunidades para mejorar su situación en la sociedad discriminatoria.

Por otra parte, al tratarse del estudio de un fenómeno que fue comprendido en su marco de referencia, desde el análisis de la categoría género y las condiciones materiales que inciden en su cotidianidad, así como las implicaciones que éstas tienen en la vida de las mujeres, resultó relevante la lectura que ofrece la investigación feminista, ya que como señala Castañeda (2008):

> […] la situación de género está definida por la combinación compleja del género con la adscripción de clase, con la pertenencia étnica, con la edad, la condición conyugal, con el contexto rural o urbano en el que se sirve, la pertenecía religiosa, el ideario político y la subjetividad de cada persona en relación con esa situación, derivada de su condición de género […] (p.70)

Según lo mencionado por la autora, este análisis fue significativo en el caso de la presente investigación, pues es un tema poco analizado desde sus componentes sociales, lo que implicó un reto para la investigadora al construir su marco de referencia e instrumentos, pues éstos debieron responder a esos vacíos identificados hasta el momento. Asimismo, cada uno de los aspectos señalados en la cita han sido analizados en los apartados anteriores, los cuales representan factores realmente influyentes en el estado de bienestar de las mujeres, por lo que se respalda la pertinencia de la investigación feminista en el análisis de la realidad de la población femenina a partir de aquellos aspectos ignorados y/o invisibilizados por los estudios anteriores, y por la utilización de enfoques androcéntricos que parcializan la lectura de la cotidianidad de ellas.

Por último, se debe destacar el aporte de Blázquez et al (2012) respecto a la importancia de la investigación feminista, pues para estas autoras:

> […] el método feminista sirve, entonces, para desarrollar conocimientos nuevos y distintos sobre cualquier aspecto de la realidad, que no podemos obtener con otro

método. Es un punto de vista que sirve para crear un conocimiento con menos falsificaciones al tomar en consideración cuestiones hasta ahora marginadas o ignoradas […] (p.75)

Como parte de ese aporte de la cita anterior, se rescata la centralidad de las mujeres participantes en la construcción de conocimiento respecto a esas condiciones socioculturales y materiales que influyen en sus vidas, particularmente en el estado de bienestar, pues desde la medicina también se ha universalizado el hombre como único ser humano, desplazando las necesidades y particularidades de esta población de los estudios hasta ahora realizados, parcializando la información divulgada para la comprensión de los fenómenos biopsicosociales y económicos que les atañen.

Así, se puede identificar el aporte de este enfoque al tema de investigación, pues se trata de la indagación y creación de conocimiento en conjunto con la población participante, reconociéndoles como sujetas de derecho, quienes parten de su experiencia para aportar la información requerida para responder a la interrogante que se planteó en este trabajo. Asimismo, implica un compromiso importante de la investigadora, ya que consistió en la adaptación a las condiciones y situaciones que se fueron presentando en el transcurso del proceso investigativo, mostrando sensibilidad a los efectos que pudo ocasionar ciertos temas en las participantes.

4.4 Población participante

La población participante estuvo conformada por un grupo de seis mujeres habitantes de Cirrí de Naranjo, ya que esta se considera una comunidad rural de acuerdo con lo que se encuentra en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), realizado en el año 2010, donde se señala que en la zona predomina la producción agrícola (de caficultura y otras hortalizas) como la principal actividad económica. La elección de dicha localidad se encontró en que, como se explicó anteriormente (en la justificación), las condiciones médicas y de servicios de salud son distintas en las zonas rurales.

Asimismo, como parte de las características de las participantes, se optó por contar con mujeres en edades superiores a los 30 años, pues interesaba conocer la carga de trabajo que podrían estar asumiendo quienes realizan trabajo doméstico, así como de cuido de otras personas, y si es el caso, en el desempeño de labores remuneradas fuera de sus viviendas. Este

análisis permitió comprender cómo influye la cotidianidad en el estado de bienestar, a partir del contexto de invisibilización y feminización de las labores realizadas en el ámbito privado.

Por otra parte, según el Análisis Interno del Área de salud de Cirrí. (ASIS) para el año 2010, del total de habitantes, un 50,9% corresponde a la población femenina, y de ese total un 15,3% corresponde a mujeres en edades entre los 30 y 50 años, por lo que representaban un porcentaje importante de la totalidad de mujeres de la comunidad.

Además, otro criterio utilizado para seleccionar a esta población se encontró en que estas mujeres participaron en los talleres realizados en la Práctica Profesional II llevada a cabo en la localidad mencionada respecto a la crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde se hizo alusión en varias ocasiones a temas relacionados con su salud y la cobertura del Seguro Social, por lo que su participación fue más factible al haber establecido un vínculo de confianza anteriormente. La anuencia de ellas a formar parte de la investigación fue una razón más para considerarlas como una población idónea para desarrollar el estudio.

Es importante aclarar que la elección de las mujeres participantes no tuvo relación directa con el EBAIS de Cirrí, por lo que ellas podían o no gozar de los beneficios del seguro social. Es decir, solo se seleccionaron a las mujeres de la localidad, por lo que no se trabajó en ningún momento en conjunto con el centro médico del lugar.

Asimismo, se contó con la participación del doctor y una enfermera del EBAIS de la zona (quienes son los únicos profesionales asignados a este centro), con el fin de obtener información respecto a las especificidades en la atención médica de las mujeres de la localidad, pues el propósito era identificar si existía o no una intervención basada en el análisis de la categoría género en la prestación de los servicios de estas dos personas.

Igualmente, se consideró importante que las personas prestadoras de servicios médicos fueran de la misma localidad que las mujeres participantes, pues esto facilitaría el análisis de la información que ambas partes aportaran. Además, el doctor y la enfermera del EBAIS de la comunidad accedieron a formar parte de la investigación, firmando los consentimientos informados, por lo que se respaldó su participación en el estudio.

Sin embargo, la participación de estos dos profesionales fue particular, es decir, no tuvo que ser en el espacio de atención médica, pues lo que se pretendía era contar con el criterio médico de profesionales que se desempeñaran en zona rural y que además, contarán con el conocimiento de la población femenina con la que se realizó la investigación.

La intención de contar con estas dos poblaciones radicó en la posibilidad de contrastar la información brindada por ambas partes, además de analizar a la luz de la teoría el discurso de ellas y el personal médico respecto a la diferenciación que debe existir en la atención de las mujeres por sus condiciones biológicas, socioculturales y materiales, que las debería colocar en un nivel de atención de su condición de salud acorde con sus necesidades.

La información que las y los participantes aportaron fue de suma importancia para la correcta ejecución de la investigación, ya que fueron quienes otorgaron sentido al estudio del tema de interés planteado.

4.5 Técnicas

Para la recolección de información necesaria para responder al problema de investigación, se utilizaron la entrevista en profundidad para las seis mujeres participantes, con el fin de obtener información importante sobre sus vivencias, experiencias, sentimientos y conocimientos respecto a las implicaciones de las condiciones socioculturales y materiales en su salud.

La importancia de utilizar la entrevista en profundidad radicó en que ésta,

> […] nos permite una mejor aproximación a los hechos sociales, por cuanto nos lleva a conocer las actitudes, percepciones, opiniones, comportamientos, sentimientos y valores, a partir de la interacción directa con los/las actores/as, o sujetos/as estudiados/as […] no consiste sólo en preguntar y conversar para un conocimiento de los/as otros/as, es un instrumento de recolección de vivencias y percepciones de experiencias significativas. (Boscán, 2011: 180)

Por ello, la entrevista en profundidad favoreció que la relación entre la investigadora y las mujeres entrevistadas fuera más cercana, íntima y personal, permitiendo obtener y descubrir aquellos aspectos que se consideraron más relevantes, partiendo del objetivo de la investigación

y de la propia vivencia de la población femenina participante, para responder a la pregunta que dio origen a este trabajo.

Además, se optó por la realización de entrevistas semi estructuradas para el doctor y la enfermera del EBAIS de Cirrí, la cual consiste en:

> […] una conversación entre dos personas, dirigida a, y registrada por el entrevistador con el objetivo de generar un discurso continuo y con una cierta línea argumental del entrevistado –no segmentado, precodificado, ni cerrado por el cuestionario previo– sobre un tema definido por la investigación […] (Vega, 2009: 3)

La entrevista semi estructurada es de gran utilidad por su carácter flexible, brindando a la investigadora la posibilidad de alterar las preguntas previamente establecidas, así como la ampliación de interrogantes que pudieron surgir durante la conversación, y que aportó datos valiosos para el análisis de la información necesaria.

Por ello, se entrevistó al doctor y la enfermera del EBAIS de Cirrí, para analizar el discurso y prácticas que estas personas poseen respecto a la especificidad de la atención de las mujeres de la localidad, con el fin de evidenciar si existe o no sensibilidad por las condiciones particulares de las mujeres que consultan, reflejadas en el trato y prestación de sus servicios.

4.6 Fases de la investigación

A continuación se exponen los diferentes momentos que se desarrollaron en la presente investigación, utilizando como referencia a Rodríguez et al (1996). Estas fases fueron:

-*Fase preparatoria*: en este momento se eligió el tema por investigar, pasando por una decisión subjetiva, la cual es problematizada y argumentada a través de bases teóricas que ayudan a comprender la complejidad del fenómeno a estudiar. Asimismo, estuvo mediada por las experiencias, conocimientos, perspectiva, compromiso y formación académica de la investigadora. A partir de estas condiciones, se desarrolló el tema, problema de investigación, preguntas generadoras, referente teórico, estrategia metodológica, y demás constructos necesarios para el diseño de la investigación.

-*Trabajo de campo*: esta fase refiere a la introducción de la investigadora a la comunidad en la que se trabajó, haciendo contacto con la población que facilitó la información

necesaria para responder a la pregunta de investigación. Para ello, primeramente se procedió a localizar a las mujeres participantes mediante llamadas, pues se contaba con un registro de números que se obtuvieron durante la Práctica Profesional II, realizada en esta comunidad.

En dicho contacto se explicó a las participantes el objetivo de la presente investigación, para luego establecer fecha, lugar y hora en los que, inicialmente se les evacuaron posibles dudas respecto a la participación en este trabajo investigativo, para luego realizarles la entrevista elaborada para la recolección de datos.

Se acordó con las participantes la fecha de entrevista, en la que coincidió realizarse toda la recolección de información en prácticamente en dos días, debido a las labores que ellas realizan, por lo que no contaban con mucho tiempo libre para recibir a la investigadora en otras fechas.

Durante el primer día de trabajo de campo con las participantes, dos de las cuatro mujeres entrevistadas, lloraron contando sus experiencias vinculadas principalmente con violencia intrafamiliar. Esta condición permitió comprender la importancia de realizar las entrevistas en espacios privados que les generara comodidad y tranquilidad para expresar sus emociones y compartir vivencias tan fuertes e íntimas conmigo, en un marco de confianza y confidencialidad.

Las otras dos entrevistas a las participantes restantes, así como las que se realizaron el día anterior, no presentaron desafíos ni limitaciones, pues ellas tuvieron completa disposición de colaborar y aportar la información solicitada, sin observarse molestias, incomodidad, enojo, ni otros sentimientos que comprometieran la recolección de datos.

A partir de la experiencia en trabajo de campo con las mujeres, se considera que en futuras investigaciones sería pertinente que se formule un grupo focal como parte de las técnicas por utilizar, ya que ellas suelen compartir más vivencias y experiencias una vez que conocen la situación similar en otras mujeres en condiciones comparables a las propias. Esta técnica es aún más factible si la población posee algún vínculo de confianza, como sucedió en el caso de la presente investigación, donde ellas tuvieron la posibilidad de conocerse entre sí anteriormente, debido a un programa del IMAS, lo que facilita el diálogo y cooperación mutua en temas que les atañen a todas.

En general, considero que las decisiones tomadas, respecto a la recolección de información de las participantes, fueron idóneas y repetiría el mismo proceso sin dudar. Las mujeres que colaboraron en la presente investigación definitivamente facilitaron que el trabajo de campo fuera provechoso en todo momento, disfrutando de esta etapa por completo, conociendo más de cerca la realidad de la población femenina de zonas rurales con particularidades propias que vale la pena contemplar y analizar a la luz de la experiencia y la teoría existente.

Por otra parte, para recabar la información restante, se aprovechó una de las visitas a la localidad de Cirrí en que se estableció contacto con las mujeres participantes, para ubicar al doctor y la enfermera del EBAIS, y acordar con estas personas en qué fecha se podría realizar la entrevista elaborada para la recolección de datos.

El doctor del EBAIS se mostró anuente a participar desde el primer contacto que se estableció con él. El desarrollo de la entrevista dejó entrever que a pesar de tratarse de medicina androcéntrica, este profesional está comprometido con la población de la localidad, por lo que sus aportes se desvinculan del ámbito meramente biológico para integrar otros factores que inciden en el estado de bienestar.

Asimismo, la enfermera también se caracterizó por la apertura a colaborar con el presente trabajo, haciendo un esfuerzo por atender a la investigadora en el centro de salud de Naranjo centro. En ambos casos, el doctor y la enfermera utilizaron de su tiempo para brindar información valiosa para contestar la pregunta que orientó el estudio, por lo que fue un acierto contar con él y ella y sus aportes en los distintos temas abordados.

La información compartida por las mujeres participantes, así como del doctor y la enfermera del EBAIS de la localidad, se registró mediante la grabación de las conversaciones, contado con la aprobación de estas personas para hacerlo. Además, se anotaron las respuestas a las preguntas que se realizaron de acuerdo con lo expuesto en las entrevistas, para facilitar el análisis de los datos.

Igualmente, se consideró importante el uso de un diario de campo que contuviera información adicional a la que las personas participantes compartieron, por ejemplo, el lenguaje

no verbal, los silencios, la comodidad o incomodidad al hablar de ciertos temas, entre otros aspectos.

Esta etapa fue de suma importancia tener presente los criterios de suficiencia (es decir, cuando se contó con una cantidad significativa de datos) y de adecuación, que según Rodríguez et al (1996) "*se refiere a la selección de la información de acuerdo a las necesidades teóricas del estudio* […]" (p.75). Por ello, se evaluó la necesidad de regresar al trabajo de campo, en caso de que la información recabada no respondiera completamente a las interrogantes que orientaron la presente investigación.

-*Fase analítica*: como señalan Rodríguez et al (1996), esta fase no inicia necesariamente cuando acaba el trabajo de campo, pues es necesario seleccionar y ordenar la información obtenida, lo cual requiere de análisis en el momento. Sin embargo, una vez que se tuvieron suficientes y adecuados datos, se inició el análisis formal buscando responder la pregunta que orientó la investigación, partiendo de un compromiso y rigurosidad necesarios para la construcción de conocimientos.

Para ello se utilizó la triangulación de datos, la cual, según Arias (2000), consiste en la utilización de distintas fuentes de datos para realizar el análisis respectivo. En el presente trabajo se dispuso de la información obtenida mediante las entrevistas a las mujeres y el personal médico de Cirrí, así como el aporte de las autoras y autores respecto a la temática, y la perspectiva de la investigadora, quien realizó el proceso analítico.

Además, se utilizó el análisis de discurso como técnica, pues una parte de la información brindada provenía del personal médico y el discurso que manejan respecto a la temática de las mujeres y su especificidad médica.

Para el análisis de discurso, se recurrió a la hermenéutica, ya que según Schleiermacher, citado por Cárcamo (2005), "[…] *la hermenéutica debe ser entendida como el arte del entendimiento, a partir del diálogo* […]" (p.206). Con la utilización de ésta, se pretendía llegar a la significación de lo que se dice (a partir de la experiencia personal con el objeto de estudio), de acuerdo a la relación establecida, en este caso, del personal médico y las mujeres consultantes, la cual se caracteriza por estar mediada por el patriarcado.

-*Fase informativa*: esta es la última etapa del proceso investigativo, donde se realizó un informe detallado de la investigación y se presentaron los resultados de forma oral y escrita ante el Tribunal Examinador de la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica. Asimismo, se realizó una devolución a las mujeres participantes y al EBAIS de Cirrí con información y recomendaciones que surgieron en el proceso de análisis de resultados, teniendo como base lo aportado por las mujeres entrevistadas y el personal médico entrevistado.

4.7 Operacionalización de categorías

El siguiente cuadro muestra las categorías y subcategorías utilizadas para dar respuesta al problema de investigación que orienta el presente estudio.

Cuadro N°5. Operacionalización de categorías

Categorías	Subcategorías	Técnicas	Población
Implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en la salud de las mujeres	a) Características sociodemográficas que inciden en la salud de las mujeres -Edad -Ocupación -Estado civil -Nivel académico alcanzado -Composición de los hogares b) Condiciones materiales de las participantes -Fuentes de ingresos económicos familiares -Acceso a dichos ingresos económicos -Estado de la vivienda: propia, rentada, prestada. -Acceso a servicios como: agua, electricidad y seguro social c) Factores socioculturales que inciden en el estado de bienestar y la atención médica - Realización de labores asignadas de acuerdo a la categoría género -Prácticas y discursos frente a los servicios de salud y el personal médico -Comodidad para hablar de determinados temas con el personal médico	Entrevista en profundidad	1. Mujeres participantes de la investigación

	-Percepción y conocimiento respecto a procedimientos y técnicas médicas -Vivencia de Violencia Intrafamiliar -Relaciones de poder dentro y fuera del hogar -Prácticas de autocuidado -Valoraciones respecto a sus cuerpos - Acceso a atención sanitaria d) Interpretaciones y experiencias con relación al acceso a los servicios de salud y atención médica		
Medicina androcéntrica en el abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres	a) Características, prejuicios y/o estereotipos de la salud de las mujeres b) Formas en que se relaciona el personal médico con las mujeres c) Análisis desde la categoría género en la atención de la salud de las mujeres d) Discurso y prácticas médicas respecto a las especificidades en la salud de las mujeres, específicamente de zonas rurales e) Condiciones idóneas para la atención de la salud de las mujeres -Personal médico capacitado -Forma en que se aplican procedimientos médicos -Relación entre personal médico y las mujeres -Suficiencia de implementos médicos y medicamentos	Entrevista semi estructurada	2. Profesionales del EBAIS de Cirrí que atienden a las mujeres consultantes

Fuente: Elaboración propia, 2016.

4.8 Cronograma

A continuación se muestra, de forma ordenada, las fases en que se realizará la investigación, con sus respectivos periodos y el tiempo en que se programa cada etapa, así como su momento de ejecución, de acuerdo a lo alcanzado.

Fases	**PERIODOS**																											
	2015				**2016**												**2017**											
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Preparatoria		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Trabajo de campo												X	X	X	X	X												
												X	X	X	X	X												
Analítica																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Informativa																										X	X	X
																										X	X	X

Fuente: Elaboración propia

P: Programado **E**: Ejecutado.

Capítulo V

Análisis de resultados

En el siguiente apartado se presenta el análisis de la información obtenida mediante entrevistas en profundidad dirigidas a las mujeres de Cirrí, así como entrevistas semi-estructuradas realizadas al personal médico de la zona, es decir, el doctor y la enfermera del EBAIS. Todas las personas participantes constituyeron la base más importante del desarrollo de la presente investigación, pues aportando sus conocimientos, experiencias y vivencias respecto a las condiciones socioculturales y materiales que inciden en la salud de las mujeres, se logró responder a la pregunta que orientó este estudio, así como enriquecer la experiencia de la investigadora.

A partir de los datos obtenidos, se ordenó la información en los siguientes apartados:

♀- Condiciones materiales de las mujeres participantes y su relación con la atención de su salud.

♀- Factores socioculturales que inciden en el estado de bienestar y la atención médica de las mujeres.

♀- Caracterización de la salud de las mujeres desde la perspectiva médica.

Antes de presentar el análisis de la información recabada, se expone una caracterización de las personas participantes, la cual permite analizar las condiciones sociodemográficas de las mujeres entrevistadas, así como conocer algunos aspectos académicos y laborales del personal médico entrevistado.

Es importante señalar que como parte de la confidencialidad de la presente investigación, no se hará alusión a los nombres reales de ninguna de las personas entrevistadas ni sus familiares, siendo identificadas únicamente por número de participante (en el caso de las mujeres) y por seudónimos para las y los familiares mencionados en los relatos, igualmente se nombrará al doctor y la enfermera por el puesto que desempeñan.

Cuadro N°6. Caracterización de las mujeres participantes de la investigación

Edad	Estado civil	Nivel académico alcanzado	Ocupación	Cantidad de personas que componen el grupo familiar	Edad de personas del grupo familiar	Ocupación de las personas del grupo familiar
51	Soltera	Secundaria completa	Trabajadora del hogar y de oficios domésticos	Dos (hija)	13 años	Estudiante
64	Separada	Primaria incompleta	Trabajadora del hogar y cuidadora de adulta mayor	Dos (hija)	29 años	Cocinera en soda
68	Soltera	Primaria completa	Trabajadora del hogar y en ocasiones trabaja en el campo	Dos (hijo)	30 años	Agricultor
44	Casada	Primaria completa	Trabajadora del hogar y vendedora de artículos por catálogo	Tres (hija, esposo)	17 años 45 años	Estudiante Chofer de bus
49	Soltera	Primaria completa	Trabajadora del hogar y encargada de la limpieza del salón comunal de la zona	Cinco (dos hijas, una nieta, un nieto)	27 años 12 años 6 años 3 años	Estudiante Estudiante Estudiante ----
48	Unión libre	Primaria completa	Trabajadora del hogar	Ocho (madre, dos hermanas, dos hijos, sobrino, pareja)	76 años 45 años 38 años 17 años 7 años 16 años 45 años	----- Discapacidad mental Trabajadora del hogar Estudiante Estudiante Estudiante Inspector de alarmas

Elaboración propia, con base en las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, 2016

De acuerdo con la información presentada en el cuadro anterior, respecto a las características sociodemográficas de las mujeres participantes, es importante señalar los siguientes aspectos.

Las edades de las mujeres entrevistadas oscilan entre los 44 y los 68 años, siendo que la mayoría de ellas están en los 40 años. Igualmente, cuatro de las seis entrevistadas son solteras o no conviven con una figura masculina; solo dos tienen pareja, siendo éstas las participantes más jóvenes.

Con relación al nivel académico alcanzado, solo una de ellas completó la secundaria o accedió a esta, pues las otras cinco mujeres solo cuentan con primaria, y no todas pudieron completarla. Por lo anterior, se identifica una baja escolaridad que se traduce en menores oportunidades para desempeñarse en trabajos estables o al menos asalariados, ya que todas las participantes realizan trabajo doméstico en sus casas, algunas también lo hacen fuera de sus hogares, son cuidadoras o venden artículos de revistas y en el caso de la participante con más edad, trabaja en el campo de forma ocasional. Sin embargo, para quienes trabajan fuera del hogar, la remuneración recibida es mínima e inestable, permitiendo únicamente la satisfacción de las necesidades más básicas, como lo es alimentación, y servicios eléctricos y de agua. (Entrevistas realizadas, 2016)

Esta situación puede deberse principalmente a las condiciones de la explotación de la fuerza de trabajo, pues como señala De Ibarrola (2016):

> […] desde el punto de vista de trabajo, la heterogeneidad y la desigualdad de la estructura laboral y de las dinámicas de crecimiento definen la manera como la escolaridad juega en los diferentes espacios laborales, en diferentes contextos geográficos, sectoriales y en diferentes tiempos […] (p.27)

Lo anterior se evidencia en la asimilación y capacidad de adaptación (o no) de la población frente a los cambios en el área educativa (ahora más enfocada al trabajo, por ejemplo con la creación de colegios técnicos); las relaciones laborales y la formalidad de la contratación de las personas laborantes (ya que en el caso de las trabajadoras domésticas, las garantías sociales no suelen ser parte del contrato laboral, como sí sucede con las y los empleados del sector público y la mayoría de empresas privadas) y los cambios en el uso de tecnologías de

producción (dejando en mayor desventaja a las personas con grados académicos básicos como la educación primaria, así como residentes de zonas rurales, donde las oportunidades laborales son escasas y mal remuneradas).

Este escenario es más perjudicial para las mujeres en edades avanzadas, jefas de hogar y con escolaridad baja, debido a la necesidad de recibir algún ingreso que permita la subsistencia propia y del grupo familiar dependiente. Ello conlleva al acceso a trabajos informales y/o precarizados que existan en las zonas en las que habitan, pues esta es su estrategia frente a la exclusión del mercado laboral.

Por otra parte, la composición de los hogares se caracteriza por estar encabezados por las mujeres entrevistadas en cuatro de los casos; tres de ellas conviven únicamente con un hijo o hija. Además, se encuentran dos familias extensas, ya que en uno sus nietas viven con la participante, siendo cinco habitantes, y el otro grupo familiar consta de ocho personas con hasta tres generaciones conviviendo bajo el mismo techo. Solo se ubica una familia nuclear (madre, padre, hija).

Las edades de las y los miembros que conforman el grupo familiar permiten identificar que en cuatro de las familias, se encuentra al menos una persona menor de edad o adulta mayor, lo que implica trabajo de cuido familiar no remunerado. Estas labores han sido asignadas a las mujeres históricamente, sin considerar las consecuencias de su realización, pues como señalan González et al (2011): "[…] *La carga impuesta por el trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de las personas sobre las mujeres limita su desarrollo, participación y autonomía en todos los ámbitos* […]" (p.150)

Lo anterior conlleva a que la cotidianidad de las mujeres esté determinada primeramente por las demandas y necesidades de las personas dependientes que tienen a cargo, y segundo, las labores domésticas dentro y fuera de sus casas (en los casos que corresponde). La realización de todas estas tareas absorbe por completo sus vidas, asumiendo la responsabilidad exclusiva del cuidado de sus parientes y de la casa sin que necesariamente se haya acordado explícitamente entre las personas que conforman el grupo familiar, respondiendo más a la naturalización de la división socio-sexual del trabajo.

Asimismo, las otras dos mujeres realizan trabajo de cuido con familiares o conocidos, a cambio de una escasa remuneración semanal, que también suele ser ocasional. El análisis de la elección de dichos trabajos por parte de las participantes permite comprender que, en primer lugar su zona de residencia no cuenta con opciones laborales en las que se puedan insertar, ya sea por su baja escolaridad, o porque su localidad se caracteriza por la presencia de plantaciones de café principalmente y esta actividad económica se limita a un par de meses al año con un pago mínimo y sin contrato ni garantías. En segundo lugar, y aunado a lo anterior, no cuentan con otras soluciones que les permita generarse un ingreso constante para satisfacer sus necesidades y las de su familia. Y por último, no pueden desplazarse a otras zonas aledañas en busca de trabajo, debido a que son las principales responsables del cuidado de sus familiares, lo que condiciona aún más sus tiempos y opciones.

Finalmente, la ocupación de las personas integrantes del grupo familiar son, en su mayoría trabajos poco calificados, inestables y posiblemente remunerados de forma mínima, por lo que la satisfacción de las necesidades de las y los miembros del hogar, debe realizarse de forma conjunta entre quienes reciben al menos un ingreso ocasional, pues en la mayoría de casos se encuentran personas dependientes, como lo son las y los estudiantes y quienes poseen algún tipo de discapacidad.

Aunado a la caracterización de las mujeres participantes, se presenta a continuación los datos recabados respecto al EBAIS de la zona, así como el personal médico entrevistado. Es importante mencionar que la elección de estas personas respondió al interés de evidenciar si por su parte se da una prestación de servicios que responda a las especificidades de las mujeres así como la identificación de las condiciones socioculturales y materiales que determinan el estado de salud de esta población.

Primeramente se tiene que la presencia de EBAIS en distintas partes del territorio nacional responde a la aplicación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) y los lineamientos que se proponían, específicamente el PAE III, ya que éste buscaba atender tres niveles, de los cuales, dos estaban relacionados con el sistema de seguridad social: "[…] *a) políticas de corte universalista, basadas en la inserción de capital humano en los campos de la educación, la salud y la nutrición (…) c) políticas de focalización para garantizarle niveles mínimos de ingreso a los más pobres* […]" (De la Cruz et al, 1995: 30)

Como parte de esas medidas de focalización y universalización, se crean los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud –EBAIS- que vienen a conformar un nivel básico de prestación de servicios médicos públicos, los cuales atienden entre 3500 y 7000 personas, de acuerdo con la densidad geográfica del territorio determinado. Estos equipos cuentan con una persona profesional en medicina, un o una auxiliar de enfermería y un técnico o técnica en promoción de la salud –ATAP-, así como personal de apoyo como lo son técnicos en farmacia y en registros médicos. (Rodríguez, 2005)

Según los datos anteriores respecto a la conformación del personal médico presente en los EBAIS, y tomando en cuenta que en Cirrí se ubica este nivel de atención, se consideró relevante contar con información brindada por algunas de estas personas respecto a la salud de las mujeres en la zona, por lo que se presenta en el siguiente cuadro la información general de quienes participaron en el presente trabajo investigativo.

Cuadro N°7. Caracterización del personal médico participante de la investigación

Sexo	Especialidad	Tiempo de ejercer profesión	Tiempo de laborar en el EBAIS de Cirrí
Femenino	Auxiliar de enfermería	8 años	2 años
Masculino	Farmacología clínica	10 años	7 años

Elaboración propia, con base en las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, 2016

Del cuadro anterior se desprende la importancia de contar con una persona de cada sexo, pues la perspectiva de su quehacer profesional está mediada por su propia experiencia y lectura de las situaciones presentadas en el EBAIS. Igualmente, se trata de dos personas con una formación académica distinta, siendo que en el caso del médico general su conocimiento es más amplio y específico que el de la enfermera. Asimismo presentan diferentes formas de interactuar con las mujeres consultantes según la especialidad.

Es importante analizar la presencia de una división socio-sexual del trabajo, pues como se observa, la mujer es enfermera y el hombre doctor, profesiones que han sido feminizadas y

masculinizadas respectivamente, respondiendo al cuidado en el caso femenino y al conocimiento y poder en el masculino.

También se resalta que, en el caso del médico, la mayor parte del tiempo dedicado al ejercicio de su profesión ha sido en el EBAIS de la zona, por lo que conoce bastante bien a la población, enriqueciendo sus aportes en las preguntas planteadas. La enfermera tenía menos tiempo de estar en ese centro de salud, sin embargo ella reside en Cirrí, así que su conocimiento de la población femenina va más allá del quehacer profesional.

A partir de la caracterización de todas las personas participantes presentada en los cuadros anteriores, se da paso al análisis propiamente de las categorías y subcategorías que orientaron la presente investigación, teniendo como pilar los aportes brindados por cada quien.

5.1 Condiciones materiales de las mujeres y su relación con la atención de su salud.

El apartado de las condiciones materiales de las participantes se divide en dos subapartados que permiten comprender mejor cuáles fueron los elementos considerados para analizar este tema. El primero consiste en el estado de la vivienda y el acceso a los servicios públicos, partiendo de la realidad de cada una de las entrevistadas y su condición socioeconómica y familiar; mientras que el segundo subapartado se enfoca en los ingresos económicos de estas mujeres y quienes conviven con ellas, haciendo énfasis en el acceso y administración que se da de ese dinero dentro del grupo familiar.

5.1.1 Estado de la vivienda y el acceso a servicios básicos

El tema de la vivienda y el acceso a los servicios básicos es importante debido a las particularidades de la presente investigación, como lo es la zona rural, el trabajo de las mujeres dentro y fuera del hogar y su condición económica, pues estos factores determinan la presencia y acceso a dichos servicios, así como posibles afectaciones en el estado de salud, ya sea por el acceso o a la ausencia de estos, por ejemplo el consumo de agua potable.

Por ello, para iniciar el análisis, y respecto al estado de la vivienda de las mujeres participantes, el tema iba orientado a conocer si ésta era propia, rentada, prestada o hipotecada. La importancia de la tenencia de una casa reside en la seguridad que ésta les brinda a las personas que la poseen, y en caso de no ser propia, al dinero destinado a la obtención de una (ya sea por medio de arrendamiento o por el pago de una hipoteca).

Aunado a esto, la tenencia de una vivienda hace que los ingresos de las mujeres y del grupo familiar vayan destinados a otros gastos del hogar, como lo es: alimentación, salud, vestido, entre otros; los cuales también son necesidades básicas que muchas veces no pueden ser satisfechos por la obligación de cubrir el rubro de alojamiento.

Respecto a ello, y de acuerdo con la ONU (1991), la posesión de una vivienda, en cualquiera de sus formas (alquiler, propia, prestada, etc.), es una parte fundamental de las condiciones de vida, por lo que "[…] *Sea cual fuere el tipo de tenencia, todas las personas deben gozar de cierto grado de seguridad de tenencia que les garantice una protección legal contra el desahucio, el hostigamiento u otras amenazas* […]" (p.3)

Por lo anterior, la vivienda como una condición material de las mujeres representa más que un techo donde habitar, pues en muchos casos se trata de autonomía e independencia femenina frente a la idea de subordinación hacia la figura masculina vinculada con la supuesta reciprocidad derivada del matrimonio, donde el hombre "brinda" una casa y "cubre" todas las necesidades de las personas integrantes, a cambio de los cuidados personales y del hogar, creando un estado de dependencia material hacia ellos.

A pesar de esta ideología de dependencia hacia los hombres impuesta por el patriarcado, la autonomía de algunas mujeres ha sido posible de acuerdo con el trabajo de campo realizado, donde se tiene que cinco de las mujeres entrevistadas poseen casa propia, y solo una de ellas la mantiene hipotecada. De este dato es importante destacar que dos de ellas la obtuvieron por parte de alguna institución u organización, de forma asistencial. Tal es el caso de la Participante 1, quien señaló que la obtuvo por medio de un bono del Estado y que le pertenece a ella.

El otro caso es más particular, ya que la participante comentó: "*propia, ésta la hicieron hace como 4 años con el sueño de navidad, la hizo el sueño de navidad, es que yo cuidaba a 3 hermanos enfermitos, yai, todos fueron muriendo, y ahora hay cuatro cuartos vacíos*" (Participante 2)

De la respuesta anterior se identifica el medio por el cual la participante pudo acceder a tener su propia casa, pues aunque sus hermanos dependientes ya murieron, la construcción de la vivienda por parte de este programa de caridad le garantizó la tenencia de su propio techo, y

sin esta opción la obtención de una se hubiese dificultado, ya que sus ingresos mensuales son insuficientes para optar por préstamo bancario o la compra de alguna.

Ambos casos demuestran nuevamente la tarea materna y de cuido que deben cumplir socialmente las mujeres, puesto que tanto la política estatal de bonos de vivienda, así como "sueños de navidad", suelen brindar ese tipo de ayudas no sólo para que las personas puedan acceder a mejores condiciones de alojamiento, sino que garantiza el cuido de las personas menores de edad, de las personas enfermas entre otros, lo que refuerza nuevamente el rol privado y de atención de las mujeres.

Por otra parte, en el caso de las viviendas propias, (al igual que la participante anterior), otras tres son jefas de hogar con condiciones laborales precarias e informales, a cargo de al menos una persona más; sin embargo ellas encuentran resguardo en poseer casa propia, por lo que no podrán ser expulsadas de su lugar de residencia fácilmente, ni tendrán que destinar montos elevados de dinero para habitar en lugares arrendados.

De acuerdo con la situación de tenencia de casa y lo expuesto por las participantes, es importante analizar esta información con base en los métodos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para medir los hogares en pobreza, pues este es uno de los componentes que inciden en la clasificación de las condiciones de vida de la población costarricense.

Entre los métodos utilizados se encuentra primero el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual incluye cuatro componentes: "[…] *acceso a albergue digno, acceso a vida saludable, acceso al conocimiento y acceso a otros bienes y servicios* […]" (INEC, 2015: 11). Los hogares que tienen carencia en al menos uno de estos indicadores, se consideran pobres. En segundo lugar se encuentra el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), constituido por las siguientes cinco dimensiones: educación, vivienda y uso de internet, salud, trabajo y protección social. Ambos utilizan como base la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

Según la medición de estos métodos, la tenencia o no de una casa coloca a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad, empeorando si se asocia con los otros factores. Por lo anterior, las condiciones materiales no deberían orientarse únicamente a la tenencia de vivienda o no, si no en qué condiciones se encuentra esta y qué tan riesgosa es la zona donde se

encuentra, ya sea en términos de seguridad comunitaria, o bien si es una zona propensa a desastres naturales, deslizamientos, inundaciones, etc.; situaciones que atentan contra la integridad del grupo familiar.

Por otra parte, en lo que respecta al acceso a servicios básicos, se evidencia en varios de los indicadores de NBI y IPM que la insatisfacción de alguno de estos se asocia con pobreza y situación de vulnerabilidad social, por lo que resulta de suma importancia analizar su condición en relación con estos.

De acuerdo con la información brindada en el trabajo de campo, todas las participantes manifestaron contar con electricidad, agua potable y telefonía solo por celular. De las seis mujeres entrevistadas, solo dos cuentan con televisión por cable, y ninguna posee internet en sus casas, lo cual es señalado en el IPM como una privación de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. (INEC, 2015)

Esta información deja entrever que todas estas mujeres logran solventar sus necesidades básicas de forma satisfactoria, sin tener que recurrir a situaciones como acometidas eléctricas fraudulentas, o la recolección de agua no apta para el consumo humano, entre otras prácticas. Ello es importante en tanto la mayoría son jefas de hogar, por lo que la forma en que organizan sus ingresos y gastos, son priorizados de forma que no se desatiendan estos indispensables servicios en sus casas.

Finalmente, con relación al seguro social por parte del grupo familiar, en cuatro de los casos las mujeres están aseguradas por sus familiares o por el Estado; las otras dos no poseen seguro en el momento en que se les realizó la entrevista. Asimismo, solo en una de las familias se encuentra a una persona adulta sin cobertura de seguro social, debido a la falta de ingresos económicos o a la forma inconstante en que los recibe, dificultando el pago de este. Y las otras y otros integrantes poseen seguro por parte del Estado, de sus padres o por vejez e invalidez.

De momento no se profundizará en el análisis de este aspecto, pues la población objetivo del presente trabajo investigativo son las mujeres entrevistadas, por lo que se analizará su acceso al seguro social en otros apartados desarrollados más adelante.

5.1.2 Ingresos económicos familiares

Este es uno de los temas más importantes relacionados con las condiciones materiales de las participantes, pues se desprende la satisfacción de la mayoría de sus necesidades básicas, incluyendo el acceso a seguro social o servicios médicos en general.

Como se ha mencionado líneas atrás, la mayoría de las mujeres entrevistadas son jefas de familia, a cargo de mínimo una persona y con condiciones laborales precarias (en el caso de las que trabajan fuera de sus hogares), por lo que sus respuestas dependen de esa realidad. A partir de ello, se obtuvo que las dos participantes que conviven con su pareja dependen principalmente de los ingresos de estos, pues solo una vende artículos por catálogo, y con ello no obtiene una remuneración suficiente y estable para compartir todos los gastos con su cónyuge, sin embargo, ella menciona que cuando puede, colabora con el pago de algunos servicios, como agua.

Por su parte, de las dos mujeres participantes que tienen personas menores de edad a cargo, solo una cuenta con pensión del progenitor, y ambas son jefas de hogar. Ellas comentan respecto a los ingresos económicos de sus hogares:

> "Diay yo ahora es por la chiquitilla que le dan pensión o ayuda voluntaria, como quiera decirle, por el momento es eso. A mi hija le ayudan por la chiquilla chiquitilla (nieta menor) pero es voluntario, entonces ahí vamos juntando el poquillo de cincos" (**Participante 5)**

> "Yai lo que yo me gano ocasionalmente limpiando casas (…) y la beca de mi hija; mi hija no recibe pensión, aunque yo le puse la pensión al señor, pero él tiene problemas de alcoholismo y droga, entonces él se echó a la calle, desde que ya no vivimos juntos se dedicó a eso" (**Participante 1)**

De los anteriores relatos se puede evidenciar como para ambos casos los ingresos recibidos no resultan suficientes, pues las dos se dedican a labores de limpieza fuera de sus casas con el propósito de generarse más fuentes de dinero que les garantice cubrir las necesidades propias y de las personas que integran sus hogares.

Respecto a este tema, Geldstein (1997) realiza un análisis de lo que implica ser cabeza de hogar para las mujeres, mencionando que:

> […] la “inseguridad económica” de los hogares con jefa mujer ha sido atribuida a tres factores causales básicos: “la baja capacidad de generación de ingresos de la madre”, “la falta de asistencia económica por parte del padre que no reside en el hogar” y “los magros beneficios provistos por el estado […]” (p.9)

De lo aportado por la autora cabe destacar en primer lugar que, aunque estas causas pueden responder al por qué los hogares encabezados por mujeres suelen ser considerados "pobres", es importante recordar que no es generalizable en tanto la población femenina de clase burguesa, o con profesiones e ingresos económicos constantes y elevados, no caben dentro de dicha explicación, precisamente por la independencia económica de la que gozan al ejercer su profesión u oficio con todas las garantías sociales que ello implica.

Quiere decir, entonces, que la condición de pobreza en hogares encabezados por mujeres es un asunto de clase social, donde las trabajadoras de los sectores populares experimentan situaciones más complejas cuando se trata de satisfacer sus necesidades y las de su grupo familiar, al realizar trabajos informales o en condiciones precarizadas como resultado de su baja escolaridad, la inestabilidad económica y/o de la insuficiencia de ingresos, si solo dependieran de lo aportado por un hombre que no convive con ellas.

Como señalan González et al (2011):

> […] Son las mujeres dedicadas solo al trabajo doméstico no remunerado en el hogar quienes enfrentan mayor discriminación y falta de oportunidades, pues tienen niveles educativos más bajos y la invisibilidad y no reconocimiento social de estas tareas redunda en una falta de autonomía económica y vulnerabilidad por la pobreza resultante […] (p.151)

Es decir, la condición de pobreza de los hogares con jefatura femenina se explica en gran manera por la educación a la que históricamente han podido acceder (ya sea por la condición económica o por los mandatos de género que les negaba y niega la participación en espacios públicos), lo que a su vez determina las opciones laborales con las que cuenta. La actual situación de la población femenina se explica con un breve repaso histórico.

Por ejemplo, Margarita Silva (1989) menciona respecto a la educación de las mujeres en Costa Rica en el siglo XIX que:

> […] la mentalidad y los valores existentes en la sociedad costarricense del siglo XIX habían definido los contenidos y tipo de educación que la mujer podía recibir (…) se llegó a creer que a la mujer no le hacía falta instrucción sino dirección; que el honor era su más grande virtud y la domesticidad su más grande mérito […] (p.69)

Con la cita anterior es claro el origen de subordinación de la mujer ante el hombre y el papel que la sociedad le había asignado, el cual estaba impregnado en todos los ámbitos a los que pudiera acceder, dirigiendo la educación de esta población al servicio de las demás personas. Ahora bien, si se analizan los datos de escolaridad que puedan coincidir con el periodo de escolaridad de las participantes, se encuentra que para 1950 solo asistía a la secundaria un 24,2% de la población, mayoritariamente hombres, y con presencia de centros educativos en zonas urbanas. (Castro, 2013)

Ello se puede comprobar con la escolaridad de las participantes, pues cinco accedieron a la educación primaria y una no logró completarla, además solo una de las mujeres finalizó la secundaria. Ese nivel académico impide que puedan ser contratadas en trabajos más estables que no representen una extensión de las labores domésticas, ya que la relación educación-trabajo se ha transformado en las últimas décadas, pasando a una era de tecnologías que requieren menos fuerza de trabajo física y se orienta más a las capacidades intelectuales.

Según un documento de la UNESCO respecto a la situación educativa de América Latina y el Caribe y su relación con el trabajo:

> […] el mercado laboral en general es impactado, al punto que para tener éxito en él se requiere buenas habilidades de lectura y comunicación efectiva, capacidad para trabajar en equipos, habilidades sociales y de relaciones interpersonales, uso de computadores y TICs en general, y –sobre todo– la capacidad y disposición para seguir aprendiendo y renovarse a lo largo de la carrera laboral […] (Bellei, 2013:171)

De acuerdo con lo expuesto en la cita anterior, la educación necesaria para insertarse y competir en el mercado laboral debe ser continua, lo que implica uso del tiempo libre para ser destinado a procesos educativos y de formación, así como recursos económicos que faciliten el ingreso a dichas capacitaciones. Estas condiciones no coinciden con la realidad y contexto de las mujeres participantes quienes apenas lograron la educación primaria y no poseen los recursos económicos ni el tiempo para mejorar el nivel académico.

Igualmente, en el caso de las participantes se debe agregar la responsabilidad de cuido de personas menores de edad, con alguna discapacidad o adultas mayores, lo cual les limita más en el uso de sus tiempos, pues son absorbidas por sus necesidades y demandas. La opción para mejorar sus condiciones de vida no se encuentra en lo rural, ya que como menciona Pujol (2002): "[…] *en las ciudades están los trabajos más productivos y mejor remunerados* (…) *concentran las mejores oportunidades por la diversidad inherente de trabajos, educación y asesorías a empresas privadas y públicas* […]" (p.3)

Estos datos demuestran que por las distintas condiciones de las mujeres participantes, se encuentran en una situación de desventaja ya que deben desplazarse a otras zonas en busca de mejores oportunidades laborales y ello no garantiza la contratación debido a la edad, el gasto económico, la baja escolaridad, la responsabilidad de cuido, entre otros factores. Quiere decir que ellas han quedado rezagadas ante los cambios en el sistema educativo y los términos de contratación, viéndose forzadas a aceptar trabajos que resultan extensiones de las labores del hogar, en jornadas parciales, más cerca de sus lugares de residencia pero con una remuneración escasa.

La situación expuesta ha sido respaldada por el mismo Estado al no garantizarle esos niveles mínimos en sus condiciones de vida, desplazando al sector rural y forzando a las personas a trasladarse a las áreas de mayor concentración laboral, convirtiendo sus comunidades en zonas dormitorio, separando cada vez más a la familia y el hogar del trabajo; cuestión que afecta en mayor medida a las mujeres por la perpetuación de la división socio-sexual del trabajo, donde es más funcional tenerlas en el ámbito privado creando plusvalor con la reproducción de la mano de obra de los trabajadores.

Asimismo, el otro punto relevante y relacionado con lo anterior es el incumplimiento de la asistencia económica por parte del progenitor hacia las personas menores de edad, pues como se observa en el caso de la Participante 1, el no recibir el dinero de la manutención la obliga a buscar alguna actividad que le genere ingresos para subsistir y para atender las necesidades de su hija, quien además es estudiante, por lo que requiere de útiles escolares y demás gastos.

La situación de la participante responde a las condiciones expuestas anteriormente respecto a la educación, el trabajo y las responsabilidades de cuido, pues aunque es la única que completó la secundaria, es madre soltera y por ende, la única cuidadora de su hija, lo que le impide optar por jornadas completas de trabajo y desplazarse a otras zonas. Igualmente, el progenitor no cumple con el depósito de dinero por manutención de la menor por su condición de indigencia.

Al respecto de ello, Beltrán y Vallette (s.f) señalan: "[…] *para las mujeres laborantes jefas de hogar en condición de pobreza el trabajo reviste mayor obligatoriedad que para las mujeres que no son jefas de hogar, y las dificultades para compatibilizar ambos roles (productivo y reproductivo) son mayores aún* […]" (p.4). Este es caso de muchas mujeres, quienes no cuentan con ningún tipo de ayuda o apoyo para atender sus necesidades, las de su familia y las de su vivienda, siendo forzadas a aceptar trabajos mal remunerados y asumir las dobles o triples jornadas de trabajo.

Por otra parte, las dos participantes restantes poseen particularidades que no deben omitirse. Ellas refirieron respecto a los ingresos económicos de su familia que:

> "la hija mía trabaja, ella es la que ve por mí, yo ahí cuido a una señora, tres días por semana y algo me dan, diay entre las dos ahí vamos haciéndole enredos, por los tres días me dan ¢22.500 que bastante me ayudan, bastante bastante" (**Participante 2)**

> "En veces (sic) que trabaja él (hijo) y bueno, yo tengo un diariecito que me dan en cuidados paliativos, nada más. Trabajo cuando hay, yo trabajo en el campo y en casas y en lo que se me ponga por delante. Y mi hijo cuando no trabaja al campo y le ofrecen algo, ahí lo va a hacer" (**Participante 3)**

En estos dos casos, así como en los anteriores, se evidencia la difícil realidad de las mujeres de sectores populares, habitantes de zonas rurales con pocas opciones laborales, y que además encabezan un hogar, realizando trabajos ocasionales para poder vivir relativamente bien y estables.

La situación del empleo en zonas rurales es preocupante, si se analiza desde la realidad de las mujeres jefas de hogar de dichas zonas, ya que como menciona Pujol (2002) el desempleo es siempre mayor en lo rural que en lo urbano, afectando más a la población femenina. Por ejemplo, según este autor para el año 2001 el desempleo en el sector rural correspondía a un 6.5% respecto a un 5.8% de lo urbano. Para el primer trimestre del 2017 el porcentaje rural es de 9.3%[8].

Los datos anteriores reflejan los cambios ocurridos en lo rural a partir de la industrialización de la productividad agrícola ocupando cada vez menos mano de obra, y dejando en desventaja a las y los pequeños productores de agricultura en menor escala por la falta de apoyo estatal y las escasas oportunidades de mercado en las que puede insertar sus cultivos para obtener dinero que les permita reiniciar su proceso. Ello representa una disminución de opciones labores y una proletarización concentrada en ciertas zonas donde no se invierte más si no es para la exportación y/o acumulación de riqueza.

Si el Estado realizara una mayor inversión en las zonas rurales, distinguiendo entre la realidad socioeconómica de mujeres y hombres de estos sectores, no habría necesidad de desplazarse a otras áreas del país en busca de mejores opciones de trabajo, por lo que se respondería a las demandas y necesidades propias de la ubicación geográfica en la que se encuentran.

Igualmente, en las zonas rurales prevalecen con más intensidad los patrones culturales que ubican a las mujeres únicamente en el ámbito privado con el trabajo reproductivo[9],

[8] Ver estadística en http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reece-i-t-2017.pdf
[9] Estado de la Nación. Mujeres costarricenses continúan en desventaja laboral. Ver: http://estadonacion.or.cr/228-contenidos-generales/prensa-informacion-general/noticias/367-mujeres-costarricenses-continuan-en-desventaja-laboral-avances-son-lentos-e-insuficientes

perpetuando la subordinación de ellas respecto a los hombres por la dependencia generada en estas relaciones.

Rosa Bravo (2000) realiza una lectura de estos escenarios mencionando:

> […] el ingreso del trabajo es la principal fuente de ingreso de la gran mayoría de los hogares por lo que las oportunidades de empleo y monto de remuneraciones afectan fuertemente el nivel de vida que logran las personas de distintas edades y sexo que integran un hogar […] (p.66)

Lo que expone la autora está íntimamente vinculado con los relatos de las mujeres entrevistadas, pues se identifica un enorme esfuerzo tanto por parte de ellas como de sus hijos e hijas por cubrir los gastos de la casa y atender a sus madres. Sin embargo, el dedicarse al cuido, a trabajar en el campo, o a la limpieza de otros hogares es especialmente preocupante debido a que ambas están en edades avanzadas y la realización de dichas labores repercute aún más en su estado de salud.

Las consecuencias se generan, entre otros factores, por alzar a las personas con discapacidad constantemente, lo que repercute en mujeres en edad avanzada por sus condiciones de salud como lo es la presencia de osteoporosis (enfermedad esquelética) la cual aumenta las probabilidades de fracturas, pues es más frecuente la aparición de este padecimiento a partir de los 45 años (Arias et al, 2014).

Asimismo, estudios demuestran que las afectaciones también se materializan en la salud mental de las personas cuidadoras, con la presencia de depresiones, cansancio crónico y menos tiempo para cuidarse a sí mismas, siendo más intensas estas condiciones en el caso de quienes son mayores de 50 años. (Rogero, 2010).

De la misma manera, el trabajo en el campo expone a las personas a riesgos asociados con la condición climática (como exposición al sol o lluvias), intoxicación con químicos o alergias (en caso de usarse), problemas musco-esqueléticos relacionados con la postura del cuerpo, picadura de distintos animales, resbalones en terrenos inestables, entre otros.

Es decir, la existencia de las consecuencias anteriores exponen a las mujeres (aún más para las de edades avanzadas) a lesiones significativas y prolongadas, que representan

problemas si no se cuenta con seguro médico, así como por el tiempo de recuperación en el que no se generan ingresos, lo que produce ansiedad y frustración para las jefas de hogar que dependen de éstos para la subsistencia propia y familiar, y que no cuentan con ningún tipo de ayuda familiar o estatal.

Tal es el caso de la Participante 3, ya que los ingresos parecen ser inestables y tanto ella como su hijo deben laborar en lo que "les ofrezcan", lo que significa una mayor inseguridad económica, insatisfacción de las necesidades básicas como la alimentación y una mayor dependencia de las ayudas que le puedan brindar. Esta situación se ha traducido en una afectación importante en la salud mental de la participante, quien se muestra ansiosa y se auto-diagnostica como depresiva debido al estrés que le ocasiona no tener dinero en todo momento que les permita tener una vida más estable, en lo que respecta a la generación de ingresos.

En la mayoría de los contextos mostrados por las participantes, el trabajo precarizado e inestable impera como parte de sus realidades. Las condiciones materiales de casi todas ellas representan su preocupación apremiante siendo más alarmante para las mujeres en edad avanzada, quienes se ven obligadas a continuar vendiendo su fuerza de trabajo para sobrevivir, teniendo un futuro menos estable por la escasa generación de dinero y por las condiciones de sus trabajos sin garantías sociales. Aunado a ello, el cansancio físico y mental se prolonga y eleva por los múltiples padecimientos que van acumulando. De ahí que muestren cansancio, frustración, tristeza y otras emociones poco relacionadas con satisfacción personal por los trabajos que realizan.

No obstante, al preguntarles a las participantes si administran el dinero con el que cuentan en sus hogares, sus expresiones cambian, mostrándose más seguras de sí mismas, pues en todos los casos, son ellas quienes distribuyen esos ingresos para comprar alimentos, realizar el pago de los servicios de electricidad, agua, municipalidad y todo lo que corresponda en cada caso.

La disposición que poseen del dinero del hogar les genera cierto grado de seguridad, pues no ceden esa posición a sus parejas (en el caso de las dos mujeres que conviven con ellos), siendo ellas mismas las que presupuestan los gastos, de acuerdo con la cantidad y frecuencia del dinero que reciben en el lapso determinado para cada participante.

Partiendo del hecho de que muchas de estas mujeres no cuentan con ingresos estables, la administración de los ingresos cobra especial importancia, pues ellas son quienes conocen la situación por la que atraviesan diariamente, en la que el dinero determina la satisfacción de las necesidades propias y familiares. Por lo que el esfuerzo realizado por parte de estas mujeres, se materializa en la generación de ingresos lo que a su vez se ve reflejado en la forma de distribuirlos, mostrando la capacidad de administración, independencia y autonomía económica que el patriarcado le ha negado históricamente a toda la población femenina.

Así, el análisis de las condiciones materiales de las participantes muestra que la inferioridad y subordinación impuesta por la sociedad machista hacia las mujeres no siempre se basa en la realidad de esta población, sino en la necesidad de preservar el orden jerárquico basado en la desigualdad y la opresión, pues cada una de las mujeres entrevistadas ha demostrado que la autonomía financiera es posible, encabezando sus hogares.

No obstante, no debe olvidarse que las dificultades experimentadas por las mujeres de sectores populares para alcanzar su autonomía se debe al contexto capitalista, en el que las labores vinculadas con el trabajo reproductivo (por ejemplo) no generan acumulación de riqueza ni se valoran como tal, por lo que son reducidas e invisibilizadas, llevando sus trabajos a la precariedad mediante el pago mínimo por jornada laboral que suele ser más extensiva de lo que la ley estipula, además de las pocas posibilidades de contar con seguro social por parte de sus patronos, y con altas probabilidades de ser despedidas si no aceptan esas condiciones de explotación, pues muchas están dispuestas a ceder sus derechos con tal de acceder a ingresos económicos mínimos.

Ese aprovechamiento de las condiciones de explotación de las trabajadoras domésticas es lo que ha impedido mejorar su calidad de vida, ya que al capitalismo le es funcional y más rentable delegarle el trabajo reproductivo y de cuido al ámbito privado, (social e históricamente asumido por las mujeres), que velar económicamente por esas tareas vitales para la sociedad.

Es por ello que el patriarcado se reproduce con el capitalismo, para continuar con la opresión y explotación de la mano de obra femenina y minimizarlas a uno de los trabajos más precarizados. Con esto se mantiene el orden jerárquico social establecido, en el que las mujeres

permanecen como clase subordinada, desarrollando sus propias estrategias de sobrevivencia ante la desatención estatal que experimentan constantemente.

5.2 Factores socioculturales que inciden en el estado de bienestar y la atención médica

En el presente subapartado se incluyen diversos temas que constituyen los factores socioculturales analizados como determinantes en el estado de bienestar de las mujeres participantes, y su relación con la atención médica recibida.

Por ello, se dividió la información recabada en los siguientes temas: labores realizadas diariamente; manifestaciones de violencia; perspectiva respecto a los servicios de salud y el personal médico; la salud en la vida de las mujeres; y el acceso a centros médicos y atención sanitaria. Cada uno de ellos es desarrollado con base en los aportes de las participantes, así como el respectivo análisis que se desprendió de cada contenido.

5.2.1 División socio-sexual del trabajo y cotidianidad de las mujeres

Este tema era de vital relevancia para la presente investigación, ya que de este se desprenden muchas de las causas que condicionan el bienestar de las mujeres entrevistadas, y cómo su cotidianidad es determinante en la lectura de sus realidades particulares. Por ello, se expone a continuación una serie de factores que inciden en la calidad de vida de la población femenina, los cuales suelen estar ocultos en todos los ámbitos de la sociedad.

El primero de los factores analizados se desprende precisamente de todas aquellas labores que se realizan diariamente en las casas de las mujeres entrevistadas, las cuales fueron identificadas por ellas mismas. Así, se encuentra que de las seis participantes, cuatro se refirieron principalmente al trabajo doméstico no remunerado de sus hogares, como la limpieza y cocinar. Otra de las mujeres entrevistadas señaló, además de las labores del hogar, el cuido de las personas dependientes que conviven con ella. Y la última, manifestó que se encarga de tareas domésticas, pero primordialmente de ayudar en el EBAIS todos los días entre semana.

La pregunta realizada iba orientada a conocer qué se hace en sus casas diariamente (todas las personas que conviven en el mismo hogar), no lo que ellas hacen; sin embargo, las participantes se incluyeron como las únicas responsables de las labores domésticas, excluyendo a las otras personas integrantes de la familia y la rutina de cada una de los y las integrantes del grupo familiar. Solo cuando se les consultó por la distribución de las tareas del hogar, refirieron

que sí es compartida con las personas que conviven con ellas, aunque la carga recae principalmente sobre sí mismas al estar más tiempo en casa.

Es importante analizar que, a pesar de sus respuestas, las mujeres no suelen contemplar sus labores diarias como un trabajo, aunque estas impliquen gasto de energía vital, largas horas y el esfuerzo físico que le dedican cotidianamente, todos los días de la semana, sin tener libre ningún momento, pues el trabajo doméstico absorbe por completo el tiempo de la población femenina que aún se encarga de forma exclusiva de dichos quehaceres.

Respecto a ello, Durán (2005) menciona que "[…] *la jornada semanal de trabajo no remunerado es mucho más larga, y lo mismo sucede con el número anual de horas trabajadas, ya que las festividades y periodos vacacionales tienen poca incidencia en la reducción del trabajo no remunerado* […]" (p.54)

Lo anterior es visible en la realidad de las participantes, especialmente en el caso de las jefas de hogar que se encargan de llevar sustento a la familia, así como realizar todas las labores propias de sus casas, identificándose las extensas jornadas que cumplen diariamente para satisfacer las demandas de la vida diaria, al explotarse su fuerza de trabajo. Ellas no gozan de días libres y dedican mucho más tiempo al trabajo no remunerado que muchas personas insertas en el mercado laboral que poseen esa distinción de días laborales y de descanso, y que además, pueden, si lo desean, contratar a una persona para que se encargue de los quehaceres que no pueden realizar al trabajar fuera de sus hogares, balanceando con ello las dobles o triples jornadas.

Sin embargo, para las mujeres de sectores populares, el acceso al trabajo asalariado no implica el abandono del trabajo doméstico, pues han tenido que dividir su energía y tiempo en ambos espacios, por lo que el cambio no ha implicado mejoras en sus vidas ni la ruptura de la división socio-sexual del trabajo impuesta por el patriarcado y operada por el capitalismo para continuar con la explotación de su fuerza laboral.

Además de los casos analizados, una de las participantes destacó la realización de actividades adicionales a las mencionadas por las demás, por lo que es importante analizarlo:

> "¿Qué labores? Bueno, lo que tengo que estar es pendiente de mamá, de Ana (hermana con discapacidad) (…) en la mañana me levanto a hacer desayuno para los muchachos que se van para el colegio y mi hijo que se va para la escuela, ya después empiezo con Ana que ya le doy desayuno, e inmediatamente las pastillas, ya después se levanta mami, desayuna, pastillas, y a veces como mami es diabética y es hipertensa a veces tengo que estar con la maquinita de la presión alta y ya: mami como se siente (…) Quiere decir, tengo que estar como…, verdad, y a veces uno de estar con el oficio o con los chiquillos que no son nada queditos, como usted puede ver, es con una cosa y con otra, entonces uno tiende como a dejar escapar algunas cosas (…) al menos para mí cuando estoy con él (hijo menor) es un estrés, entonces me apuro con el oficio para en la tarde dedicarle el tiempo a él, porque él solito no me estudia, es que está en primero entonces yo sé que tengo que estar ahí pendiente de él, porque si no lo hace uno, ¿quién lo va a hacer?" (**Participante 4)**.

Del relato anterior, debe resaltarse la sobrecarga de trabajo que la participante tiene diariamente, pues lo expuesto permite mostrar labores propias del hogar, así como de cuido simultáneo de personas con discapacidad, adulta mayor y menores de edad. Todas estas son realizadas sin recibir remuneración alguna, ni apoyo de otros y otras familiares, vecinos o vecinas o incluso el progenitor del menor, lo que conlleva a ser invisibilizadas como trabajos, por lo que social y económicamente implica su ejecución (un trabajo tan desvalorizado que se "debe" dar sin esperar un pago por ello), es decir, son subvaloradas y desprestigiadas por ellas mismas y la sociedad en general.

Dicha subvaloración se debe a la naturalización de la división socio-sexual del trabajo en la que se omite e invisibiliza el aporte de las mujeres con el trabajo doméstico no remunerado, haciendo creer que esa es su responsabilidad. Sin embargo, como menciona Hartmann (1980): "[…] *la mujer en el hogar no sólo proporciona servicios esenciales al capital reproduciendo la fuerza de trabajo, sino que también crea plusvalor a través de este trabajo* […]" (p.6)

Lo que la autora quiere decir es que sin los trabajos realizados por las mujeres en el hogar (como la preparación de los alimentos, el abrigo, cuido y demás atenciones brindadas) no es posible que ningún ser humano pueda vender su fuerza de trabajo y formar parte de la población económicamente activa, debido al consumo de tiempo, energía y costo económico

que estas labores requieren, las cuales no han sido redistribuidas al estar históricamente asignadas a la población femenina.

La encuesta de uso del tiempo realizada en el 2011 en Costa Rica muestra lo anterior, mencionando que "[…] *el trabajo doméstico es un elemento fundamental para el bienestar de las personas, las familias, los hogares y la sociedad* […]" (p.27). No obstante, sigue careciendo de reconocimiento como trabajo y de valor económico en el mercado, ya que no es funcional asumir el costo de estas labores ni es deseable que las mujeres se emancipen porque atentan contra el orden social jerárquico establecido en el que los hombres han ocupado la posición de supremacía y poder.

Mientras tanto, la asimilación de todas estas labores se ha naturalizado a tal punto que la participante asume la responsabilidad exclusiva del trabajo reproductivo y de cuido, desplazando su estado de bienestar a un segundo plano para atender las necesidades de las demás personas a su alrededor. Su realidad económica no le permite contar con opciones de cuido que le ayuden a disminuir su jornada extensiva de trabajo en el hogar, por lo que se torna en una situación desgastante que deteriora su salud física y mental.

Este tema del trabajo de cuido no remunerado, es respaldado por Elsa Gómez (2008) quien expone que:

> […] "**trabajo"** enfatiza que la actividad tiene un costo en términos de tiempo y energía y que surge de una relación social, generalmente de carácter familiar, que se asume como obligación. "**Cuidado**" denota que la actividad se encamina a proporcionar servicios y bienestar a otras personas, en tanto que "**no remunerado**" resalta el carácter gratuito con que se cumpla la actividad […] (p.11)

Cada uno de estos términos coincide con la realidad de la participante, pues su trabajo doméstico implica muchas horas y cuidados, lo que ella ve como obligación al señalar que "se le olvidan algunas cosas" con un sentido de culpabilidad al no poder lidiar con el bienestar de todas las personas dependientes de su casa.

Esa culpabilidad también es dada desde el patriarcado y la división socio-sexual del trabajo, pues es en las labores domésticas no remuneradas que las mujeres se deben realizar. Se

ha impuesto como algo inherente de lo femenino, por lo que ellas llegan a sentir que no sirven como madres, esposas o hijas. Lorenzo, et al (1992) mencionan que esa culpa "[…] *da lugar en ellas a vivencias tan confusas e intensas que les llevan a sentirse impotentes, al borde mismo de la desesperación y experimentar grandes sentimientos de fracaso como mujer* […]" (p.111).

Esos sentimientos dirigen la atención de las mujeres a la lógica sacrificial desplazando sus afectaciones emocionales, físicas y mentales para cumplir con lo que socialmente se espera de ellas, por lo que la culpa funciona como un mecanismo de control sobre la población femenina.

Asimismo, esa obligatoriedad, aunada a la subvaloración de sus labores diarias, es lo que ha llevado a que no se reconozca el valor económico que se produce a lo interno de los hogares por estas mujeres, coincidiendo con que ellas posean menos oportunidades de participar en el mercado de trabajo, reduciendo los ingresos que traería consigo dicha incorporación. Además, se continúa reproduciendo la dependencia hacia la figura masculina y la "seguridad" económica a la que se traduce cuando no tienen disponibilidad de ingresos propios, debido al escaso tiempo con el que cuentan para sí mismas y la realización de sus actividades.

Igualmente, los escasos ingresos familiares les impide la contratación de personas cuidadoras para que atiendan a las y/o los miembros con discapacidad; por el contrario, se siguen explotando aún más al asumirse responsabilidades del cuido de otras y otros en jornadas extensas y gratuitas, a costas de su propio bienestar, las cuales se asignan como propias a la población femenina por su "naturaleza" caritativa, dentro de la división socio-sexual del trabajo. Estas labores de cuido no remuneradas de familiares, también es parte de la realidad de dos

participantes más, quienes señalaron respecto a la realización de estos trabajos:

> "Cuando, aparte, digámole, de eso que es mi trabajo, a veces, una vez por semana traemos a una tía para cuidarla porque está muy mayor, pero eso ya no es, es trabajo pero no es remunerado, si no es una acción humanitaria para ayudarle a mi mamá, porque aunque mi mamá también sea adulta mayor, mi otra tía está más mayor, entonces así lo distribuimos entre todos los tíos, entonces la traemos una vez a la semana aquí donde mi mamá y ahí la cuidamos entre todos" **(Participante 1)**

> "Sí señorita, es una hermana, es que ella se había quebrado la cadera, entonces anda con andadera entonces no quiere, como que no puede hacer oficio, tiene miedo de hacer oficio" **(Participante 2)**

Estos contextos respaldan una vez más la asignación de labores de cuido a las mujeres como una extensión del trabajo doméstico no remunerado, pues como lo señala la Participante 1, es parte de una acción humanitaria. Asimismo, la Participante 2 se encarga de velar por su hermana y el quehacer de la casa de esta, por lo que se trata de dos responsabilidades agotadoras que no permiten tener autonomía, limitando su libertad, pues representan cansancio físico y mental para la mujer entrevistada.

Es importante mencionar que en ambos casos, se trata de mujeres jefas de hogar con trabajos precarios, los cuales representan los ingresos casi totales de sus familias. Ellas realizan las labores del hogar, de cuido, y trabajo doméstico remunerado, que resulta ser una extensión de sus quehaceres diarios, por lo que implica una rutina monótona y agotadora con escaso reconocimiento y valoración socioeconómica por parte de la sociedad.

Este escenario implica más consecuencias de las que se identifican a nivel económico, pues también su estado de bienestar físico, mental y emocional se ve perjudicado al no poder sobrellevar tantas actividades de distintas personas con características de cuido diferenciadas entre sí. Y en el caso específico que atañe esta investigación, estas mujeres no pueden acceder a un seguro social independiente debido a que no se incorporan de forma constante al trabajo remunerado con sus respectivas garantías sociales, lo que conlleva a que no puedan asistir a centros médicos del sector público y que en su vejez se les complique la asignación de una pensión, encontrándose en una situación de mayor desatención y dependencia familiar, pues el Estado no atiende de forma eficiente la condición de esta población.

Si a nivel estatal se realizara una lectura congruente con la realidad de las mujeres de sectores populares, jefas de hogar, con trabajos precarios; las políticas públicas experimentarían cambios que darían respuesta a las circunstancias que caracterizan a las mujeres en la actualidad, donde la figura masculina no debe representar la existencia de relaciones de dependencia para sí mismas y su grupo familiar, por lo que la ruptura con la lógica patriarcal implicaría gozar de mayor autonomía y mayores oportunidades de independencia económica.

Asimismo, es importante señalar que en ninguno de los casos analizados se evidenció la participación de algún miembro masculino en las labores del hogar ni en el cuido de personas menores de edad o adultas mayores, identificando que se continua relegando este trabajo de forma exclusiva a las mujeres y que ellos solo se encargan de ser proveedores económicos (cuando aportan monetariamente).

A partir de lo anterior, resultó importante evidenciar cómo se sienten las participantes respecto a la realización de las actividades cotidianas, pues no siempre implica satisfacción o bienestar para sus vidas. Ante dicho tema, dos de las participantes señalaron sentirse bien sin dudarlo. Una mencionó que bien, pero con constantes molestias físicas asociadas a la rutina de las labores. Las otras dos mujeres refirieron lo siguiente:

> "(…) Esteee… A veces me siento útil, vieras que a veces siente uno como sentimientos encontrados, porque a veces se siente que puede aportar algo, pero a veces uno es un ser humano y es un cansancio mental y físico y a mí hace unos días que venía con ese estrés y ese estrés, que me estuvo dando como depresión. Ana casi no quería comer y andaba como un zombie cosa que ella come mucho, entonces donde yo la vi así me sentí tan mal, tan culpable que yo lloraba y lloraba y la abrazaba y a mí me decían: "pero como usted se va a sentir culpable de lo que le pasa a ella, usted no puede llevar la carga de todo en la casa". Pero a veces uno juega ese papel de que uno está tan metido en el rol de todos los días que deja de lado hasta la vida de uno, pero uno lo hace con tanto amor y a veces una de mis hermanas está con que se la quiere llevar y yo estoy de necia "vea que le dé esto, recuerde lo otro, el doctor dijo que esto". Es que viera que mal que se siente uno cuando falla en algo, paso todo el día llorando, como que con tanto estrés con lo de mi hijo y mi hermana colapsé y estoy tomando pastillas antidepresivas, pero ahí va uno. A mi

> hijo lo ven en Trabajo Social, Psicología y ahora lo quieren ver en Psiquiatría, para ver si le dan esa pastilla, la ritalina, es que él no quiere madurar, no quiere estudiar" (Participante 4)

Mientras que la otra participante señaló: "*cansada, yai porque no me da a más, que el hospital, que el oficio, la chiquilla llega hasta las 5pm porque está en un colegio técnico en el Rosario*" (Participante 6)

De los casos mencionados, se analiza que para la Participante 4, la responsabilidad por el bienestar de las personas con las que convive, está deteriorando su propio estado de salud físico, mental y emocional, pues hasta ella señala tener "sentimientos encontrados". Esto es preocupante, pues de acuerdo con Carmen Sáenz, citada por Montesó (2014), se trata de una serie de síntomas depresivos, lo cuales se asocian a las labores no remuneradas. Esta autora expone respecto a la depresión en trabajadoras del hogar que:

> […] se caracteriza por el típico síndrome de abatimiento, tristeza, desesperación persistente, junto con pensamientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto y tendencia y/o ideas suicidas, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos de determinadas funciones fisiológicas como el hambre y el sueño acompañadas ocasionalmente por un trastorno psicosomático […] (p.114)

La mayoría de estos síntomas son mencionados por la participante, evidenciando que la afectación en su estado de bienestar es más significativo de lo que ella misma percibe. La sobrecarga de las labores es justificada por la mujer entrevistada con el discurso de abnegación, entrega, sumisión, sacrificio, y demás atribuciones supuestamente femeninas, dadas desde la lógica patriarcal en razón del sexo biológico.

La escasa importancia que se da a sí misma y su deteriorado estado de bienestar físico y mental es desplazada inmediatamente por el discurso de realizarse por amor. Aunque se trate de su madre, hermana e hijos, la sobrecarga la posee ella, no sus otras hermanas, ni su pareja, ni el padre biológico de sus hijos. Este hecho no debe ser justificado en razón del altruismo, pues las consecuencias se comienzan a expresar en su estabilidad emocional, para luego presentarse en lo físico y su autonomía.

Si la participante no identifica y reconoce la necesidad de cuidar su propia salud, no parece contar con otras personas que le apoyen en el autocuidado así como en la realización de las labores señaladas, las cuales determinan la aparición de enfermedades y/o padecimientos asociados a los trabajos que hacen diariamente. Este tema es importante, ya que como menciona Zamberlin (2013):

> […] la falta de motivación y la postergación de las prácticas de autocuidado en las mujeres se condice con las normas de género que definen como femenino el rol de cuidado y atención de la salud de los otros (niños, enfermos, ancianos) y las responsabilidades cotidianas del hogar, sin dar lugar prioritario al autocuidado de la propia salud […] (p.47)

Lo expuesto por la autora consiste precisamente en la interiorización de los mandatos de género, los cuales han causado y causan estragos en la salud física, mental y social de las mujeres, al no lograr establecer un balance entre lo que socialmente se le exige y lo que personalmente desea o necesita, cediendo a las demandas ajenas mientras su estado de bienestar se perjudica cada vez más y de forma permanente.

Por otra parte, en lo que respecta a la Participante 6, su respuesta fue una de las más directas al mencionar que se siente cansada por las labores que realiza diariamente. Ella señala que no da para más, ya que las tareas del hogar, más la búsqueda de algunos ingresos se tornan agotadoras para sí misma. Sin embargo su realidad responde a las estrategias de sobrevivencia propia y familiar que han implementado las mujeres jefas de hogar ante los obstáculos que encuentran para acceder a trabajos mejor remunerados, además de la acumulación de labores domésticas que realizan de forma exclusiva por no darse una redistribución de éstas, lo cual contribuye al desgaste narrado.

El escenario anterior es también característico de la sobrecarga de labores y la implicación en el estado de salud, pues según Montesó (2014): "[…] *El exceso de demandas y falta de recursos en un rol o por el desempeño de varios roles simultáneamente puede ser una razón muy importante para que se genere estrés y se presenten problemas de salud* […]" (p.114)

El estrés que la participante expresa, se asocia exactamente con lo mencionado por la autora, pues no titubeó ni un instante en señalar su condición de cansancio ante sus

responsabilidades diarias. Las labores a lo interno del hogar son repetitivas y agotadoras, y si se le suma el trabajo fuera de casa (el cual representa ingresos para sí misma y su familia) y el cuido de su esposo enfermo, se presenta una condición de desgaste físico y mental que no parecería ser consultado como afectaciones en sus estados de bienestar, y por ende, tampoco atendido en los centros médicos.

La lectura que se ha realizado históricamente respecto al estrés, cansancio y demás síntomas asociados a la subvaloración del trabajo doméstico, impiden que las mismas mujeres reconozcan la implicación de sus labores en su estado de bienestar, gestando un malestar cada vez mayor, pues sus realidades no mejoran. Incluso se ven cada vez más expuestas a dobles o triples jornadas.

Por ello, y a partir del estudio del burnout en trabajadoras del hogar, se comprende que existe una verdadera afectación en el estado de bienestar de las mujeres que se dedican a estas y otras labores todos los días, pues como señalan Baute et al, (2014) este síndrome "[…] *se encuentra caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas* […]" (p.432)

Lo anterior se ha podido constatar mediante las respuestas de las participantes, pues la mayoría se encarga de las labores de sus hogares de forma exclusiva (con poco apoyo para realizarlas y sin remuneración económica), además de trabajar fuera de sus casas y cuidar a otras personas. Sus estados de salud física y mental han mostrado deterioro significativo, sin que sea percibido como una consecuencia importante para ellas mismas. Es más importante generarse ingresos y sostener el hogar en sentido amplio, que evaluar y atender su estado de bienestar.

Es por esto que, como la presente investigación pudo evidenciar, el trabajo no remunerado tiene más consecuencias negativas que positivas en la vida de las mujeres participantes. Ellas no se muestran satisfechas ni realizadas con las labores que ejecutan cada día, contrario a esto, se muestran cada vez más cansadas y se sinceran al respecto sin necesidad de indagar mucho en el tema.

Esto implica que existe un malestar presente en la vida de las mujeres que contradice el mandato de género impuesto en el que ellas supuestamente se realizan con el trabajo

reproductivo por "amor" a su grupo familiar. Es decir, se han negado e invisibilizado las verdaderas repercusiones de la división socio-sexual del trabajo al no analizar los relatos y experiencias de las mujeres y cómo se materializan en sus cuerpos y condiciones de vida.

Sus vidas cotidianas pueden ser más agotadoras que las de otras personas con trabajos remunerados estables, sin embargo, los ingresos económicos que perciben por la realización de sus jornadas diarias apenas logra solventar las necesidades más básicas de sí mismas y sus familiares dependientes, dando como resultado frustración y cansancio ante la realidad que enfrentan día con día con escasas oportunidades de mejorar sus condiciones, incluyendo el dinero con que cuentan para cubrir los gastos de sus hogares.

Lo anterior se refuerza en las respuestas dadas ante el tema de cómo sienten ellas que las labores que realizan contribuyen al sostén de la casa. La información brindada puede subdividirse en dos temas: el factor económico por parte de quienes trabajan fuera de sus hogares; y el protagonismo de sí mismas en el cuidado de la familia.

En el primer caso, tres participantes señalaron la importancia de sus ingresos en la satisfacción de las necesidades de sus familias, veamos dos de los relatos:

"*Yai es que eso… con eso es que... con esas labores es que yo sostengo la casa… con eso es*" **(Participante 1)**

"*ah yai sí, porque el esposo mío gana muy poquitillo y la casa está hipotecada, entonces yo sé que con lo que yo aporto él se ayuda*" **(Participante 6)**

Aunque la realidad familiar de las participantes es muy distinta, el tema de los ingresos económicos parece ser medular en lo que ellas consideran como su mayor aporte al sostén del hogar. Por ejemplo, para la Participante 1 es lo más importante debido a que es madre soltera y jefa de hogar. En su relato se puede percibir indecisión o inseguridad al momento de responder, sin embargo se conoce que es ella la única fuente de ingresos para su familia, los cuales apenas cubren las necesidades propias y de su hija, debido a su ocupación como trabajadora doméstica.

A pesar de ser la encargada del hogar desde hace bastantes años, sus preocupaciones persisten: tener suficiente dinero para comprar comida, pagar los servicios básicos con los que cuenta en su hogar y satisfacer las necesidades de su hija. Se comprende como la fuerza de trabajo y su venta se concibe como lo primordial para cubrir las demandas del hogar. Todo ello bajo sus escasos ingresos y sin ningún tipo de apoyo. Por esto, reconocerse a sí misma como la base de hogar, generó un espacio de reflexión y autovaloración que se escapan a lo expresado en palabras de la participante.

Igualmente, en el caso de la Participante 6, la generación de ingresos implica no solo la ayuda monetaria para los gastos del hogar, sino también la seguridad habitacional que la casa significa para su familia. Su aporte económico no es fijo, no obstante, se identifica como necesario para solventar los egresos familiares que el salario mínimo de su pareja no puede abarcar, siendo más complicada su situación cuando él enferma. Lo que quiere decir que el trabajo de la participante se vuelve más una necesidad que una opción.

Además de lo anterior, el relato deja entrever que ella considera su ayuda económica como soporte para su esposo, invisibilizándose a sí misma como parte fundamental de la familia, pues su trabajo no remunerado y lo que gana fuera del hogar son también la base del bienestar propio y del resto de las y los integrantes que habitan bajo el mismo techo.

Esto es explicado por Jaramillo (2013) cuando señala que: "[…] *mujeres que asumen la vida laboral del mismo modo o de un modo semejante a como asumen la vida hogareña y familiar, es decir, haciendo todo por el otro, olvidándose de sí* […]" (p.73). Es decir, las mujeres aprenden a valerse y verse a través del sacrificio hacia las personas que le rodean, negándose su posición como ser humana dentro de la familia y la sociedad, siendo que ellas también contribuyen en gran manera a la economía y sostén de estos espacios.

Se da, por lo tanto, una concepción distinta en los casos en que la mujer es la jefa del hogar, y en los que ella cuenta con una pareja, ya que en el segundo caso, se hace más notable la relación de dependencia y sumisión hacia la figura masculina solo por el hecho de convivir juntos, es decir, se oculta su papel en el sostén de la familia detrás del rol masculino.

Por otra parte, respecto a la subdivisión de temas relacionados a cómo sienten las mujeres que las labores realizadas diariamente contribuyen al sostén del hogar, el segundo caso

remite a responsabilidad del trabajo doméstico y de cuido de su familia. En este escenario, una de las participantes mencionó respecto a su papel en el sostén del hogar:

> "(…) Diay porque yo soy ese apoyo ahí… Si no se cocina, bueno mamá me ayuda en la cocina, pero si no se lava la ropa, si no se limpia, si no está uno al tanto de los niños, de Ana, de mamá… yo soy de esas que pienso siempre que la persona que está a cargo de una casa, es la persona que siempre tiene que estar más bien, ¿para qué? Para estar dándole ánimo a los demás que están alrededor y las labores, si las hacen bien, hacerlas cada día mejor. Pero cuando uno empieza a decaer, es cuando uno dice: "pucha yo tengo que levantarme de aquí, yo no puedo decaer", aunque yo no voy a ser indispensable, tarde que temprano me tengo que ir, y ahí vendrán otras mejores, verdad, pero en el momento donde está uno haciendo el trabajo, uno sabe que tiene que dar lo mejor" (**Participante 4)**

Del relato anterior, se pueden identificar varios aspectos. El primero es el desplazamiento de su bienestar para atender y servir a las demás personas de su familia. Ese sacrificio personal de "no sentir" para brindar atenciones a las y los miembros del grupo familiar, es una imposición vinculada con los valores esenciales de las mujeres. Como lo exponen De Ieso y Krmpotic (2009):

> […] el papel que la sociedad asigna a las mujeres, como género, las condiciona a hacerse cargo del cuidado de los otros, aprender a empatizar, a razonar, y por lo tanto, a percibir e identificarse más con las necesidades de los otros que con las propias, así como, en general, a anteponer los intereses y deseos de los otros a los de ellas mismas […] (p.98)

La cita anterior refiere a la abnegación que el patriarcado ha estipulado como propia de las mujeres y que ellas han interiorizado y reproducido de generación en generación. Lo contradictorio de esa condición es que a pesar de que las mujeres (como la participante 4) se sienten responsables del sostén de la familia, sólo se limitan a reconocer la parte de cuidados y atenciones, y no como un trabajo que conlleva beneficios para la economía familiar y social. No reconocen el peso emocional y físico que trae consigo el trabajo doméstico y de cuido, pues se

les hace creer que es su destino natural y que representa una muestra de “amor” hacia quienes le rodean.

Aunado a lo anterior, se encuentra un segundo aspecto: la asignación y asimilación de las tareas del hogar de forma exclusiva por parte de las mujeres, de la que se ha hecho mención durante la mayor parte del presente documento. Y el tercero se evidencia en la escasa valoración de su trabajo en el hogar, al mencionar que no es indispensable, reforzando además su baja autoestima señalando que vendrán otras mujeres mejores.

La lectura de dicho relato se debe analizar a partir la carga sociocultural que ha implicado la división socio-sexual del trabajo en la vida de las mujeres, y como esta se perpetúa e interioriza por ellas mismas. Herrera (2000) señala a grandes rasgos lo que ello conlleva, mencionando que:

> […] al centrar la identidad femenina en una matriz relacional, donde se le exige a la mujer una actitud de servicio y atención en forma incondicional a las demandas y necesidades de los otros, se inhiben sus posibilidades de autoafirmación y autonomía. (p.571)

La colocación de las necesidades ajenas sobre las propias es una actitud característica de lo que la sociedad patriarcal ha impuesto a las mujeres cuando fue relegada al trabajo reproductivo y doméstico. Esas consecuencias que la autora señala en la cita anterior, son las implicaciones directas que tienen las mujeres sobre sus vidas, su forma de percibirse y percibir su realidad, donde la lógica perversa del patriarcado invisibiliza, oprime, y destruye a la población femenina dentro y fuera de sus propios cuerpos.

Hay una clara introyección machista en su subjetividad, en la que su única finalidad es servir a su familia y luego dejar de existir, sin derecho a sentirse, dañarse, preocuparse por sí misma, por lo que la carga sociocultural es más intensa y profunda de lo que su estado de bienestar refleja.

Además, el tema de cuidado de otras personas implica un deterioro aún mayor del estado de salud de quienes se encargan de estas labores, y como se puede comprobar, la participante se encarga de forma exclusiva de su madre, hermana e hijos, de los cuales uno de

ellos tiene problemas de comportamiento (según su relato), por lo que requiere mayor atención por parte de ella. En el ámbito del cuidado de personas dependientes, se reconoce a la familia como la principal proveedora de cuidados en salud, pero ello trae consecuencias para quienes se cargan con las responsabilidades que implica. Respecto a ello, Alonso et al (2009) mencionan que:

> […] La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador […] (p.3)

A partir de lo expuesto en la cita anterior, se puede establecer la relación entre lo que los autores denominan síndrome del cuidador o cuidadora, y lo que la participante menciona, inclusive en repetidas ocasiones, por lo que su exposición a un estrés tan elevado y constante se hace evidente en su estado de bienestar y en lo que manifiesta ante las preguntas realizadas durante el trabajo de campo.

Como se mencionó anteriormente, el trabajo doméstico no comprende días libres, y menos en el caso de las cuidadoras de familiares dependientes, pues su trabajo es cotidiano y por ende, agotador. Ante este escenario, cabe resaltar la importancia del autocuidado en temas como el tiempo para recreación o tiempo libre, que les permita a estas mujeres cambiar su rutina y el lugar en que se encuentran inmersas por tantas horas, con el propósito de no presentar síntomas que puedan incluso dañar su ambiente familiar y su propio bienestar en general.

Ante esta realidad, es claro que no se investigan las condiciones del trabajo doméstico no remunerado, así como las implicaciones en la vida de las mujeres porque se tendría que, primeramente, visibilizar el trasfondo que la división socio-sexual del trabajo ha implicado en su salud, lo que significa poner en evidencia que el orden social jerárquico establecido se mantiene vigente por la explotación y opresión de esta población al no reconocerse sus labores

como un trabajo. Y segundo, actuar políticamente de acuerdo con la realidad de esta población, brindando herramientas que les facilite disminuir la carga de trabajo y acceder a mejores condiciones de vida y atención de sus padecimientos sin necesidad de depender de otras personas.

Más allá de solo ratificar convenios e instrumentos internacionales, se deben implementar los cambios que son necesarios para que las mujeres no realicen dobles o triples jornadas debido a las escasas condiciones materiales con las que cuentan para solventar sus necesidades y las de las personas que conviven con ellas, pues esta realidad afecta de forma diferenciada a la población de sectores populares.

Es importante analizar, a la luz de los resultados en este subapartado, que si no se realiza este tipo de estudio, ¿quién se ocupa de visibilizar la realidad de las mujeres a partir de sus propios contextos? Ya se ha mostrado que las participantes tienen tareas distintas, con características familiares diferentes y condiciones materiales; no obstante, cada una de ellas ha mostrado, hasta ahora, que la carga sociocultural asignada a lo femenino les ha repercutido de una u otra forma, siendo el cansancio, la falta de recursos y/u oportunidades, y la sobrecarga de labores, las consecuencias más recurrentes.

5.2.2 Manifestaciones de violencia y relaciones de poder: una mirada desde la vivencia de las mujeres participantes

A pesar de que la teoría enfatiza las relaciones de poder y la violencia como condiciones principalmente familiares, el trabajo de campo realizado dejó entrever que en el caso de las participantes, estos escenarios se extienden hacia personas ajenas a su contexto, o con lazo consanguíneo distante, y no necesariamente con las y los que conviven con ellas.

Esto se debe a que las mujeres históricamente han sido concebidas como las incapaces, las sumisas, las dependientes, y todo ello contribuyó y contribuye a que sean violentadas en múltiples espacios de la vida diaria, pues estos discursos y prácticas se reproducen en instituciones, relaciones sociales, políticas, medios de comunicación, entre otros; por ende, su alcance ha llegado más allá del ámbito familiar, donde el Estado y la sociedad en general, no brindan suficientes espacios ni herramientas para que la población femenina se sienta respaldada, protegida y amparada en los casos en que se les violenta.

Por lo anterior, se debe comprender que la violencia hacia las mujeres está mediada por relaciones de poder dentro y fuera del hogar, donde otras personas se aprovechan de su situación de dependencia o necesidad para oprimirlas, agredirlas, o someterlas a actos o circunstancias que no son consentidos ni parcial ni totalmente.

Ana Lucía Villareal (2001) respalda lo anterior señalando que las "[…] "*relaciones de poder" implica de hecho que se da entre dos o más personas, quienes establecen dicha conexión porque necesitan satisfacer alguna necesidad. Esto implica a su vez que ambas personas aportan algo, unos poseen lo que las otras no tienen* […]" (p.6)

De acuerdo con lo expuesto por la autora, las relaciones de violencia están mediadas por la posesión- necesidad de quienes carecen y quienes poseen. Generalmente se trata del acceso a condiciones materiales, y por lo que se ha expuesto hasta acá, las mujeres tienen mayor desventaja que los hombres debido a la sociedad patriarcal y capitalista en la nos desenvolvemos diariamente, donde a la población femenina se le presentan mayores obstáculos para mejorar su calidad de vida, como consecuencia de la equívoca idea de que dependen de una figura masculina que le "brinde esa seguridad", así como la falta de oportunidades reales brindadas desde el Estado para atender sus necesidades y demandas.

Ante ello, las manifestaciones de violencia pueden variar según sea el caso de cada persona y el contexto en que se da dicha situación. Por ejemplo, algunas de las participantes externaron haber sufrido una situación en que sintieron miedo, inseguridad, dolor o humillación. Uno de los relatos fue el siguiente:

> "Pues, pues si… eh digámole, yai es que es como penoso, pero diay, digámole, a veces a uno no le alcanza entonces yo fui a una pulpería a decirle al señor que si me daba estee, crédito para comprar pan y leche y unas cosillas porque no me había alcanzado el dinero, y me dice: claro que sí, dice, pero usted puede estar mejor si usted me brinda, estee, se porta bien conmigo, ya, verdad… en otras palabras me echó el cuento, que yo podía tener todo lo que yo quisiera, que, me dice, si usted acepta salir conmigo y que cariñitos y bueno, ya usted sabe, verdad, dice, entonces yo la puedo mantener a usted con todo lo que usted quiera y su hija, y entonces yo le dije: señor se lo agradezco mucho, pero yo no soy esa clase de mujer, se lo

> agradezco mucho y que tenga buen día, y salí y me vine pero desecha de dolor, de impotencia, de cólera, de ganas como de todo, verdad, entonces, sí, yai a veces uno sufre, no en la familia gracias al Señor, pero personas externas a la familia sí a veces lo hacen a uno sentir… el hecho de que uno tenga un hijo no significa que, yai Dios sabrá por qué se lo da también, verdad, no es que, pero di de que esté criándola sola no significa que uno tiene que estar, qué se yo, yai, en otras palabras, acostándose con todas las personas, o vendiendo su cuerpo para poder mantener a mi familia, y yo, gracias al Señor me gano los cinquitos honradamente y no me presto para esas cosas" (**Participante 1)**

La experiencia que la participante compartió es una clara situación de violencia, la cual causó de forma inmediata daños a estado de bienestar y atentó contra su integridad. Su condición de madre soltera aunada a la insuficiencia de ingresos económicos parecieran ser los causantes de la vivencia, no por ser ella y su contexto, sino por ser mujer en una sociedad patriarcal.

La limitación para solventar sus necesidades y las de su hija fue utilizada por este hombre para violentarla y aprovecharse de la carencia que la mujer le expresó, ya que se considera que una mujer no puede asumir la responsabilidad de encabezar un hogar si no es junto a la figura masculina. Como menciona Isabel Arbiza (1978): "[…] *una mujer se ve enfrentada a la sociedad, en todas las facetas de su vida, por no llevar a su lado un hombre, protector de su honor y de su hijo* […]" (p.195).

La ausencia de una pareja masculina es vista como una carencia que se traduce en vulnerabilidad para ser atacada por otros hombres, pues las mujeres se deben realizar como madres-esposas, deben estar al servicio de otros, manteniendo su posición de subordinación. Como exponen Hidalgo y Rodríguez (2014):

> […] Las mujeres en la organización social somos en tanto poseamos un hombre, vivimos atemorizadas en una cultura que le da potestad a la población masculina de actuar sobre nuestros cuerpos, de tomarnos y poseernos sin nuestro consentimiento o voluntad. Resultamos ser un constructo social creado por los hombres, que vive reprimido y aprisionado por habitar en un contexto que no nos reconoce como sujetas de derechos […] (p.91)

Ese enfrentamiento con la sociedad también se refleja en las estrategias que las mujeres jefas de hogar emplean (sin contar con apoyo en muchos casos) para sobrellevar todas las labores requeridas dentro y fuera del hogar, para generar ingresos de una u otra forma (siendo más obligatorio cuando el progenitor no cumple con la parte económica que le corresponde), velar por el trabajo doméstico y cuidar a las personas menores de edad u otras.

Es la misma sociedad la que se encarga de realizar y reproducir juicios de valor en contra de las mujeres que no cumplen con las labores asignadas a su "naturaleza femenina", discriminándolas por no coincidir con lo que se les asignó, es decir, ser madre-esposa cuidadora al servicio de los demás. Ello es visible en el relato de la participante cuando cree que ser madre soltera es una razón para experimentar tratos violentos, por lo que ha interiorizado (consciente o inconscientemente) esos mandatos patriarcales opresores y minimizadores.

Asimismo, la mención por parte de la participante de la "venta del cuerpo" por parte de otras mujeres como una estrategia para solventar necesidades económicas (asociadas a la maternidad sin pareja), refleja la realidad de muchas en el contexto sociocultural y económico que caracteriza la época actual. Es decir, se reconocen las causas de la prostitución como una solución (temporal o no) al desempleo o a la carencia económica, pero es visto con recelo por lo que implica la sexualidad y su venta como un trabajo.

Ante el contexto explicado, y a partir de la experiencia compartida por la participante, se evidencia que este hombre la acosó sexualmente, y esa es una forma de violencia hacia las mujeres basada en la discriminación de género, donde la población femenina es cosificada y vista como objetos para producir placer, aunque no exista consentimiento ni disposición por parte de ellas.

El acoso sexual es contemplado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, s.f) como una manifestación de relaciones de poder, donde "[…] *las mujeres están más expuestas a ser víctimas del acoso sexual precisamente porque se encuentran en posiciones de menos poder, más vulnerables e inseguras, a veces tienen más baja autoestima y menor confianza en ellas mismas* […]" (p.3)

A partir de lo expuesto se identifican las condiciones materiales como mediación de dicha relación de poder, debido a la insuficiencia de ingresos por parte de la participante, quien es madre soltera y jefa de hogar. La búsqueda de opciones para compensar aquellas necesidades que no logran cubrirse en su totalidad, la han expuesto a una situación deplorable para sí misma, dañando su autoimagen y asociando el ofrecimiento sexual como una condición propia de las madres solteras.

Esa asociación realizada por la participante, ya ha sido abordada por distintos autores, como Juan Carlos Ramírez (2001), quien refiere al respecto:

> […] Las mujeres jefas de hogar tienen también que batallar contra el estigma de ser "madres solas". Los significados atribuidos a esta condición están enmarcados en el ámbito sexual. Estas mujeres tienen que sortear las presiones por parte de ciertos varones que las observan como una presa sexual más […] (p.576)

De lo aportado por el autor, se debe analizar la atribución de "madres solas" y la connotación sexista que se deriva, pues en el caso de los hombres a cargo de hijos o hijas, se les etiqueta de "hombres valientes y esforzados", siendo que a las mujeres se les tacha de "mujerzuelas, alborotadas, desvergonzadas, necesitadas de varones que las hagan sentir verdaderas mujeres", entre otras críticas.

Lo importante de esta diferenciación es, por un lado, la distinción honorable o no que se hace únicamente en razón del sexo de la cabeza de hogar, y por otro, los juicios de valor que se externan socialmente a la población femenina que no "calza" con el ideal impuesto, reforzando la subordinación y subvaloración de los esfuerzos que ellas realizan cotidianamente para lograr satisfacer las necesidades de su familia, con dobles o triples jornadas que son invisibilizadas.

Los hombres no son vistos como presas sexuales por ser padres solteros, como sucede con las mujeres, independientemente de que exista o no la concepción de hijos e hijas. Además, las jefas de hogar son vistas únicamente en razón de sus "aciertos o desaciertos" como madres, trabajadoras, esposas, hijas, y demás responsabilidades que recaen sobre sí mismas, por lo que

la forma en que las miran y señalan se ha interiorizado como obligaciones que se anteponen a su propia felicidad y sus deseos.

Por ello, la forma en que el patriarcado ha condicionado a las mujeres, sigue presentando secuelas en la vida de esta población, quienes a pesar de resistir a la cosificación de sus cuerpos, señalamientos, juicios de valor, entre otros; presentan daños emocionales y psicológicos que no son exteriorizados por vergüenza a ser juzgadas, aunque ellas no han provocado dicha circunstancia.

La invisibilización y negación de la violencia en la vida de las mujeres ha implicado que sean expuestas constantemente a situaciones degradantes y opresivas, lidiando por sí mismas con las consecuencias de ello al no encontrar opciones estatales que no las revictimice, ni las vean como víctimas débiles y para no ser señaladas por sus vivencias, ya que la culpa suele recaer en ellas (mencionando que pudieron provocar de alguna manera) y no en los agresores.

Es importante señalar al respecto que en el caso de la Participante 1, anteriormente existían relaciones de violencia por parte del progenitor de su hija, quien atentó contra ellas en repetidas ocasiones, dañando las pertenencias de su hogar y causando un daño psicológico profundo en la vida de ambas. Ella compartió:

> "(…) Yo me separé de él desde que ella entró al kínder (su hija), porque ya no podíamos más, de tanta violencia. Por el licor, llegaba y si no le abríamos la puerta la pateaba, bueno, ahora me regalaron esta puerta, entonces la cambiamos, pero ahí se le veían unos machetazos a la puerta de cuando no le queríamos abrir la puerta, me rompía la tapa del servicio, me rompía el basurero, me habían regalado una refri y me le había arrancado la puerta, cosas así, ve, entonces…" (llora)"

La experiencia anterior evidencia una de las manifestaciones de la violencia patrimonial, la cual es definida por la Ley contra la Violencia Doméstica N°7586 como: "[…] *Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes,*

valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna de las personas mencionadas[10] […]" (Procuraduría General de la República)

Este tipo de violencia es acompañado de otras manifestaciones de violencia (como la física y la psicológica), lo que perjudica en mayor medida la salud física, emocional y mental de la participante y su hija al sentirse amenazada constantemente y de forma prolongada mientras convivió con el agresor. Si no se realiza una intervención temprana en la atención de estas experiencias, tanto para que acaben como para atender a las víctimas, sus consecuencias se prolongan afectando las relaciones con otras personas, en el trabajo, estudio, así como manifestándose problemas para conciliar el sueño, tener desconfianza, aislarse, entre otros.

Ese tipo de consecuencias se manifiestan en la vida de la participante a pesar de ya no convivir con este hombre, pues esos daños materiales implican problemas en su estado de bienestar, debido al estrés, preocupación, angustia y otros sentimientos causados ante la dificultad económica para arreglar o reemplazar aquellos electrodomésticos u otros bienes destrozados por su expareja. Igualmente, el observar diariamente una parte de su casa dañada por la violencia del progenitor de su hija, traslada a la participante a esos momentos de angustia y sufrimiento vividos.

Por ello, la exposición repetitiva a situaciones como las descritas por la participante, generan un deterioro en su estado de bienestar, pues rompió en llanto contando ambas experiencias y se mostró angustiada ante la sensación que le ha causado la vivencia de estos momentos. Igualmente su hija ha sido atendida por la orientadora del colegio, porque se hacía cortes en las muñecas con objetos punzo-cortantes, según lo relatado por la participante.

Estas situaciones evidencian aún más que las consecuencias que produce la violencia no acaban cuando la relación de poder se acaba, pues en el caso expuesto, la participante continua lidiando con sus traumas y los de su hija, mostrándose desgastada y dañada por los años que vivió en circunstancias peligrosas.

---

[10] Ver la Ley en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=27926&nValor3=84069&param2=1&strTipM=TC&lResultado=2&strSim=simp

La lectura de estos contextos conducen a precisar que el ser mujer no debería de traer implícita la exposición a situaciones de violencia en sus distintas manifestaciones; sin embargo, es una realidad a la que muchas nos exponemos durante todo el ciclo vital, pues la sociedad no ha realizado un cambio real en la concepción de la población femenina ni se respetan sus derechos como seres humanas, ya que siguen visibilizándose como objetos.

El hecho de que no se divulguen los derechos de las mujeres y ellas mismas no conozcan formas de hacerlos valer, contribuye a que se oculten estas historias que tanto daño e inseguridad ocasionan en la vida de la población femenina y a que se suponga que no existe otra solución más que soportar esos constantes atropellos a su dignidad e integridad, y continuar como si no hubiese pasado nada, cuando en realidad pasa todo.

Así como la Participante 1 expuso sus vivencias, otra de las mujeres entrevistadas compartió su experiencia en situaciones que atentaron contra su bienestar físico y psicológico. Ambos casos muestran las consecuencias de las relaciones de poder en ámbitos distintos, pero con secuelas similares. La participante señaló:

> "Uy viera que humillación, una familiar mía, me humillaron tanto tanto, la hermana mía con los hijos, me humillaron muy feo, porque, vea, yo soy así, soy muy dadivosa, yo si voy donde alguna hermana, algo le llevo (…) y un día me dice: ¿usted tiene chayotes?, y yo le dije: no tengo pero a mí me regalan, dice: ay que rico chayotes, le digo: si quiere le traigo uno, unos dos o así y vine y tenía unos chayotes grandes, así, y le cociné uno y un camote que me los habían regalado, y llegué y se lo dí (…) quesque ella cuando se lo comió, cayó, que a según parece, el chayote llevaba algo, y cuando ya, a los tres días, llegó un muchacho en un carrazo, ellos pueden mucho, y me dice: ocupo que vaya a la casa, y le digo: ¿por qué Javier?, me dice: a hablar con mi mamá, algo tiene que hablar mi mamá con usted, y le digo yo: Javier, pero ¿qué será?, me dice: no no, vamos vamos (…) y digo yo: ¿será que me va a dar algo para los dientes?, decía yo (…)entonces me voy yo y me siento así, cuando veo que ella saca el celular y dice: "si", que ya estaba ahí y se paró al frente mío y empezó a gritar: que hp que yo no sé qué, que ella sabía que esos chayotes algo tenían, bueno, cosas que yo me escalofríe toda toda, yo sentía que ya caía y le digo: pero ¿qué le pasa a usted?, ¿cómo se le ocurre que yo voy a hacer una cosa de

> esas?, jamás ni nunca (…) entonces yo me fui para donde una señora que es muy católica, llegué y me paré y me dice: ¿qué le pasa?; y yo caí y me senté y bueno, y ya ahí si yo lloraba, lloraba (…) y entonces llegó Karen aquí (empieza a llorar mientras cuenta), y me dice: ¿mami que pasó? Y ya tuve que contarle y ahí empezó Karen a hacer loco y ya todo fue así (…) Y llegó un hijo de ella borrachitico y quería pegarme, y tuvimos que llamar a la patrulla para que se lo llevaran. Entonces fuimos y lo demandamos, pero dejamos todo así, en manos de Dios" (**Participante 2)**

La experiencia de la participante muestra la violencia ocasionada por su hermana y sobrinos, donde la primera recurre a insultos y los segundos en amenazas e intentos de violencia física. Según relató, su hermana padece de alergias y tuvo un episodio luego de que le llevara la comida, aunque que no pudieron comprobar que fuera por los alimentos que ella le llevó.

Una comprensión más a fondo de lo que la participante comentó, permite identificar nuevamente las condiciones materiales como mediadoras de la situación conflictiva, pues la mujer entrevistada estaba haciendo rifas para poder pagarse un trabajo dental importante. Ella creía que cuando la llamaron era para darle algo de dinero para que se ayudara con dicha necesidad, siendo otra la intensión. Igualmente señaló que pensaba que le iban a ofrecer trabajo de cuido de su hermana un par de días a la semana, pues necesitaba más fuentes de ingreso.

Ambas situaciones son importantes debido a las necesidades presentadas en la vida de las mujeres entrevistadas, las cuales las exponen a relaciones de poder con personas que poseen lo que ellas carecen. A pesar de ello, la búsqueda de opciones económicas por parte de la población femenina no debería conllevar a condiciones de violencia, pues se trata de estrategias que ellas realizan para satisfacer las necesidades básicas para no depender de otros u otras.

Al igual que la Participante 1, esta mujer se mostró afectada al compartir su experiencia y no pudo evitar llorar al sentirse acusada de causar daño a su propia hermana aunque, según su relato, ella no lo provocara. Asimismo, las acciones de amenazas de sus sobrinos le quitaban la paz al sentir que podrían llegar a su casa a agredirla en cualquier momento.

Aunque la participante menciona que interpusieron una denuncia, esta debió ser archivada cuando les señalaron que el proceso se realizaba por medio de un abogado y ella no tiene los medios económicos para costearse dicho gasto. Es decir, aunque exista una clara

intención de provocar agresión, la mujer entrevistada no tuvo respaldo legal debido a su condición económica, por lo que la aplicación de las leyes existentes remiten a una cuestión de clase social, donde las mujeres de sectores populares son excluidas de la población meta de las directrices que orientan la atención de este tipo de casos de violencia, a causa de su limitada capacidad adquisitiva.

Esto no debe obviarse, pues como señala Filadelfa Vidal (s.f) "[…] *la violencia constituye una ofensa intolerable a la dignidad y la seguridad de la mujer y una violación flagrante de sus derechos y libertades fundamentales* […]" (p.832). Además causa daños emocionales y psicológicos tales como vergüenza, culpa, impotencia, anulación, resentimiento, desconfianza, baja autoestima, entre otros.

Estas consecuencias son visibles en los dos casos expuestos, pues en ambas experiencias la concepción de sí mismas se ha dañado notoriamente, subvalorándose como personas trabajadoras, capaces e independientes. Esto se da por causa de la violencia y la naturalización de sus consecuencias en la vida de las mujeres, ya que lejos de atenderse de forma idónea, se culpa a ellas mismas de sus vivencias de agresión y se exime a los hombres de su responsabilidad ante el daño que ocasionan constantemente en la vida de esta población. Ante esto, se recalca que las leyes son discriminatorias y sexistas, y por ello, no han conllevado a un cambio real en la condición de subordinación que históricamente ha caracterizado a las mujeres.

A partir de lo expuesto líneas atrás, se deben analizar las relaciones de poder dentro y fuera del hogar, pues los resultados permiten evidenciar los múltiples escenarios en que se ejerce la violencia contra las mujeres, más allá de la agresión física. El acoso sexual, los insultos, las amenazas, entre otros, son aspectos que perjudican a la población femenina, sin embargo, no son vistos como manifestaciones de violencia, y por tanto, no se atienden las secuelas que estos actos provocan.

Igualmente, la satisfacción de necesidades vitales y la obtención de bienes de los que se carece, implica para muchas mujeres la exposición a relaciones de poder, principalmente si se trata de mujeres solteras y jefas de hogar. Ello se debe a las prácticas machistas con la que se ha mirado y se mira a la población femenina que rompe con el ideal de sumisión y

subordinación, como si realmente requirieran de la figura masculina para tener una mejor calidad de vida.

Como señala Federici (2004), a partir de la división sexual del trabajo, las relaciones entre hombres y mujeres se reconfiguraron, originando, entre otros aspectos, que se las concibiera de forma tal que "[…] *las mujeres eran inherentemente inferiores a los hombres - excesivamente emocionales y lujuriosas, incapaces de manejarse por sí mismas- y tenían que ser puestas bajo control masculino* […]" (p.154)

Por lo que expone la autora se comprende que la cosificación de las mujeres y la apropiación de sus cuerpos, trabajo, tiempo, dinero y demás aspectos, viene dada desde distintos momentos históricos, siendo que se ha intensificado e interiorizado por ellas mismas, a pesar de los avances que las luchas feministas han logrado en estos aspectos. Sin embargo, el mayor de los retos sigue siendo que los hombres y la sociedad en general rompan con ese imaginario y esas prácticas machistas que han violentado y continúan dañando a las mujeres en múltiples espacios de sus vidas.

En síntesis, el problema no ha sido ni es de las mujeres que tienen hijos o hijas estando solteras, o las que son jefas de hogar a cargo de otras personas. El causante de todas estas situaciones discriminantes es el patriarcado y la persistencia de su visión androcéntrica, que impide la concepción de las mujeres desde sus realidades y los cambios que se han gestado en la sociedad.

De la misma forma, la alianza entre el patriarcado y el capitalismo obstaculiza la mejora en la calidad de vida de las mujeres, principalmente de sectores populares, pues desde el acceso a un trabajo digno con las garantías sociales que la ley estipula, hasta las relaciones que se establecen diariamente en distintos espacios, implican tratos desiguales, discriminatorios y opresores hacia la población femenina, teniendo como base el género y todos los estereotipos machistas que implica, lo cual es funcional a dichos sistemas.

5.2.3 Acceso a centros médicos y atención sanitaria

Como parte de las condiciones socioculturales que inciden en el estado de bienestar de las mujeres, se contempló el acceso a los centros médicos y atención sanitaria dentro de los aspectos que se deben de analizar, ya que las múltiples jornadas laborales, las experiencias

violentas, las características propias del ciclo vital, entre otros factores, son atendidos y/o identificados desde este sector principalmente, por lo que las limitantes para asistir a éstos implica una lectura crítica que permita comprender su importancia en la vida de la población femenina.

Por ello, se debe entender, primeramente, que el acceso a servicios de salud se refiere:

> […] a la posibilidad de obtener, de una manera integral, los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, de conservación y mejoramiento de la salud; sin barreras, con oportunidad, equidad y calidad; garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna […] (Andrade, Federico et al, 2014: 254)

A partir de la cita anterior y comprendiendo que el acceso no se refiere únicamente a la capacidad de desplazarse a los centros médicos, se consideró relevante consultar a las mujeres si contaban o no con seguro social, y si éste era directo o alguien la aseguraba, pues es el indicador más importante relacionado con la atención médica. Las respuestas fueron las siguientes:

"Si, por el Estado" (**Participante 1)**

“Si, con el de Karen (hija), ella me tiene asegurada a mi” (**Participante 2)**

“Seguro del Estado” (**Participante 3)**

“Tenía, en este momento no, porque, como le digo, yo soy casada, no me he divorciado, verdad, y el muchacho que vive conmigo no ha podido asegurarme porque primero me tengo que divorciar” (**Participante 4)**

“No, estoy morosa en la caja. Yo me había asegurado en aquel entonces cuando estábamos con lo del IMAS y estaba al día, pero yai, ya dejamos lo del IMAS y ya no puede pagar uno el seguro” (**Participante 5)**

“No, el de Manuel (esposo)13, el de UPA nada más” (**Participante 6)**

Como se observa en los relatos anteriores, dos de las participantes están aseguradas por el Estado, y dos no poseen seguro en el momento en que se realizó la entrevista, y las restantes acceden a los centros médicos por medio del seguro familiar[11].

De esta información es importante analizar el papel que desempeña el acceso al seguro social por parte de las mujeres, pues en ninguno de los casos están aseguradas de forma directa, lo que implica que no cotizan para una futura pensión (a menos de que sea no contributiva) y ello las coloca en una posición de desventaja e inseguridad para su vejez.

Igualmente, debe realizarse una lectura crítica de lo que sucede con las participantes que no gozan de acceso al seguro social, pues aunque ambos casos tienen características distintas, se encuentran en la misma situación de desventaja ante una eventual emergencia, o inclusive al poder chequearse periódicamente su estado de salud, ya que no se detectarían malestares o padecimientos crónicos o mortales, como lo es el cáncer de mama y/o de ovario.

Así, se tiene que en el caso de la Participante 4, la dependencia hacia el vínculo conyugal que se reproduce indistintamente en múltiples instituciones públicas, le impide acceder al seguro social aunque cuente con el apoyo de su actual pareja para cubrirla. Ella tendría que realizar una serie de trámites e incurrir en gastos para que su anterior matrimonio no sea parte de las barreras que le mantienen en su situación actual. Este tipo de circunstancias no son comunes en la vida de los hombres, pues cuentan con mayores facilidades para mantener un ingreso suficiente y constante, (al no ser los responsables del cuido de personas dependientes), pudiendo muchas veces costearse el seguro, si es que no lo hace la empresa para la que laboran, con lo que también se garantizan la asignación de una pensión en un futuro.

Para las mujeres hay más complicaciones, ya que, como se ha podido ver en apartados anteriores, las participantes solo cuentan con trabajos no remunerados, ocasionales o precarios en los que el seguro social no se incluye. Y en el caso de la Participante 4, no recibe ningún ingreso económico propio, pues es trabajadora del hogar y cuidadora no remunerada, por lo que no puede costearse la protección social.

[11] Respecto a la participante que mencionó el seguro por medio de UPA Nacional, no se logró encontrar información respecto a este tipo de aseguramiento.

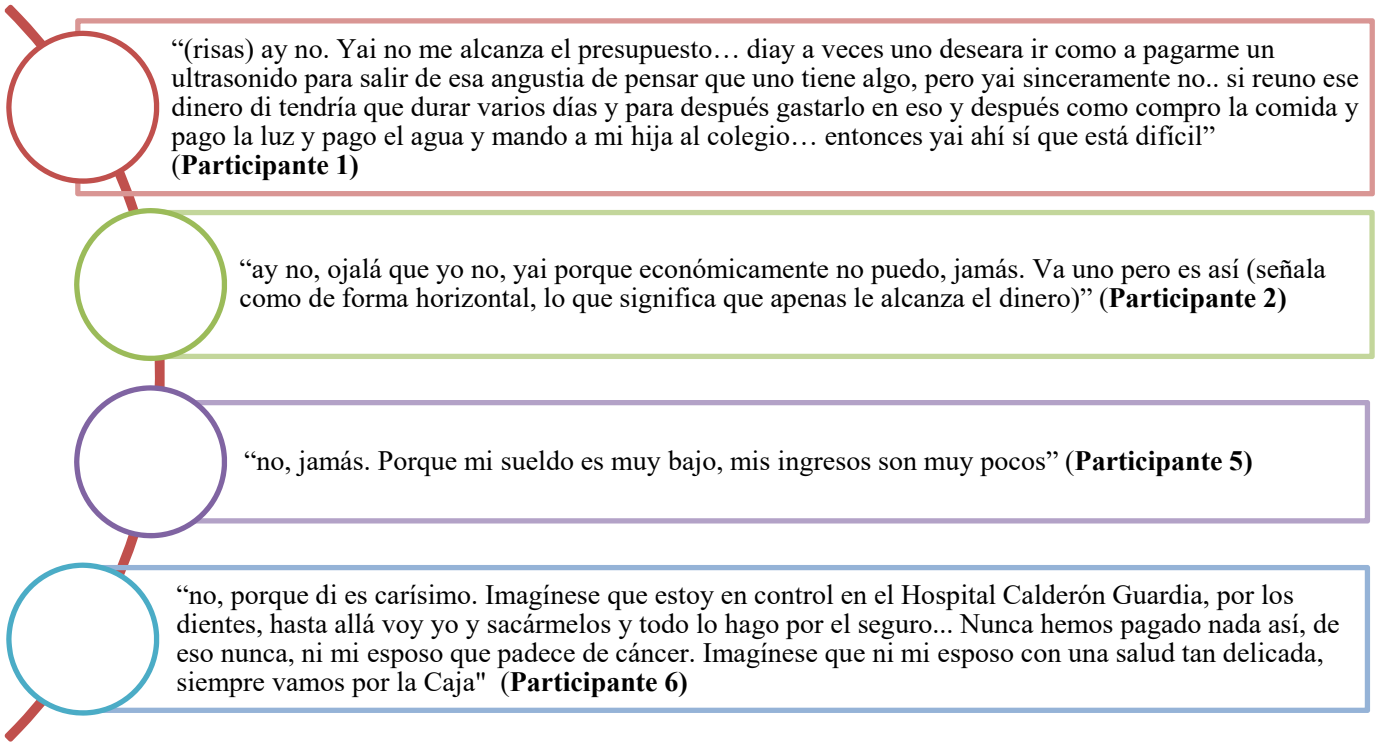
Aunado al caso anterior, para la Participante 6, quien está asegurada por su esposo, el acceso a centros médicos está ligado a su estado civil, pues como señala Juliana Martínez (2006): "[…] *las mujeres aseguradas por el lazo familiar generan derechos de acceso a la protección social siempre y cuando mantenga la relación conyugal y la condición de dependencia económica. El derecho se pierde cuando desaparece cualquiera de estas dos condiciones* […]" (p.5)

Con lo que señala la autora se comprende que en el caso de la Participante 4, el derecho ya se perdió cuando se separó de su cónyuge, aunque tenga una nueva pareja que la asegure, los lineamientos institucionales no se lo permiten. Y la Participante 6 es dependiente del aseguramiento de su esposo, ya que ella tampoco recibe dinero estable y suficiente que le facilite el pago de seguro social.

Este aseguramiento familiar es una expresión más de la división socio-sexual del trabajo, pues está establecida de forma tal que las mujeres que trabajan de forma no remunerada o precaria, acceden a la cobertura social por parte de sus parejas o familiares, es decir, si no son trabajadoras asalariadas con garantías sociales, o están en una relación de dependencia familiar (sea con su cónyuge o en el mejor de los casos, con sus hijos e hijas) no pueden asistir a centros médicos públicos y menos privados, por el costo que ello implica.

El aseguramiento familiar es parte de las estrategias del patriarcado (aprovechadas por el capitalismo) para mantener a las mujeres fuera del mercado laboral remunerado, pues así se retenía a las mujeres en el trabajo doméstico, necesario para reproducir la mano de obra, y se perpetuaba la subordinación de la población femenina al seguir siendo dependientes del hombre. (Hartmann, 1980)

Además de no contar con aseguramiento directo, las mujeres de sectores populares cuentan con mayores impedimentos para atender su salud en centros médicos privados (en el marco de la mercantilización de este derecho). Las participantes señalaron respecto a las posibilidades que poseen para costearse una consulta en centros médicos privados que para ellas es imposible, agregando:



La información presentada en los relatos anteriores evidencia la realidad de las participantes respecto a sus condiciones económicas para acceder a centros médicos privados, y la necesidad de contar con seguro social para no desatender del todo su estado de salud. En el peor de los escenarios, y para las que no están aseguradas, refirieron asistir a farmacias locales a comprar antigripales o pastillas analgésicas, pero es lo máximo en gastos que destinan al sector privado en medicina.

Lo anterior es visible en el relato de la Participante 1, respecto al deseo de poder contar con mayores recursos económicos para examinarse pronto por medio de un ultrasonido para descartar la presencia de algún padecimiento mortal, como lo es el cáncer de mama, ya que en los resultados de la mamografía le apareció una sombra en un pecho, por lo que a pesar de presentar una anomalía le indicaron que debe esperar dos años para que se le brinde el servicio, según lo relatado.

Lo anterior es preocupante debido a la edad en la que se diagnostican algunas enfermedades propias de las mujeres, como lo es el cáncer de mama, de cuello uterino y de ovario, pues según el Ministerio de Salud (2005), entre los 24 y los 65 años es que se da una mayor tasa de mortalidad asociada a este tipo de padecimientos.

No contar con mecanismos de protección que alcancen a la población femenina sin seguro social se traduce a una mayor mortalidad por enfermedades tratables; una mayor brecha entre poblaciones de zonas rurales y urbanas; y mirar la salud como un derecho humano que solo se alcanza dependiendo de la clase social a la que se pertenece, siendo la de sectores populares (especialmente la población femenina) la menos beneficiada.

La anterior situación es parte de las diferencias en la atención de la salud que poseen las personas de acuerdo con la clase social a la que pertenecen, siendo más perjudicial para las de sectores populares por sus limitaciones económicas al destinar sus escasos recursos a la cobertura de las necesidades más básicas como alimentación y vestido. El costo de medicamentos, así como consultas médicas y exámenes específicos es señalado por Federico et al (2014) como una "[…] *barrera recurrente que suele afectar en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico* […]" (p.245)

Como se menciona en la cita anterior, la insuficiencia de dinero representa una barrera para atender el estado de salud haciendo detecciones tempranas de afectaciones mortales como el cáncer. Para quienes poseen mayor capacidad adquisitiva, la espera no es obligatoria como si lo es para la participante, por lo que la inequidad en el sector salud está determinada, al menos en una parte, por la clase social.

Además, se puede evidenciar que destinar dinero para la atención de la salud no es posible para estas mujeres, debido a las necesidades que deben solventar con el escaso dinero que reciben de forma inestable. Ante este escenario, se encuentra la importancia de brindar herramientas para que esta población acceda al aseguramiento de forma independiente y acorde con sus realidades socioeconómicas, con el propósito de favorecer la emancipación respecto al hombre y aquellas estrategias patriarcales (como el seguro familiar) que le han mantenido oprimidas históricamente.

Ese tipo de soluciones beneficiarían a un porcentaje importante de mujeres en condiciones económicas precarias que requieren atender su estado de salud general. Tal es el caso de la Participante 5, quien no cuenta con seguro social por estar morosa con la CCSS. Ello permite comprender la situación como un escenario discriminante, pues la condición económica no debería ser un impedimento para asistir a los centros médicos. Como refiere Adam Wagstaff

(2002) respecto al pago de seguro médico: "[…] *las familias no deberían gastar en ella más de un porcentaje determinado de sus ingresos* (…) *los costos de la atención sanitaria no deberían llevar a las familias a la pobreza ni aumentarla* […]" (p.321)

Lo que expone la cita anterior es precisamente la razón por la que el acceso a la salud por parte de las mujeres jefas de hogar, con o sin pareja, implica una serie de barreras asociadas a los ingresos, el trabajo precario y la dependencia hacia la figura masculina. Todas estas son condiciones propias de la población femenina dadas desde la estructura del patriarcado y la unión con el sistema capitalista, la cual impide que se independicen de forma absoluta de los hombres, y aunque accedan a trabajos que les permitan satisfacer sus necesidades y gozar de mayor autonomía, éstos suelen ser flexibilizados o precarizados, con el propósito de seguir prolongando la subordinación femenina y explotación de su fuerza de trabajo.

Aunado a lo anterior, se debe analizar la realidad de las mujeres jefas de hogar con insuficientes ingresos económicos y las estrategias de sobrevivencia que utilizan para satisfacer todas las necesidades propias y de sus dependientes, donde el pago del seguro social implica el egreso de un porcentaje importante del total del dinero que recibe, el cual se caracteriza por ser irregular y/o poco constante.

Martínez (2006) señala al respecto que: "[…] *las prioridades que se asignan a los gastos familiares reflejan la obligación de satisfacer necesidades inmediatas, como es de esperar entre personas cuyos ingresos son escasos y, muchas veces, ocasionales* […]" (p.21)

Precisamente esa es la realidad de la mayoría de las participantes, pues costearse el seguro social de forma directa e independiente implica, en muchos casos, recortar el dinero de la luz, el agua y la alimentación, por lo que atender una necesidad resulta en la desatención de otras. En este escenario, las mujeres se encuentran en una situación opresiva frente a sus realidades e inclusive su futuro y la atención medica que requieran en el lapso entre la adultez sin protección social y la etapa de adultas mayores, donde son aseguradas por el Estado, como es el caso de la Participante 3.

Por el escenario expuesto hasta acá, se comprende que los lineamientos y las políticas institucionales en materia de salud pública, no alcanzan el principio de equidad en ningún aspecto, ya que las mujeres se encuentran en doble desventaja: por su condición sociocultural,

al concebirse como seres dependientes del hombre; y por la clase social, al ser explotadas por el sistema capitalista dentro y fuera de sus hogares, sin contar con remuneración suficiente para alcanzar la autonomía.

Dicha autonomía debe ser económica (al contar con sus propios ingresos), psicológica y sexual, al reconocerse como sujetas capaces de decidir por sí mismas sobre sus cuerpos, sin ser coaccionadas a una u otra acción, por personas externas (o no) a su entorno. No obstante, esta emancipación está determinada también por la legislación nacional y por los reglamentos que rigen el quehacer profesional de distintas instituciones, colocándose en lo social también. Como menciona Marcela Lagarde (2000): "[…] *la autonomía requiere un lecho social, un piso de condiciones sociales imprescindible para que pueda desenvolverse, desarrollarse y ser parte de las relaciones sociales* […]" (p.7)

De ahí que el acceso a la salud por parte de las mujeres y su autonomía se contraponen debido al patriarcado y sus relaciones de poder, decidiendo por ellas y determinando sus acciones y decisiones mediante relaciones opresivas, las cuales originan los múltiples espacios y tratos violentos al no reconocerlas como sujetas con derechos.

Ximena Aguilera et al (2013) añaden que:

> […] para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago […] (p.224)

Esa equidad que mencionan las autoras no se identifica como parte de la realidad de las mujeres de sectores populares a cargo de personas dependientes, jefas de hogar, quienes se las han ingeniado para hacerle frente a las necesidades que experimentan en la sociedad desigual que las excluye de sus derechos fundamentales, como lo es la salud.

A modo de conclusión de este subapartado, el acceso a los centros médicos por parte de las mujeres de Cirrí que formaron parte de la presente investigación, se encuentra más limitada por el aseguramiento directo y/o familiar, que por la ubicación geográfica, siendo que no todas cuentan con seguro social, y ninguna está cotizando para una futura pensión, pues sus

realidades socioeconómicas distan de satisfacer plenamente todas las necesidades propias y del grupo familiar, por lo que el pago de protección social no se considera parte de la priorización de gastos y no cuentan con un trabajo que genere las condiciones para tener acceso a la seguridad social.

5.2.4 ¿Qué lugar ocupa la salud en la vida de las mujeres participantes?

Este tema no se limita sólo a conocer qué hacen las mujeres para atender su estado de salud, pues también lo es el conocimiento respecto a sus cuerpos y procesos, de enfermedades en general y de las que son propias de esta población, importancia de tener control médico periódicamente, y el tipo y fuente de consejería que reciben de distintos temas que les atañe.

Igualmente, es importante analizar la prioridad que las mujeres le brindan a la atención de su propio estado de bienestar, pues la división socio-sexual del trabajo ha funcionado como barrera para que esta población no se preocupe de sus necesidades, y atienda únicamente las de otras personas a su alrededor, como parte del mandato de darse a las y los demás, invisibilizándose a sí mismas y negándose su espacio de cuidado, del que la sociedad también se ha despreocupado históricamente.

Respecto a ello, Grela y López (s.f) mencionan: "[…] *el DAR afecto, tiempo, comprensión y atención a la situación y necesidades de los otros, se sostiene sobre la POSTERGACIÓN a la atención de las propias necesidades y deseos* […]" (p.21)

Bajo estas condiciones, se conoce que las mismas mujeres han interiorizado la cultura patriarcal de sumisión y por ello les ha resultado todo un reto romper con el ideal impuesto, lidiando con los sentimientos de culpa generados al "desvincularse" de otros y otras para atender sus deseos y/o necesidades. Sin embargo, la lucha no se da solo contra sí mismas, ya que distintas instituciones se estructuran bajo los principios de subordinación, al negarle a la población femenina la diferenciación respecto a los hombres, y al mirarlas como inferiores, débiles y sumisas.

Esto se evidencia en el sector salud, no sólo desde la prestación de sus servicios sino también en la formación de sus profesionales y en las directrices institucionales que reproducen la opresión de género, los cuales han sido identificados a través de las luchas feministas que

buscan hacer visibles aquellas prácticas y espacios que violentan de forma específica a las mujeres, sus decisiones, sus cuerpos, sus vidas.

Es por este contexto patriarcal y su influencia, que resultó relevante consultar a las mujeres participantes por su estado de bienestar, y lo que conocen respecto a este (sin limitarse en uno u otro aspecto), pues son las que vivencian en carne propia las desigualdades de género siendo o no conscientes de ello.

Lo primero que se consideró importante conocer fueron las razones por las cuáles consultan normalmente. Respecto a este tema se conoció que la mayoría de las participantes busca atención médica cuando tienen algún malestar, prevaleciendo la presencia de dolores en distintas partes del cuerpo, principalmente extremidades y cabeza; y no necesariamente para valorar otros aspectos de su salud. Solo una de las entrevistadas señaló la depresión como causa de visita al médico del EBAIS, y otra de ellas mencionó las pruebas de sangre y citologías como parte de las consultas que realiza.

Lo anterior es parte de las implicaciones que tiene la realización de múltiples tareas diariamente sobre la salud de las mujeres, las cuales generan estrés, cansancio y dolores relacionados con la rutina de trabajo remunerado y no remunerado, pues el cuido, las labores domésticas y otras actividades llevadas a cabo por las participantes suponen esfuerzo físico y emocional que se manifiesta en sus cuerpos tarde o temprano.

Carme Valls (2009) expone que: "[…] *el dolor constituye la primera causa de consulta en atención primaria y afecta a casi la mitad de los pacientes que buscan atención médica* […]" (p.184). Agrega además que "[…] *la mayoría de las enfermedades que producen dolor son mucho más frecuentes en el sexo femenino y su incidencia se incrementa con la edad* […]" (p.188).[12]

[12] Los aportes de dicha autora son importantes por dos razones, principalmente: 1. Carme Valls es una doctora española que cuestionó la medicina androcéntrica, y ha dedicado los últimos años a la investigación y divulgación de la medicalización de los malestares femeninos, y su invisibilización, además de plantear la morbilidad femenina diferencial, y 2. Su teoría ha sido comprobada en distintas partes del mundo, no siendo la excepción el presente estudio, pues el análisis de las labores cotidianas que realizan las participantes, así como los factores socioculturales y materiales particulares de cada una de ellas, amplía la lectura de los resultados del patriarcado y el capitalismo que se materializan en sus cuerpos, como se evidencia con la presencia constante de dolor, la escasa prioridad que

Las labores de cuido de personas adultas mayores, menores de edad, o con alguna discapacidad, requieren de un esfuerzo físico importante, y dadas las condiciones geográficas de Cirrí, los problemas en las articulaciones cobran relevancia, pues la mayoría de las participantes se desplazan dentro de la localidad caminando. En el caso de asistir a citas médicas propias o ajenas, o de llevar y traer a las y los niños a la escuela, o de encargarse del aseo personal de personas con discapacidad, de realizar los quehaceres propios y ajenos en busca de ingresos económicos, entre otros aspectos; ponen en juego el estado de bienestar de las mujeres, sin embargo, ellas no parecen identificar las implicaciones de todas estas tareas en su propia salud a corto y largo plazo.

De Ieso y Krmpotic (2009) señalan respecto a lo anterior que: "[…] *Se advierte en muchas mujeres serias dificultades para reconocer los propios malestares, y en caso de reconocerlos para tratarlos* […]" (p.98). Ello se debe a que suelen anteponer sus necesidades para atender las de otras personas, sintiendo que no pueden enfermar para no descuidar sus múltiples labores, es decir, su estado de salud solo es importante cuando interfiere en el cuidado de quienes le rodean.

A pesar de que en muchos casos las afectaciones en el estado de salud de las mujeres están vinculadas con las labores que realizan diariamente, no se reconocen como causas de sus dolores o padecimientos. Respecto a este tema Valls (2009) señala algunas relaciones que ha podido establecer entre dolores y las labores realizadas por esta población:

> […] se ha podido objetivar la relación de las condiciones de trabajo y de vida con la presencia de dolor: contractura del músculo trapecio en relación con el estrés físico y mental; dolor lumbar en relación con trabajos con sobrecarga emocional, doble jornada […] (p.185)

La información anterior representa una explicación más acorde que incorpora la división socio-sexual del trabajo en la salud de las mujeres, mostrando un panorama más

---

brindan a otros padecimientos por los cuales deberían de consultar también, y los problemas para acceder al seguro médico.

completo respecto a cómo valorar los malestares de esta población y cómo brindar un tratamiento y recomendaciones a partir de la realidad de cada una.

Igualmente es importante no generalizar la información anterior, pues aunque las mujeres comparten la condición de género, no sucede lo mismo con la realidad socioeconómica que se deriva de la clase social a la que pertenecen, pues en la población de sectores populares con ingresos inconstantes y trabajos precarizados y mal remunerados, las consecuencias en su estado de bienestar son más agudos, al no poder desvincularse de muchas labores debido a la necesidad de dinero o la falta de este para contratar a alguien que asuma parte del trabajo doméstico, y hasta tener acceso a centros médicos sin desplazar otras necesidades vitales.

En este sentido, y para respaldar la información brindada por las participantes, se consideró importante conocer cada cuanto se realizan valoraciones médicas, obteniendo los siguientes datos: cuatro de ellas señalaron que se los realizan cada año o cada dos años; por ejemplo la Participante 4 mencionó: "*bueno, ahorita en estos días me hice la citología y me la hago cada año, o cada dos años. Esta me la hice aquí en el EBAIS. Y tengo tiempo de que no me hago chequeos de sangre, como más de un año"*.

Además, un segundo aspecto es que sus chequeos responden primordialmente a la citología y la mamografía. Tal es el caso de la Participante 1, quien compartió: "*bueno, la citología que se la hace uno cada dos años*". Igualmente la Participante 2 señaló: "*Bueno, de esa cosa, del papanicolau y todo eso, cada dos años, la mamografía también ya me la hice en Grecia*".

Respecto a lo expuesto, Lasheras et al (s.f) mencionan que "[…] *en ocasiones, son los aspectos relacionados con el sistema reproductor los que se consideran más relevantes al valorar la salud de las mujeres* […]" (p.22).

Ello concuerda con lo que se ha expuesto en otros apartados del presente trabajo investigativo, como lo es el referente contextual, donde se evidenció que las políticas y demás directrices estatales y/o institucionales relacionadas con la salud de las mujeres, se enfocan en la salud sexual y reproductiva, donde también se encuentran vacíos e intereses patriarcales de por medio, los cuales condicionan la atención que se brinda al respecto.

Esta concepción de la salud de las mujeres ha sido interiorizada por ellas mismas, pues centran su atención médica en aspectos inmediatos (como la medicalización de sus dolencias), o en la salud sexual y reproductiva, centrándose en los procedimientos mencionados. Ello deja entrever que el poder médico masculino es el que ha determinado cuáles son las prioridades en temas de salud de las mujeres, dejando de lado las múltiples afectaciones que presentan durante su ciclo de vida, relacionadas con su condición de género y/o con sus procesos biológicos propios.

Por otra parte, en relación con el tema de la importancia de realizarse chequeos médicos, las participantes comentaron:

"Yai para estar uno, yai chinearse la salud de uno, digamole, para estar uno siempre seguro de que está sano, de que no tiene ningún problema, para eso el chequeo" (**Participante 1)**

"Ah yai por tanta cosa que hay ahora, si la mamografía es buena, la citología también, no padezco ni de presión alta ni esas cosas, no" (**Participante 2)**

"Diay, para uno sentirse bien de salud" (**Participante 3)**

"De citologías o mamas? Es muy importante porque, qué sé yo, solo así se da cuenta si hay algún problema en la matriz o en las mamas, o en el estómago, o sea, son tantas cosas que a veces uno las pasa por alto, a veces lo más silencioso es lo más peligroso" (**Participante 4)**

"Diay por tanta enfermedad que hay ahora, comenzando por el cáncer de mama que eso está… el de mama y la matriz está fatal" (**Participante 5)**

"Yai porque no me gusta que me suban los triglicéridos entonces me hago exámenes cada 22 días o así" **(Participante 6)**

De la información anterior se tiene, en primer lugar, que tres de las participantes nuevamente asocian la valoración médica principalmente con el cáncer de mama y de matriz. Dos de ellas señalan que es importante para cuidarse a sí mismas y solo una mencionó los exámenes de sangre como prioridad para conocer su estado de salud más allá de lo visible.

El primero de los datos mostrados respalda la afirmación de las prioridades que las mujeres asignan a su estado de bienestar, las cuales son presentadas desde el androcentrismo médico como la salud sexual y reproductiva, pues son vistas únicamente como madres y esposas. Por ello, las participantes consideran estos aspectos como los de mayor relevancia, dejando de lado otros padecimientos físicos, mentales y emocionales que les aquejan diariamente.

Valls (2009) menciona una de las razones por las cuales las mujeres pueden enfocar su estado de bienestar a esos aspectos, al señalar que "[…] *existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y la manera de prevenirlas* […]" (p.156)

Aunque es cierto que no se cuenta con mayor información respecto a la morbilidad diferencial femenina, sí existen investigaciones que plantean la necesidad de atender a las mujeres de forma distinta que a los hombres. Igualmente, ya se cuenta con datos que señalan que los padecimientos propios de esta población se dejan de lado en la ciencia médica, sin tener justificación para hacerlo más que la discriminación basada en el género, como lo señala el Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres, emitido por el INAMU en el año 2015[13].

Igualmente, las participantes hacen referencia en el cáncer de mama y de matriz, como los principales tipos de cáncer que afecta a las mujeres, no siendo igual con el cáncer de ovario, que se ha convertido en una de las principales causas de muerte femenina, pues solo dos de las entrevistadas mencionó conocer este tipo de cáncer.

La escasa información brindada al respecto responde a la invisibilización de dicho padecimiento en la salud de las mujeres, pues le corresponde a la ciencia médica hacer pública la forma de detectarlo, prevenirlo y atenderlo, para que pueda ser asumido por los centros médicos y las mismas mujeres.

Lo mismo sucede con el conocimiento que poseen respecto a las formas de detectar y/o prevenir los tipos de cánceres que padecen las mujeres, pues aunque la mayoría afirmó conocer acerca del autoexamen de mamas, solo una de ellas señaló que lo practica constantemente. Las demás no mencionaron nada adicional a lo que habían respondido anteriormente, ya que solo se refieren a la citología y la mamografía como los medios para saber si existe alguna anomalía en sus estados de bienestar.

[13] Ver página 82 respecto a las observaciones realizadas en el documento mencionado.

Esos vacíos informativos que expresan las mujeres entrevistadas se traducen en detecciones tardías por parte del sector salud, pues en el caso del cáncer de mama, ninguna señaló cambios físicos como hundimiento del pezón, secreciones en las mamas, hinchazón u otro de los signos que suelen mostrarse físicamente, las cuales indican anomalías importantes que deben ser atendidas de forma inmediata. [14]

Igualmente, los síntomas del cáncer de ovario son aún más complejos de detectar, sin embargo se conoce que los signos pueden ser: sangrados vaginales que no se relacionan con la menstruación; dolor en la zona pélvica y/o en la espalda; necesidad de ir al baño constantemente; sensación de llenura, entre otros. [15]

De ahí la importancia de conocer al menos algunos de los síntomas que alerten sobre la posible aparición de estas enfermedades, ya que la citología y mamografía por sí solas no pueden asegurar que en el lapso en que se vuelvan a aplicar todo siga estando bien, y por ello, se deban auto examinar periódicamente.

Asimismo, en el caso de las mujeres de sectores populares, que reciben ingresos insuficientes para costearse el seguro social o que no es asegurada en su trabajo, la detección de estas y otras enfermedades no es accesible debido a que no pueden asistir a centros médicos para ser examinadas e informadas respecto a las condiciones en que se previene y atiende este tipo de padecimientos, lo que las coloca en una situación de mayor desventaja para atender su estado de bienestar, no contando con soluciones que respondan a sus realidades socioeconómicas.

En el tema de la visibilización de los malestares que aquejan a las mujeres y la centralidad en sólo algunos temas de salud sexual y reproductiva por parte del sector salud, Valls (2009) recuerda que "[…] *las amenazas que nos rodean no son sólo el cáncer, sino el dolor, el cansancio, la precariedad laboral, la incomprensión y la invisibilidad* […]" (p.316)

Estos aspectos mencionados son lo que se discuten y analizan a la luz de la realidad de las mujeres, específicamente de las participantes del presente estudio. La invisibilidad, la

[14] Ver: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm
[15] Ver: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/ovarian/pdf/ovarian_facts_sp.pdf

universalización, la discriminación, la negación, son solo algunos de los resultados obtenidos a partir del androcentrismo médico, pues como señala la autora anterior, no es solo el cáncer lo que amenaza la vida de esta población. No es únicamente necesario realizarse citologías y mamografías, también se ha mostrado que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en las mujeres, sin importar su condición socioeconómica, sobrepasando el cáncer de mama. (Lasheras et al, s.f)

No obstante, poco se discute y divulga acerca de los síntomas de ataques cardiacos en mujeres, por lo que es un tema desconocido inclusive para el personal médico. Esta y otras enfermedades son mortales por el desinterés de la ciencia médica de estudiar en profundidad cómo se expresan los malestares, a quiénes aquejan más, cómo reaccionan a los medicamentos y tratamientos en general, qué otras condiciones, además de las biológicas, repercuten en el proceso enfermedad-salud, por mencionar algunas.

Estas prácticas sesgadas y discriminatorias también se incluyen en la información que las y los profesionales del sector salud le brinda a las mujeres, pues cuando se les consultó a las participantes por los medios mediante los cuales son informadas respecto a los tipos de cáncer que afectan principalmente a la población femenina, todas respondieron que fue mediante charlas, ya sea en ferias de la salud que realizan en la comunidad, o porque el doctor de la localidad les ha brindado esos datos que manejan respecto al tema.

Si este es el único medio por el que ellas son informadas, ¿Qué sucede con la información incompleta y/o sesgada? Las participantes saben acerca de las pruebas por las que se les diagnostican algunos tipos de cáncer, pero no conocen los síntomas físicos, ni conocen de otros tipos, adicionales a los de mama y matriz. Por lo que se requiere de un mayor compromiso por parte del sector salud de la zona (ya sea la CCSS, el EBAIS o el Ministerio de Salud), para dar a conocer más a fondo los temas relacionados con estos padecimientos.

Asimismo, en lo que respecta a las consejerías que el personal médico de la zona brinda a las mujeres participantes respecto a los tipos de cáncer, la sexualidad, métodos anticonceptivos, características del ciclo menstrual, cambios en la transición hacia la menopausia, entre otros, la información obtenida evidenció vacíos que valen la pena mencionar.

De las respuestas se desprendió que solo dos de las participantes señalaron recibir este tipo de información por parte del personal médico del EBAIS, mientras que las otras mujeres entrevistadas indicaron que:

"vieras que no, de esas cosas no, los doctores nunca me han dicho, yo la menopausia como que no la conocí" (**Participante 2)**

“no, y la menopausia la pasé hace tiempo, y no me dijeron nada” (**Participante 3)**

“Por medio de doctores no, porque si no tengo seguro no me dicen nada de eso. Pero uno por lógico lo saca, como que dan calores y dan cambios de carácter, todo eso lo dicen, todo el mundo lo dice, que a mí me da esto y a mí lo otro. Y lo que es enfermedad, a mí como que no me gusta entrar mucho en detalle, a uno le da vergüenza, uno como que se crió a la antigua ” (**Participante 5)**

“no, nunca. Del cáncer sí dan a veces las chiquillas, vienen unas chiquillas a dar, pero eso de la menopausia no” (**Participante 6)**

La información contenida en la pregunta realizada, es parte de los contenidos que debe incluir la consejería en salud sexual y reproductiva de acuerdo con la Política Nacional de Salud (2015) y el Ministerio de Salud[16]. Esto es importante ya que como se ha evidenciado en capítulos anteriores y el presente, la salud de las mujeres suele reducirse al proceso de embarazo y parto.

Sin embargo, lo que la consejería en salud sexual y reproductiva implica es:

> […] un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera más consciente e informada posible (Chera y Meneghetti, 2014: 13)

Esta definición y lo que aportaron las participantes, permite afirmar que aunque la salud sexual y reproductiva es el centro de atención por parte del sector salud hacia las mujeres, ésta

[16] Ver http://www.inamu.go.cr/salud-reproductiva-y-sexual

dista de ser abordada de forma completa, pues la mayoría de las participantes conocen poco acerca de temas centrales de dichos ámbitos.

Además, el relato de la Participante 5 muestra dos aspectos más que son importantes en el abordaje de la salud de las mujeres. El primero consiste en los medios por los cuales son informadas acerca de temas relacionados con su estado de bienestar, pues el acceso a los centros de salud condiciona la recepción de información relacionada con distintos aspectos, padecimientos, y procesos propios de la población femenina. En el caso de la participante, ni puede atender su estado de salud, ni puede recibir esta información debido a su condición socioeconómica y el costo que implica costearse el seguro social.

El segundo aspecto es el ideológico, el cual está fuertemente influenciado por la cultura patriarcal, en la que las mujeres no tienen derecho a conocer ni practicar acciones relacionadas con su sexualidad y sus cuerpos en general. Grela y López (s.f) refieren al respecto que: "[…] *El saber acerca de la sexualidad pertenece al dominio masculino que es censurado en el saber femenino* […]" (p.39)

Hablar de menstruación, menopausia, sexo, métodos anticonceptivos y otros temas, son negados para la población femenina, así como son juzgados socialmente de forma excesiva, causando desposesión de sus cuerpos y procesos (al ser vistas como objetos de intervención) y obstaculizando el ejercicio pleno de sus derechos y libertades fundamentales como seres independientes y capaces de decidir por sí mismas lo que les conviene o no.

No es solo en la iniciativa sexual, es la resistencia de hablar y atender aspectos de la salud que tienen que ver con la sexualidad propiamente y procesos que son característicos (y a la vez distintos de los masculinos), sintiendo vergüenza y negándose a acceder a la información y técnicas existentes para comprender e intervenir distintos ámbitos de la vida de las mujeres.

Las mujeres entrevistadas señalaron no consultar por temas que tienen que ver con su sexualidad, la menstruación o la menopausia, porque "no les gusta hablar de eso". Prefieren ir solo cuando presentan dolencias físicas y no ahondar en aspectos adicionales a ello. Esto representa una barrera para acceder a centros médicos, ya que la desconfianza, el temor y la vergüenza son consecuencias de la socialización a la que son expuestas las mujeres durante su ciclo vital, como parte de la lógica del patriarcado que conlleva a la percepción de la población

femenina de ser únicamente encargadas del trabajo del hogar y reproductivo, reduciendo el último al parto.

Igualmente, en el caso de las participantes, practicarse exámenes como la citología representa vergüenza, miedo, desconfianza y dolor. La Participante 3 expresó respecto a los sentimientos generados por la prueba papanicolau: "*nerviosa, yai por muy feo que es esa carajada, uno se siente tan mal*". Aunque no quiso explicar por qué se siente así, se puede asociar a la pena de mostrar sus genitales, ya que en el momento de contestar cerró sus piernas como si se sintiera expuesta en ese momento.

Además, respecto al tema de la toma de la prueba citológica se encuentra el relato de la Participante 5, quien mencionó: "*Yo prefiero que me lo haga una mujer porque hay más confianza y es menos vergonzoso*", pues cuando es un hombre, los sentimientos mencionados son aún más persistentes. Según las mujeres entrevistadas, la experiencia implica, además, la angustia durante la espera de los resultados, como señaló la Participante 1: "*Confiando que todo salga bien*".

Muchas mujeres se resisten a las visitas al ginecólogo o ginecóloga por lo que implica mostrar los genitales. Pero no es solo que las valoren y listo, también los juicios de valor y/o los comentarios del personal médico influyen en la negativa de asistir de forma regular a controlar su estado de bienestar, y menos si es en lo sexual y reproductivo, pues tienen que escuchar las opiniones innecesarias y abusivas de quien se supone les brinda ayuda.

Es lo que Valls (2009) llama "microviolencias" en el sector salud, asociadas con ese tipo de tratos refiriéndose por ejemplo a la falta de respeto y la perversión durante la consulta médica ginecológica. En el texto de la autora se señala la aplicación de un estudio relacionado con el abuso en la asistencia sanitaria obteniendo que: "[…] *las mujeres que contestaron el cuestionario relataban las cotas más altas de sufrimiento en relación con la violación de los principios de respeto físico y sexual, así como el de la integridad* […]" (p.373)

De acuerdo con lo expuesto por la autora, se comprende que la discriminación y desigualdad que vive la población femenina socialmente por la cultura patriarcal es aprovechada por otros espacios (como el sector salud) para anularlas como sujetas con derechos. Ello se identifica a partir del análisis de la medicina androcéntrica y de las relaciones de poder que

priman en la intervención hacia los sectores que consideran inferiores, perjudicando más a las mujeres por su condición histórica de opresión y por la falta de autonomía y poder que se le ha negado y se le niega actualmente.

Zamberlin (2013) respalda la comprensión de los sentimientos generados por las mujeres durante la visita médica ginecológica señalando que:

> […] la visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico o el equipo de salud, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable. El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres. Ellas sienten vergüenza de exponer sus genitales y ser observadas y tocadas […] (p.37)

Esa socialización de la que habla la autora es precisamente una de las barreras socioculturales más significativas respecto a la percepción y acceso de las mujeres hacia los servicios de salud y el personal médico, pues los temas negados y ocultos siguen obstaculizando una atención que contemple información completa de procesos y situaciones propios de la población femenina, los cuales estén libres de juicios de valor y estereotipos basados en el machismo imperante de la sociedad.

Como se menciona, parte de las barreras socioculturales incluye la percepción de las mujeres hacia los servicios de salud y el personal médico. De ahí la importancia de identificar situaciones en las que se sintieran violentadas, inseguras, incómodas, angustiadas o cualquier otro sentimiento que no sea comodidad y seguridad.

Para ello, se les consultó si en algún momento se han sentido ofendidas o incómodas mientras fueron atendidas en centros médicos. Cinco de ellas negaron haber experimentado una situación de estas, y menos en el EBAIS, pues en todo momento recalcaron sentirse cómodas y en confianza con el doctor del lugar. Sin embargo, una de las participantes narró lo siguiente:

> "Yai una vez sí en Grecia (…) diay es la chiquita era un dolor muy fuerte como, como, que sé yo, como tipo un dolor de ovarios, pero yai en un mes la había llevado 4 veces porque se ponía mal en la noche y entonces la llevaba y me decían que era un cólico o que era colitis o gastritis y todas esas cosas y me la inyectaban, me le

ponían un suero y me la mandaban para la casa, y pasaba unos días bien y en la tarde llegaba del colegio muriéndose y ya no podía llevarla para el EBAIS porque ya no había consulta, me la volvía a llevar y un día llegué y me dice el médico, no a esa chiquita vamos a hacerle un ultrasonido a ver si es embarazo. ¡Ay que cólera que me dio!, pero bueno, yo iba muy preocupada de que yai, yo pensaba que era la apendis o alguna cosa, entonces dice: vamos a hacerle un ultrasonido, está segura de que, la chiquilla a penas le había venido la menstruación dos veces, pero di tampoco, ahora no se sabe nada, y ya le digo yo: "pero doctor ¿cómo se le ocurre?", y me dice "no señora aquí es primero lo primero" (…)Él le dijo: "usted ha tenido relaciones?, cuando fue su última menstruación?"; entonces yo siento que fue una insinuación, entonces le digo "pero doctor no está viendo que es una niña", y me dice: "pero señora si ya está menstruando"; entonces como que me dolió o me molestó, pero bueno, es parte de... yo me quedé viendo a mi chiquita así y ella con aquellas ojeras y aquel chorro de lágrimas y mocos, verdad, del... Entonces le digo, "no doctor, no hay ningún problema hágale el ultrasonido", pero no, de una vez dice, "di no, si ya está menstruando hay que descartar", así como diciendo, entonces yo me molesté pero yai, no quedaba de otra. A una mujer de dinero no le dicen eso, porque ahí sí hay demandas y qué sé yo, pero como uno con costos tiene, dicen: es una charralera, de piso de tierra, ahorita se le pasa el berrinche" (**Participante 1**)

Estas prácticas del médico son reprochables en todo sentido. Sus juicios de valor se anteponen al diagnóstico completo e idóneo que contemplen la salud de las mujeres más allá de ser objetos sexuados, como si no enfermaran de nada más o si la visita a centros de salud se relacionara únicamente con el tema de reproducción.

Sin embargo, como mencionan Chera y Meneghetti (2014) "*el acto médico, o la consulta, repite un mismo modelo que organiza y estructura la atención que cada profesional aprendió y fue construyendo a lo largo de su experiencia*" (p.10). Por lo que dado que la formación que reciben estos y estas profesionales está cargada de sesgos de género, su intervención no podrá responder a las necesidades de las personas que consultan, y menos en el caso de las mujeres, pues sus padecimientos no son escuchados y/o son igualados a los de la población masculina.

Asimismo, se externan prejuicios machistas frente a la niña, por lo que este médico contribuye a la interiorización de la sumisión e inferioridad femenina, además de hacerla sentir que sus padecimientos no son más que asociaciones con sexo y embarazos que no existen en ese momento. La atención recibida no contempló aspectos como la edad para adecuar su discurso, pues igualmente es probable que lo haga con las demás pacientes que se acerquen solicitando valoración. No hay diferenciación en el trato que estas personas brindan, ya que son machistas y discriminadores, aunque ello violente a quienes solo requieren de su saber profesional para mejorar su estado de salud.

Como menciona Valls (2009):

> […] el desdén y la arrogancia constituyen una falta de empatía por parte del personal sanitario, y se han descrito como una experiencia espantosa por parte de las pacientes. Esta actitud oscila entre la insensibilidad y la inflexibilidad, hasta la imposición de la fuerza y la manifestación de hostilidad […] (p.377)

Lo que la autora refiere en su texto es precisamente parte de las experiencias que las mujeres vivenciamos frente a la medicina androcéntrica y violenta, pues como señala la cita, son las pacientes femeninas las que se ven expuestas a recibir constantemente este tipo de tratos y discursos opresivos. Ese poder que se les ha otorgado a las y los profesionales para encasillar a las personas que atienden, es una de las razones por las que abusan de él para externar sus criterios injustificados, basados en su escasa comprensión de la categoría género y en sus propios criterios, emitiendo juicios inmediatos.

En el caso de la participante y su hija, aunque se tuviese que descartar el embarazo como causa del dolor incesante que presentaba la niña, no era esa la forma de hacerlo. Este médico no pensaría en este estado como una violación, pues ella es menor de 13 años y sería producto de una relación de poder frente al hombre que la embarazara. Probablemente culparía a la madre por el "descuido" y a la niña por "alborotada", negando la influencia del machismo en la cosificación del cuerpo femenino para brindarse placer. Y no recibiría ninguna sanción por el trato violento y discriminante.

Este es el escenario médico violento, característico del patriarcado, donde además el capitalismo se enlaza para hacer más deplorable la condición de la población femenina, ya que

como menciona la participante, ese tipo de tratos son menos comunes para las mujeres de clase burguesa. En primer lugar, ellas pueden acceder a consultas privadas donde dedican más tiempo a la identificación y tratamiento de sus enfermedades, pues actualmente la salud no es un derecho, sino una mercancía. En segundo lugar, si se le externaran comentarios sexistas, violentos, discriminantes y/o prejuiciosos, podrán realizar los trámites correspondientes a la denuncia ante los tribunales de justicia, sin escatimar en gastos.

Esta, sin embargo, no es la realidad de las mujeres de sectores populares que habitan en zonas rurales y dependen únicamente del acceso a los servicios médicos públicos, por lo que creen que su condición socioeconómica es motivo para aceptar y naturalizar estos tratos, con tal de poder ser valoradas y recibir el tratamiento requerido.

El patriarcado y la alianza con el capitalismo continúan ocultando y violentando a las mujeres, desde la lógica discriminante por su condición de género, y además, por su realidad socioeconómica, la cual influye en todos los ámbitos de sus vidas, recurriendo a la naturalización de estas desigualdades para mantener el orden jerárquico establecido históricamente. Ello es también asimilado por la población femenina, quienes no encuentran mayores opciones para sobreponerse a la perversión de dicho sistema.

Si se lograra posicionar la necesidad de valorar a las mujeres de acuerdo con sus particularidades biológicas así como las socioculturales y materiales, se respetara a la población sin que mediara la discriminación por su condición de género y por la clase social a la que pertenece, entonces la medicina no formaría parte de la violencia estructural que oprimen a la población femenina.

Sin embargo, esta lógica violenta aún se evidencia en los centros de salud, como se ha expuesto en los capítulos desarrollados en el presente documento. Aspectos como: utilizar lenguaje técnico, realización de pruebas sin consentimiento, u omisión de sus opiniones por parte de la enfermera o el doctor; son algunos de los escenarios que caracterizan la atención médica androcéntrica.

Por ello, dichos aspectos fueron consultados a las mujeres participantes con el fin de evidenciar si en los centros médicos de la zona se presentaban. Ante este tema, y de acuerdo con la percepción de las participantes, no existen problemas con el personal médico del EBAIS, pues

ellas confían en estas y estos profesionales. Consideran que sus opiniones son escuchadas, comprenden el lenguaje utilizado (o consultan varias veces por el significado cuando no lo entienden la primera vez) y no han vivenciado ningún episodio en el que se les realizara alguna prueba o procedimiento sin su consentimiento.

Dado que las mujeres participantes no expresaron haber sufrido actos violentos en sus cuerpos o en la interacción con el personal médico del EBAIS propiamente, es importante aclarar que la opresión hacia esta población no se limita únicamente a este espacio, pues es desde sus cotidianidades y las labores que realizan donde se comienza a gestar la concepción de sumisión, dependencia e inferioridad que determina la centralidad de los padecimientos estudiados y abordados desde la ciencia médica, los cuales sí repercuten en sus cuerpos, aunque ellas no lo identifiquen directamente.

Ante este contexto, la forma en la que ellas se conciben y cómo evalúan su estado de salud puede (o no) estar determinada por las valoraciones opresoras reproducidas en las relaciones que establecen a diario. Este tema es importante para identificar y analizar sus relatos respecto a su estado físico, psicológico, emocional y social, ya que la valoración que realizan de sí mismas también suele reflejar estos prejuicios machistas imperantes.

A partir de ello se analiza la valoración que hicieron de su estado de salud. Primeramente se obtuvo que solo una de las participantes señaló sentirse bien, sin titubeos. Otras dos de ellas mencionaron que a veces están bien y a veces mal, dependiendo de situaciones o momentos. Y las restantes mencionaron:

"de salud? Yai yo me sientooo... yo me siento bien gracias a Dios, hasta hoy verdad. Hasta hoy estoy bien de salud. Si bueno, en cuanto a esa salud mental, pucha se lo lleva a uno el carajo, verdad, a veces el estrés y las preocupaciones, bueno, de ver que falta esto, que falta el otro y que ya no hay tela de donde cortar, pero yai, lo demás estoy bien." (**Participante 1)**

"yai (pensativa)…. Si me siento estresada cuando a la hija mía no le alcanzaba la plata y yo decía "ay Dios mío que tristeza". Iba a Naranjo con un apunte y regresaba con la mitad y me venía con un dolor aquí (se señala la espalda) que me tenían que sobar la espalda, porque yai nunca nos había pasado eso que ya cuando hay que pagar pasajes, no alcanza" (**Participante 2)**

"más o menos, yai por no haber trabajo y por todas las cosas de la vida, y ahora no hay ni cogidas de café"
(**Participante 3)**

Respecto a las respuestas anteriores, es importante analizar que para estas tres mujeres su estado de bienestar depende primordialmente de su estabilidad económica y la seguridad que representan esos ingresos. Ello permite comprender y respaldar que la salud está determinada por condiciones que trascienden lo meramente biológico, pues el dinero, las creencias culturales, los sesgos de género, las desigualdades, y otros aspectos, entran en juego para dar como resultado la calidad de vida que caracteriza la realidad de muchas.

Además, de lo aportado por las participantes se encuentra nuevamente que la necesidad más apremiante para esta población está directamente relacionada con las condiciones materiales y la satisfacción de sus necesidades y las del su grupo familiar. Su bienestar está directamente relacionado con la estabilidad económica, según lo relatado.

En el caso de las mujeres de sectores populares, estos aspectos influyen aún más, pues "[…] *las mujeres vinculan los problemas de salud a sus funciones de trabajo, a su inseguridad económica y a la asunción de sus responsabilidades con respecto a sus hijas e hijos* […]" (Lasheras, s.f: 31)

Es decir, se ha podido establecer una relación entre las labores que realizan las mujeres aunadas a sus condiciones económicas y cómo se materializan en su estado de salud. Son las exigencias que la cultura patriarcal le impone a esta población las que le deterioran paulatinamente al no sentirse "realizadas" con las tareas cotidianas de las que se encargan,

empeorando ante la falta de remuneración que compense su inversión de tiempo y energía en las y los demás. Son ellas las que conocen (en muchos casos) las razones de sus padecimientos, sin embargo la ciencia médica no contempla estos hallazgos y continúa relacionando esos malestares con enfermedades mentales como la ansiedad.

No obstante, y de acuerdo con Montesó (2014) "[…] *Los trastornos de ansiedad crónicos y la depresión leve son los dos tipos de trastornos psiquiátricos que más se relacionan con la mujer y tienen una asociación con una vida más pobre y con factores socioeconómicos más desfavorecidos* […]" (p.106). Quiere decir que la asociación de los malestares con la salud mental tienen el mismo origen: las condiciones de vida y cómo repercuten de forma diferenciada en las mujeres y sus contextos socioeconómicos.

Si para las participantes, su estado de bienestar depende en gran medida de su seguridad económica, y por ende, de su trabajo, ¿cómo interviene el sector salud en los malestares físicos y psíquicos de esta población, cuando se conoce que no responden únicamente a indicadores biológicos, sino que son señales de alerta ante la desigualdad de género y clase?

Y si solo en el sector salud se puede evidenciar la materialización de las desigualdades de género y clase en la vida de las mujeres, ¿qué pasa con las que no pueden acceder a centros médicos debido a su condición económica?

La discriminación que experimentan las mujeres se ha perpetuado precisamente por la negación de su condición de oprimidas, la naturalización de sus labores de acuerdo con el género, así como por la invisibilización de los resultados de las investigaciones médicas-científicas que ya han evidenciado las consecuencias en su estado de salud por trabajo de cuido y doméstico.

La responsabilidad exclusiva de estos trabajos les impide a las mujeres (entre otros aspectos) el acceso al mercado laboral remunerado lo que a su vez se traduce en la falta de recursos y garantías sociales que faciliten el aseguramiento social directo, logrando así la atención de sus padecimientos y enfermedades sin depender de los vínculos conyugales-familiares que hasta la fecha les mantiene excluidas de algunos derechos humanos fundamentales como lo es la atención de la salud.

De ahí la importancia de la autonomía de las mujeres donde puedan satisfacer las necesidades de la vida diaria sin que ello represente estrés, ansiedad y aparición de problemas en la salud derivados de la inseguridad en la que se encuentran al depender de la figura masculina. Aunado a ello el contexto capitalista solo les ofrece opciones laborales precarizadas sin garantías sociales donde son explotadas dentro y fuera del hogar con bajas remuneraciones o sin ellas, esto con el fin de reproducir y perpetuar su condición de oprimidas.

Ante este escenario, es visible la repercusión que tienen las condiciones socioculturales y materiales en la vida de las mujeres las cuales, como un todo influyen en el estado de bienestar de esta población de forma diferenciada, siendo invisibilizadas por la ciencia médica androcéntrica, donde se medicalizan las inequidades sociales en las que se desenvuelven cotidianamente, es decir se brindan tratamientos asociados a la salud mental u otros síntomas aunque se trate de frustraciones e insatisfacciones derivadas de sus condiciones de vida.

Las barreras que impiden que las mujeres accedan y disfruten plenamente de los beneficios de contar con atención médica en todas las etapas de sus vidas están íntimamente vinculadas con las relaciones de dominación-subordinación dadas desde el patriarcado y aprovechadas por el capitalismo, pues la percepción de esta población desde la lógica de estos sistemas opresores niega las violencias que experimentan al desenvolverse en un contexto de y para los hombres y la acumulación de riquezas (donde el trabajo doméstico es subvalorado), lo cual las coloca en un escenario desfavorable.

Igualmente, las condiciones materiales determinan su autonomía económica donde el acceso a atención médica y pago de medicamentos o exámenes específicos queda a la deriva en caso de presentarse padecimientos mortales (o no) en sus estados de salud, como lo son los distintos tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las demás afectaciones que implican controles médicos periódicos y tratamientos constantes, debido a su escasa capacidad adquisitiva al dedicarse a trabajos precarizados y/o no remunerados.

Por lo anterior, se comprende que la construcción del bienestar de las mujeres está determinado por las condiciones socioculturales y materiales que definen la satisfacción de sus necesidades básicas, entre las que se debe incluir el seguro social, el cual es difícil de alcanzar cuando la realidad económica no lo permite, debido a la explotación de la fuerza de trabajo

dentro y fuera de sus hogares, dejando a esta población en situación de desigualdad y opresión, como históricamente se ha dado.

5.3 Caracterización de las mujeres desde la perspectiva médica

El desarrollo del presente tema comprende la salud de las mujeres desde la perspectiva del personal médico entrevistado, permitiendo analizar si se concibe o no a la población femenina desde el enfoque de morbilidad femenina diferencial[17] u otras formas de interpretar y abordar sus especificidades, más allá de la universalización y masculinización de la ciencia médica.

Asimismo, se incluye un análisis de las implicaciones en el estado de bienestar de las mujeres, relacionado con la ubicación en zonas rurales, sus labores cotidianas y las diferencias respecto a las habitantes de zonas urbanas.

5.3.1 La salud de las mujeres ¿por qué es distinta?

La pregunta que orientó el presente tema surge precisamente de la necesidad de evidenciar las diferencias existentes entre hombres y mujeres en lo que respecta a la salud. Debido a que la medicina es androcéntrica, las mujeres han sido masculinizadas en su intervención como resultado de la escasa investigación que realizan con población femenina y sus especificidades, como se ha evidenciado a lo largo del presente trabajo.

Por ello, y como señala Rohlfs (2010):

> […] la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. *Diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. *Desigual* porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas […] (p.22)

La cita anterior comprende la diferenciación necesaria que debería realizarse desde el sector salud con el propósito de brindar una atención acorde con la realidad de las mujeres,

[17] Ver definición en la justificación, página 12.

desde sus aspectos biológicos y hasta la valoración de los factores socioculturales y materiales que condicionan el estado de bienestar físico, mental, emocional, social, cultural y demás.

Ante esa falta de interés por parte de la ciencia médica de evidenciar estas diferencias entre mujeres y hombres, se incluyó en el presente trabajo investigativo la percepción y conocimientos del personal médico de Cirrí respecto al tema. Estas personas expusieron:

"Sí, bastantes. Principalmente lo que son las condiciones depresivas, verdad, un alto porcentaje son mujeres, son más bien muy escasos los casos de hombres con esas condiciones. Asimismo, los ataques de pánico, prácticamente son casi exclusivos de las mujeres en esta población, es lo que le puedo decir específicamente de la de Cirrí, sí le puedo decir con certeza que esas condiciones principalmente en la parte del humor tiende a ser mucho más alta en las mujeres" (**Doctor**)

"Diay sí. (risas), diay no sé. No todos padecen lo mismo, más que todo uno puede ver que en las mujeres hay mucho lo que es fibromialgia y esas cosas, verdad, que en hombres, por lo general y por lo menos en el EBAIS de Cirrí nunca lo vi, verdad." (**Enfermera**)

De las respuestas anteriores, se tiene, en primer lugar, que ambas refieren a temas distintos. Cabe preguntarse si ello se debe a la especialidad o a la percepción diferenciada que tienen hombres y mujeres respecto a la población con la que trabajan. En segundo lugar, el doctor hace referencia únicamente a condiciones psicológicas y emocionales, sin mencionar ningún aspecto biológico.

Respecto a ello, Valls (2009) señala

> […] la formación del médico o médica de atención primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas […] (p.157)

Como resultado de esa formación que menciona la autora, se comprende la limitada identificación de diferencias entre la salud de las mujeres y los hombres. La medicina forma profesionales androcéntricos y androcéntricas que medicalizan los procesos de la población

femenina sin contemplar las desigualdades de sus realidades cotidianas, en las que median factores sociales, culturales, económicos, políticos, religiosos, entre otros.

La escasa reflexión sobre su quehacer profesional desde la realidad patriarcal que aún caracteriza la época actual, les coloca en el mismo plano violento y opresivo que dicta este sistema, en el que las mujeres se encuentran en posición de desventaja al ser invisibilizadas e igualadas (en el mejor de los casos) con los hombres, ocultando sus especificidades y negándoles la atención que merecen.

Cuando la salud de las mujeres se comprende de la misma forma que los hombres, se omiten las diferencias existentes en las labores realizadas diariamente, el reconocimiento por éstas, la sobrecarga de trabajo que parece nunca acabar, y la escasa o inexistente remuneración que reciben a cambio de su desempeño en múltiples quehaceres.

Por ello, es importante evidenciar qué piensan el doctor y la enfermera del EBAIS respecto a las implicaciones en la salud de las mujeres que se relacionan con la realización de labores cotidianas. Las respuestas fueron:

"Depende, digamos, no podemos generalizar, tendríamos que puntualizar, digamos en algunas condiciones dependiendo de las dinámicas familiares. Por ejemplo, tenemos una población importante joven que labora en las zonas francas de Alajuela, que tienen hijos y que están a cargo de las abuelas, entonces ahí sí vemos un desgaste mayor en estas señoras que están a cargo de niños de 3-4 años, verdad, y entonces a veces tienen a cargo dos o tres niños, entonces sí vemos todavía más incidencia de problemas de dolor de espalda que vienen como con contracturas musculares, fatigas asociadas a todas las labores básicas de la casa, que no es fácil verdad, más ahora todo lo que le implica lo que demanda un chiquito pequeño, imagínese, todas las carreras y corra, y especialmente, di cuando tienen a uno o dos niños a cargo que están en edad escolar, verdad, porque dependiendo, digamos del horario, también es cansado, porque di, aquí las jornadas son alternas, entonces tienen que estar pendientes de lo de la casa más estar viniendo a dejarlos, a traerlos, entonces ahí sí tenemos más afectación en esas cuidadoras que tienen chiquitos a su cargo" (**Doctor**)

"Sí, digamos, cuando es el caso de cuidadoras, vemos que sí por lo general si hay cierto burnout, verdad, que es muy cansado; muchas cuentan con personas que les ayudan pero sí existe ese cansancio, más que todo en las cuidadoras pero en lo que es amas de casa o mujeres que trabajan, no es como que uno vea mucho así como que… Bueno igual, en las cuidadoras siempre va a haber ese desgaste, por si hay que alzarlos o lo que sea y en amas de casa, sí, más que todo lo que son muñecas o así, por lo repetitivo de lavar trastos o lavar, digamos en lo que es brazos y muñecas, digamos, miembros superiores" (**Enfermera**)

Según lo expuesto por el doctor y la enfermera, es claro que existe una afectación en el estado de bienestar de las mujeres, el cual está asociado a las implicaciones de la división socio-

sexual del trabajo en el que esta población es la principal en cargada de las labores del hogar, así como del cuidado de personas dependientes ya sea por el cuido directo de familiares, o como menciona la enfermera, porque otras les ayudan aunque se trata de mujeres igualmente explotadas.

La explicación brindada por ambas personas es pertinente de acuerdo con lo expuesto por distintas autoras y autores respecto a la salud de las mujeres y la influencia de los factores socioculturales, pues como señala Gloria Rabanaque (1999):

> […] a la mujer más madura, en etapa de climaterio, aquella que tiene entre 45 y 65 años es a la que la sociedad va a encargar además del trabajo doméstico el de "cuidar a la población dependiente": sus padres y familiares ancianos y a sus nietos pequeños (…) todo esto conlleva no sólo a una carga importante de trabajo para la mujer, sino una dedicación absoluta y abnegada […] (p.1)

De acuerdo con la cita anterior, la realidad socioeconómica de las participantes y las respuestas del personal médico entrevistado esa entrega de sus tiempos, y la postergación de sus actividades ante las exigencias de la sociedad deteriora considerablemente la salud de las mujeres debido a la falta de descanso, el escaso reconocimiento de sus labores como trabajo, la insuficiente o nula remuneración recibida por las tareas que realizan, entre otros aspectos.

La manifestación de sus dolencias se debe en gran parte a todos esos trabajos realizados diariamente, los cuales son establecidos desde la lógica de explotación del sistema en detrimento del bienestar socioeconómico y físico de la población femenina. Aunque se incorporen al trabajo asalariado, no se logra establecer una ruptura con dicha división, ya que la mayoría de hombres no asumen estas labores como parte de sus responsabilidades, forzando de una u otra manera a las mujeres a organizar sus escasos tiempos a la atención de las demandas ajenas, ignorando las propias.

Rodríguez- Trías (1992), citado por Denman et al (2006) menciona que:

> […] las condicionantes socioeconómicas y culturales que se manifiestan al interior de los hogares, las comunidades y las ciudades son, a veces, determinantes más

> significativos de la salud o de la enfermedad, de la vida o de la muerte, que el propio acceso a los servicios de salud […] (p.15)

Aunado a las implicaciones que tiene la realización de las labores por parte de las mujeres, fue importante conocer desde la perspectiva del doctor y la enfermera por qué consideran que prevalecen más consultas por parte de la población femenina que de hombres. Ambas personas explican que esta prevalencia de mujeres en los servicios de salud se debe básicamente a dos razones: "*la mujer tiende a ser como más cuidadosa, más a estar pendiente de toda la familia y estar más pendiente de los chequeos periódicos*" (Doctor). Además:

> "Puede ser por problemáticas en la familia, verdad, muchas tal vez puedan sufrir algún tipo de abuso, no solo físico, verdad, tal vez psicológico, que tal vez la familia no le presta la adecuada atención, entonces buscan como por donde llamar la atención, tal vez" (Enfermera)

Ambas respuestas evidencian mandatos de género, pues la asociación de las mujeres al cuidado de la familia es una idea impuesta por el patriarcado y aprovechada por el capitalismo, con el fin de reproducir la división socio-sexual del trabajo, en el que ellas se quedaran en el ámbito privado para realizar los quehaceres y cuidados necesarios (sin remuneración alguna ni reconocimiento), en los que el hombre no tiene mayor protagonismo, como llevar a las y los niños a consultas médicas; para que el hombre se desenvolviera en el ámbito público y con ello, mantener el orden jerárquico establecido.

En dicho escenario, las mujeres no poseen ningún espacio de cuidado propio, pues el trabajo doméstico las absorbe por completo, separando cada vez más su tiempo de recreación y descanso, del tiempo destinado a los cuidados de la familia. Lo anterior, aunado a la respuesta de la enfermera se comprende desde la lógica de la evidencia del estrés persistente en el cuerpo de la población femenina.

Igualmente, y de acuerdo con la respuesta de la enfermera, no se trata de llamar la atención por ser víctimas de violencia en cualquiera de sus distintas manifestaciones, ese es el resultado de la negación de las consecuencias de esta problemática, donde a las mujeres no se les permite hablar de lo que les daña o se les minimiza por ser "exageradas", asociándolo a condiciones psicológicas como el autoestima, lo que oculta el origen de su opresión y

desculpabiliza a los agresores, perpetuando el ciclo de violencia y extendiéndose a otras áreas de sus vidas sin que se realicen cambios enfocados en la raíz del problema, es decir, el machismo.

También responde a la discriminación, subordinación y humillación diaria en distintos ámbitos de sus vidas, materializados en sus cuerpos, los cuales no se explican biológicamente, debido a que trasciende esa patriarcal lectura, pues "[…] *Los estilos de pensamiento patriarcales refuerzan los argumentos masculinos basados en la lógica y la razón en contra de la experiencia femenina* […]" (Montesó, 2014:111)

Esos constantes malestares ocultos o negados no se disminuyen con la medicalización, sino con el análisis del contexto sociocultural y material que influye en sus estados de bienestar. Como mencionan Hernández et al (2005):

> […] algunos autores justifican la mayor presencia de la mujer en las consultas médicas en una peor percepción de éstas de su salud, con una mayor restricción de sus actividades, un mayor número de síntomas, más sensación de dolor y una mayor notificación de enfermedades crónicas que los varones (p.518)

Esa explicación brindada en la cita anterior es parte del análisis realizado, trascendiendo los números para pensarse en las razones que llevan a las mujeres a frecuentar la visita a centros médicos. Tal y como se mencionaba anteriormente, y como se respalda en el texto de Hernández et al (2005), la restricción de sus actividades es un motivo para visitar los servicios de salud, pues no se da solo por la manifestación de malestares sino porque suelen pensar en sus estados de bienestar en función de sus trabajos domésticos, ya que la enfermedad las limita para los quehaceres, y peor aún en el caso de quienes trabajan fuera de sus hogares en busca de ingresos económicos, quienes recibirán menos remuneración al ausentarse, lo que empeora su condición de enfermedad por las violencias del sistema actual.

Estos sistemas opresores repercuten en el estado de bienestar de las mujeres desde temprana edad para manifestarse por el resto de sus vidas, pues las labores realizadas y sus consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales, se evidencian en los motivos de consultas, en sus relatos y en lo que el personal médico registra.

Lo anterior se identifica en las afectaciones que el personal médico refiere como características de las mujeres de la zona, como lo son: osteoporosis, lesiones en articulaciones (rodillas, cadera, tobillos), fibromialgia, depresiones y algunos tipos de cáncer (mama y estómago principalmente).

Según la enfermera y el doctor, dichas enfermedades se asocian primordialmente a la geografía del lugar y las actividades de la zona, ya que se trata de un pueblo de personas caficultoras principalmente, por lo que cargar el café recolectado en una superficie tan irregular, durante tantos años, repercute en sus cuerpos, mostrando daños en las partes señaladas por la enfermera y el doctor. Además, en cuanto a los tipos de cáncer, mencionaron que éstos pueden deberse a efectos de los químicos utilizados para la agricultura y la exposición a ellos, ya sea mediante la aplicación o el consumo.

Es decir, son las condiciones de vida diferenciadas las que marcan la prevalencia de unas u otras enfermedades en la salud de las personas, así como entre hombres y mujeres, ya que el trabajo realizado diariamente, la remuneración recibida, la composición y organización del hogar, la vivencia de situaciones violentas, la satisfacción de necesidades propias y de sus dependientes, el acceso a centros médicos, entre otros aspectos, inciden en sus estados de bienestar.

En el caso de las mujeres habitantes de zonas rurales y de sectores populares, sus contextos son los principales determinantes de sus estados de salud, pues sus condiciones socioculturales y materiales inciden en todos los aspectos de sus vidas, favoreciendo o limitando sus opciones para mejorar sus realidades.

A partir de lo expuesto en párrafos anteriores, se encuentra que para comprender y atender la incidencia de condiciones socioculturales y materiales en el estado de bienestar de las mujeres, se debe partir en primera instancia del conocimiento de la categoría analítica género y lo que ha implicado en todos los ámbitos de la vida en sociedad en detrimento de la población femenina, ya que la lógica de opresión-discriminación les atañe diariamente en múltiples espacios.

Para Alda Facio (1999) es necesario distinguir entre sexo y género, ya que éstos suelen utilizarse indiscriminadamente como sinónimos, ocultando la carga sociocultural del segundo y la división socio-sexual del trabajo basada en el primero. Para esta autora:

> […] Debemos tener claro que el sexo es lo que entendemos como más o menos determinado biológicamente mientras que el género es construido social, cultural e históricamente (…) El género, en definitiva, no es un término que viene a sustituir el sexo, es un término para darle nombre a aquello que es construido socialmente sobre algo que se percibe como dado por la naturaleza […] (p.19)

De acuerdo con lo anterior, la lectura de la realidad desigual que experimentan las mujeres no se puede explicar únicamente en razón de sus genitales, sino en la subvaloración que se le ha atribuido históricamente por la opresión y discriminación que el patriarcado ha ejercido sobre la población femenina contando con la cooperación del capitalismo para perpetuar su subordinación y explotación. Esta realidad impregna todas las instituciones sociales, de las cuales el sector salud no escapa.

Ante ello, resultó importante conocer si realmente se está incluyendo el análisis desde la categoría género en los centros médicos, (tal y como lo plantea la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género de la CCSS), evidenciándose en la prestación de los servicios a la población atendida.

En el caso que interesa a la presente investigación, tanto el doctor como la enfermera no lograron expresar claramente si comprendían la diferencia entre sexo y género, pues para él se trata de una cuestión meramente cromosómica y biológica, en tanto que el género dependerá de la teoría. No obstante, por la explicación brindada pareciera que se refiere a hombre y mujer únicamente, sin agregar ningún aspecto sociocultural ni la forma en la que influye y determina la cotidianidad de las personas.

En este sentido, la enfermera expresó: "*si, bueno en término es, di, no sé, masculino o femenino y en sexo (risas) no exactamente el sexo como todo el mundo piensa, sino que es, di no sé (risas), como más asociado a los genitales*".

En ambos casos no se amplió la explicación que se tiene de lo que se concibe como femenino o masculino, por lo que se deduce que carecen de conocimiento suficiente para analizar las implicaciones del género en las relaciones sociales, y menos en las consecuencias que ha traído consigo para las mujeres, su posición de subordinación y trato desigual en la sociedad patriarcal y la medicina androcéntrica.

Sin embargo, aunque teóricamente se adolece de una comprensión y explicación más acorde con lo que la teoría expone acerca del género en las relaciones sociales, tanto el doctor como la enfermera comprenden cómo las labores diarias asociadas a la división socio-sexual del trabajo se materializan en los cuerpos de las mujeres de la zona de Cirrí, presentando malestares corporales que responden al cuido y a la repetitiva jornada de trabajo doméstico remunerado y no remunerado.

Además, el doctor y la enfermera reconocen que existen diferencias en la condición de salud de las mujeres de zonas rurales y las de zonas urbanas. Sus comentarios fueron:

> "no, definitivamente no. Hay muchos factores, por ejemplo, a nivel de problemas hormonales, por ponerte un ejemplo, usualmente tenemos menos problemas físicos graves en las mujeres de regiones rurales, que las regiones urbanas, asociadoss a alimentación, por ejemplo, problemas de colesterol-triglicéridos, las famosas lidipidemias, vemos una gran diferencia entre las mujeres de zonas rurales y las zonas urbanas (...) pero ¿cuál es la principal condición?, de aquí, de ese puente hacia acá, todavía hay agricultura rural, todavía hay consumo de alimentos con cultivos pequeños en casa y aquí hay mucha gente dedicada a la agricultura, de ahí para allá, todo lo compran en el supermercado, entonces ese factor tan sencillo incide directamente" (**Doctor**)

> "diay no. Diay porque todo va a depender del entorno, digamos, no es lo mismo una mujer que vive en una zona en el campo que una que vive en la ciudad, verdad, que tal vez tenga más facilidad la de la ciudad en todo. Igual, por lo general son casi siempre más sanas las mujeres del campo o las personas que viven en el campo que las que viven en la ciudad. Por lo general, digamos, como hablamos, en el campo y así, a pesar de que igual la mujer consulta mucho, casi siempre, digamos hablando de adulta mayor o así, van cuando son padecimientos crónicos; en cambio, por ejemplo, aquí en el servicio de urgencias vemos que muchas de las pacientes que consultan son más por padecimientos, que diría yo, psicológicos" (**Enfermera**)

De acuerdo con la información anterior, es importante analizar los datos referidos a la nutrición según la ubicación geográfica en la que se reside. Los distintos estudios revisados respecto a esta temática apuntan a la insuficiente alimentación como característica de las zonas rurales. Por ejemplo, el Ministerio de Salud (2014) menciona que existe una prevalencia de anemia en mujeres adultas en dichas zonas, relacionada directamente con la nutrición.

Asimismo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) señala que la mala nutrición es un factor de riesgo para la aparición de padecimientos cardiovasculares y osteoporosis.

No obstante, esta información no fue suministrada por el doctor y la enfermera del EBAIS. Únicamente hicieron referencia a los cambios en los hábitos alimenticios entre mujeres de áreas rurales y las de áreas urbanas, mostrándose como positivo el consumo en la parte rural, lo que se puede vincular al hecho mencionado por la enfermera al referirse a que ellas son más sanas.

Esa información debe analizarse con base a los estudios realizados recientemente, pues parece que aún persiste una idealización de lo considerado rural, sin embargo "[…] *la agricultura no es ya la única actividad de esas zonas* […]" (Frutos, 2002: 7). Por el contrario, lo rural y lo urbano cada vez más se aproximan entre sí, encontrándose diferencias principalmente en lo que se refiere al medio físico (con mayor predominio de lo natural), la tamaño de las comunidades (más pequeñas en la primera) y con menor movilidad espacial.

Lo anterior evidencia, además, la falta de investigaciones que respondan más a la realidad de las mujeres de áreas rurales, sin hacer ver que en dichas zonas prevalecen padecimientos asociados a la escasez, pues aunque a estas localidades no lleguen mayores oportunidades laborales ni acciones estatales para mejorar sus condiciones de vida, estas personas poseen sus propias estrategias para enfrentar la desatención a la que son expuestas, como lo es la agricultura de subsistencia, la cual apenas cubre los niveles mínimos de nutrición.

La invisibilización de dichas estrategias también oculta sus realidades y las razones por las que su contexto incide en sus estados de bienestar, pues son ellas las que deben organizarse y buscar opciones que les permita subsistir ante las desigualdades de los sistemas patriarcal y capitalista que focaliza sus políticas y lineamientos, excluyéndolas como población objetivo.

El análisis de esta y otras condiciones de las mujeres de la localidad por parte del doctor y la enfermera es importante de exponer ya que se evidencian las particularidades de esta población, así como la influencia del androcentrismo y el patriarcado en la intervención que ellas reciben cuando valoran su estado de salud.

Un tema más en el que se puede visibilizar lo anterior es el abordaje de la salud sexual y reproductiva hacia las mujeres y cuáles aspectos se incluyen en dicha valoración. La Plataforma de Acción de Beijing (1995) menciona que incluye:

> […] reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (…) se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable […] (p.37)

Además de los contenidos señalados en la cita anterior, se agregan los siguientes temas relacionados principalmente a la salud sexual: anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual y ejercicio de una sexualidad libre y plena. (Chera y Meneghetti, 2014).

A partir de dichos ejes temáticos, se facilita la comparación entre lo que incluye la atención médica de la salud sexual y reproductiva y lo que incluye dicha valoración en el EBAIS de Cirrí, de acuerdo con lo que respondieron el doctor y la enfermera del EBAIS, donde se expuso que:

"Desde el punto de vista biológico implica todo lo que es revisión de todos los patrones hormonales, el examen de mamas, verdad, la toma de citologías y los estudios de trastornos menstruales. También ahí va todo lo que es educación y prevención, lo que es educación sexual y prevención de transmisión de enfermedades de transmisión sexual y todo lo que es planificación también. Desde el punto de vista tal vez ya de orientación y de educación en lo que es programas de tamizaje adolescente, verdad, si tenemos guías orientadas precisamente a la parte educativa de los adolescentes y de las mujeres adolescentes" (**Doctor**)

"Por ejemplo, hay un tamizaje de cáncer, por ejemplo, entonces cuando se hacen esos tamizajes o cuando se hace igual o se les da la cita para la citología, se les explica, digamos la importancia del uso del preservativo, porque no es solo el uso de pastillas o así porque se les explica que eso previene un embarazo, pero igual hay que prevenir enfermedades. Y también se les explica la importancia de que sea solo una pareja, que no tengan varias parejas y las consecuencias que puede traer tener varias parejas al mismo tiempo, o no necesariamente al mismo tiempo, sino durante su vida" (**Enfermera**)

Conforme a lo expuesto en la información de las citas bibliográficas anteriores, así como las respuestas de la y el profesional entrevistado, se encuentra que, desde el discurso pareciera que sus valoraciones son al menos próximas a lo que exponen diversos textos respecto a la salud sexual y reproductiva; por ejemplo con las citologías, exámenes de mama, y los trastornos menstruales, los cuales han sido poco estudiados y abordados históricamente. Asimismo, la consejería en lo que respecta a métodos anticonceptivos e información sobre enfermedades de transmisión sexual y la vivencia de una sexualidad informada, con decisiones propias, en función del fortalecimiento de la autonomía.

No obstante, si se compara dicha información con lo que las participantes expusieron, se manifiesta una incongruencia, pues la mayoría de las mujeres entrevistadas señaló no recibir información de sus trastornos menstruales ni anticonceptivos o cualquier otro tema referido a ello. Únicamente expresaron coincidencias en la toma de citologías y exámenes de mama.

Lo anterior se debe, al menos en parte, al escaso esfuerzo que se realiza para romper con los prejuicios y estereotipos de género que impregnan las instituciones que brindan sus servicios a la población, principalmente en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pues como señalan Chera y Meneghetti (2014): "[…] *El abordaje de estas temáticas hace necesario que los integrantes del equipo de salud desarrollen competencias profesionales*

acordes para la tarea de acompañar, brindar información oportuna y adecuada, y trabajar en la concientización y la construcción de autonomía […]" (p.13)

Lo que se expone en la cita anterior se logra mediante el conocimiento de las diferentes condiciones socioculturales y materiales que determinan el estado de salud de las mujeres, ya sea por un cambio en la formación académica y profesional, como por procesos sensibilizadores personales.

A pesar de que en muchos casos el análisis realizado por el doctor y la enfermera no evidencian cambios visibles entre el abordaje de la medicina androcéntrica, en otros su reflexión profesional ha tenido una incidencia importante en la lectura crítica de la situación de la población femenina, a pesar de estar inmerso e inmersa en instituciones patriarcales que poco se interesan en cambiar la lógica de dominación-opresión.

Una de esas lecturas se evidencia en la identificación de factores que inciden en la salud de las mujeres que no responden únicamente a lo biológico. Estas personas respondieron: "*La estabilidad laboral principalmente, la estabilidad económica*" (Doctor). "*diay si, tal vez como a lo social (…) Eso de la violencia es un factor para que consulten*" (Enfermera).

De acuerdo con las respuestas de ambas personas, se identifica un avance en lo que refiere a la lectura de la realidad de las mujeres en el marco de la sociedad en la que vivimos. A pesar de no tratarse de un análisis completo de la situación de la población femenina en la que se incorporan otros factores socioculturales, se está haciendo mención a dos condiciones que efectivamente inciden en sus estados de bienestar.

Y es que la salud no puede ser vista como la ausencia de enfermedades, o como el resultado de factores ambientales y/o biológicos que determinan la aparición, atención y tratamiento de padecimientos, pues en el caso de las mujeres corresponde a un proceso más complejo que ha sido oculto y negado históricamente.

Como señala el documento emitido por el Ministerio de Salud (2005):

> […] la salud de las personas y de las mujeres en particular, no es un simple producto biológico sino resulta de las condiciones de vida, de la calidad de los recursos

> disponibles, de la respuesta social a las necesidades y problemas de salud, del medio ambiente y del propio desarrollo personal […] (p.9)

Como se ha expuesto en los subapartados anteriores, el acceso a trabajos remunerados constantes o ingresos suficientes por parte de las mujeres, determina la satisfacción de sus necesidades, entre las que se incluye el seguro social. Las limitaciones en los distintos ámbitos de la vida, las coloca en una posición mayor de desprotección y desventaja, así como dependencia hacia la figura masculina (como sucede con la cobertura médica familiar).

Así que la relación establecida por el doctor y la enfermera respecto a los factores adicionales a lo biológico que inciden en la salud de las mujeres, responde a la lectura más amplia de la realidad de las mujeres, trascendiendo las prácticas minimizadoras características del androcentrismo médico, al menos en lo que respecta a las respuestas brindadas.

Por otra parte, y respecto a la reflexión del quehacer profesional médico, fue precisamente ese análisis lo que condujo a Carme Valls a plantear la morbilidad femenina diferencial, la cual plantea la necesidad de atender a las mujeres de acuerdo con sus particularidades, por lo que conocer este tipo de enfoque mejora significativamente la atención de las afectaciones presentadas por la población femenina y las causas de estas.

Por lo anterior, y de acuerdo con las entrevistas aplicadas a la enfermera y el doctor del EBAIS de Cirrí, existe un desconocimiento total de lo que es el enfoque de morbilidad femenina diferencial. Ambas personas señalaron no tener ni idea de lo que es ni en qué podría consistir. Además, el doctor agregó: "*Tenemos esquemas de atención biologistas y punto; protocolos de cáncer de mama, protocolos de citologías, protocolos de estudio de mamografías, verdad, protocolos ginecológicos, de trastornos hormonales, pero con un enfoque meramente biologista, no tan integral*".

Lo aportado por ambas personas confirma que aún prima la atención biologista en la intervención de la salud de las mujeres, enfocándose además en lo sexual y reproductivo. Esos esquemas mencionados por el doctor son los que históricamente han orientado el quehacer médico androcéntrico, no respondiendo a las necesidades y particularidades de la población femenina, pues siguen siendo discriminadas e invisibilizadas.

De acuerdo con la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género, de la CCSS, en el inciso 2b de sus lineamientos, se lee "*Diseñar y adecuar las normas institucionales, los protocolos de atención y las guías clínicas desde la perspectiva de género con base en la evidencia científica*" (p.27)

Dicho lineamiento no se ha cumplido en la actualidad en la implementación, pues su "adecuación" no existe, lo cual puede corroborarse con la información brindada por las personas entrevistadas, ya que tanto las mujeres participantes como el personal médico coincidieron en que la atención no responde en ninguna medida al análisis desde la categoría género, por lo que los planteamientos de dicha política sólo se quedan en la fase de la formulación, elaborados para hacer creer que están cumpliendo con las directrices internacionales adoptadas, expuestas en herramientas como la Plataforma de Acción de Beijing, cuando en realidad no se ha gestado ningún cambio ni institucional ni en la prestación de los servicios.

Se cuenta con evidencia científica suficiente para plantear nuevos protocolos de atención y capacitar a las y los profesionales del sector salud en materia de género y la incidencia de las condiciones socioculturales y materiales en el estado de bienestar de las personas, mostrando diferencias entre hombres y mujeres y entre ellas mismas, de acuerdo con la clase social a la que pertenece.

No obstante, la medicina coadyuva a perpetuar lógica de opresión al negarle a las mujeres una atención acorde con sus realidades, particularidades y necesidades, pues su exclusión de los estudios y cambios en la intervención las violenta y oculta los daños que el sistema socioeconómico causa en sus estados de bienestar, culpándolas por no cumplir con todas las labores que le "corresponden", en lugar de contribuir a sobrellevar la sobrecarga de las dobles y/o triples jornadas, en un escenario opresor y explotador de su fuerza de trabajo y sus tiempos.

Asimismo, la formación de profesionales carentes de conocimiento del género como categoría analítica y diferenciadora, y sus consecuencias en la salud de las mujeres, conlleva al ocultamiento de los orígenes de muchos malestares y padecimientos propios de esta población, los cuales solo pueden ser explicados si se valoran sus condiciones socioculturales y materiales y se brinda un tratamiento acorde con dicho contexto.

Sin embargo, este es otro vacío identificado en la prestación de servicios de la CCSS, ya que el doctor y la enfermera negaron haber recibido o recibir capacitaciones o información acerca de la atención con análisis de género. Es decir, el lineamiento de la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género de la CCSS que menciona "*Desarrollar procesos permanentes de sensibilización y capacitación sobre igualdad y equidad de género al personal institucional*" (p.28), también es un objetivo sin cumplir y sin alcance en la implementación.

Ante esto el doctor mencionó que "*En buena teoría salen en la tele y todo, pero es mentira, digamos, a nivel operativo, ninguno. En las noticias usted lo oye y todo, pero es mentira. Se quedan en la política… que la política de género enfocada, digamos a la atención y de ahí no pasa, a nivel operativo no llega*"

Es decir, es probable que se conozca algo respecto a la atención de la salud desde un análisis de género, sin embargo no es profundizado ni en la formación académica ni por los lineamientos institucionales que guían el quehacer profesional de quienes brindan sus servicios en centros médicos.

Las políticas por sí solas no conducen a ningún cambio, pues se requiere de un compromiso real para que alcance a todos los centros médicos, así como a las y los profesionales del país.

En general, se puede concluir que todas las directrices internacionales adoptadas, así como las políticas elaboradas para responder al compromiso adquirido de cambiar la intervención médica, no responden a cambios en la situación de las mujeres. La atención de la salud de esta población está cargada de sesgos y prejuicios en razón del género. El principal motivo es la influencia del sistema patriarcal y su interés por continuar violentando los derechos de las mujeres, los cuales son desconocidos y/o negados, pues la invisibilización de sus necesidades se ha naturalizado y no representan una prioridad para el Estado ni sus instituciones.

La atención de la salud de las mujeres seguirá siendo la misma hasta que se incorpore el análisis del género y sus condiciones, en la valoración de sus malestares, padecimientos y afectaciones, comprendiendo que existe un trasfondo político-ideológico que se materializa en sus cuerpos, y les aqueja diariamente.

Las mujeres requieren de una atención médica que responda a sus condiciones socioculturales y materiales. La evidencia queda expresa en los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo investigativo, contando con la perspectiva de las que experimentan las violencias del sistema actual, como de quienes se encargan por velar por el bienestar de las poblaciones a nivel de salud.

Por último, la violencia estructural se manifiesta de forma explícita en la salud de las mujeres como producto de la división socio-sexual del trabajo y la recarga de labores que se gesta cuando trabajan dentro y fuera de la casa. Por ello, cambiar los protocolos de atención médica y la formación de las personas profesionales en salud no implican un cambio importante sino se cambia el origen de los malestares en esta población, esos que se dan desde el patriarcado y que han sido perpetuados hasta la actualidad con la cooperación del sistema capitalista, donde se mercantiliza el trabajo doméstico para explotar la fuerza de trabajo de quienes menos recursos poseen, subvalorando la realización de sus labores mediante la falta de reconocimiento social y una remuneración escasa que no cubre tan siquiera le energía invertida diariamente.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

A través del proceso investigativo, el trabajo de campo y la revisión bibliográfica relacionada con las condiciones socioculturales y materiales que inciden en la salud de las mujeres, se presenta a continuación las conclusiones derivadas del proceso en su totalidad, analizando y reflexionando sobre esta temática y los resultados encontrados.

6.1.1 Analizando las implicaciones de la división socio-sexual del trabajo en el estado de bienestar de las mujeres.

A partir de la información brindada por las mujeres participantes de la investigación, se encuentra que existe una relación intrínseca entre la realidad socioeconómica de la población femenina y el acceso y atención de sus estados de bienestar, pues desde la cultura patriarcal y el sistema capitalista las oportunidades de mejorar la calidad de vida se enmarcan en los límites establecidos desde la división socio-sexual del trabajo, siendo que para ellas acceder a la educación, la seguridad social, la inserción al mercado de trabajo asalariado, entre otros aspectos, constituyen obstáculos diarios para romper con la opresión, discriminación y subordinación de la que son víctimas por parte de este sistema.

Asimismo, la caracterización sociodemográfica de las participantes expone la existencia de condiciones socioeconómicas precarias asociadas a la conformación familiar, las y los aportantes económicos y la ocupación de las mujeres, donde la mayoría son jefas de hogar a cargo de personas dependientes, con trabajos remunerados escasamente, lo cual repercute en la satisfacción de las necesidades básicas propias y de sus familiares, causando una constante situación de angustia ante las escasas oportunidades para generarse más ingresos o una estabilidad que le permita solventar las demandas de la vida diaria.

Ello se debe a que el patriarcado y el capitalismo han logrado perpetuar la explotación de la fuerza de trabajo de las mujeres, al insertarlas paulatinamente en el mercado laboral sin desligarlas del trabajo de doméstico y reproductivo que sigue recayendo mayoritariamente en esta población, a pesar de que no todas cuentan con apoyo para hacer frente a las sobrecargas laborales, por lo que sus estados de bienestar tienden a empeorar con el paso de los años y la suma de más quehaceres.

Las pocas oportunidades laborales que estas mujeres encuentran fuera de sus casas son, en realidad, una extensión de sus labores reproductivas y domésticas, pues son contratadas por otras personas para encargarse del cuidado físico y emocional de adultas y adultos mayores, o niños o niñas, y/o cualquier persona con alguna discapacidad. Esto se debe a la asignación y socialización de la población femenina de entregarse hacia las y los demás, sin que medien sus estados de bienestar. Por lo anterior, se comprende cómo la explotación se da dentro y fuera de sus núcleos familiares, con escasas o nulas remuneraciones, las cuales no se acompañan de garantías sociales, exponiéndolas a una desprotección mayor frente a la aparición de padecimientos o enfermedades crónicas que les impide seguir vendiendo su fuerza de trabajo, y ello se traduce a la insatisfacción de sus necesidades básicas, llegando a la vejez sin ningún tipo de respaldo económico más que la ayuda de sus hijos e hijas o algún o alguna pariente.

Aunque el escenario anterior puede ser característico de las mujeres de sectores populares, se debe contemplar la ubicación geográfica como un factor que influye aún más en la ocupación de dichas labores como opciones para generar ingresos, pues en el caso de las residentes de zonas rurales, sus oportunidades laborales son realmente reducidas, encontrando básicamente trabajos de cuido y/o domésticos para realizar, esto debido a la baja escolaridad que caracteriza a la mayoría, así como por la falta de opciones de trabajo más calificados o al menos que incorporen garantías sociales como parte del contrato. Aunado a ello se identifica un obstáculo más relacionado con las posibilidades de trasladarse a otras zonas en busca de mayores oportunidades laborales, lo cual se dificulta al ser las principales encargadas del cuido de personas dependientes por lo que no se pueden desligar fácilmente de dicha responsabilidad.

La necesidad económica de estas mujeres suele ser utilizada para ofrecer opciones laborales precarizadas y mal remuneradas, ya que se aprovechan de sus limitadas condiciones para generarse ingresos propios o en otros sectores, y hasta del hecho de ser jefas de hogar con personas a cargo, para contratarlas por menos tiempo o con un pago menor de lo estipulado, lo cual no mejora sus condiciones de vida.

A pesar de dicha realidad, y en el caso de las mujeres participantes, sus estrategias de sobrevivencia han logrado brindarles un lugar propio donde vivir, con acceso a los servicios básicos, logrando atender la demanda de la vida diaria de forma casi completa, ya que la

posesión de un seguro social no es contemplada como una necesidad básica a pesar de comprenderse la importancia de realizarse controles médicos constantemente.

Sin embargo, aunque se considere cotizar directamente para un seguro social y una futura pensión, la realidad económica se constituye como el obstáculo más importante, debido a que no se cuenta con opciones en las que el pago de éste no sobrepase la capacidad de gastos de las mujeres, de acuerdo con los ingresos que reciben mensualmente. Es decir, desde el mismo Estado se coloca el acceso a la salud como una barrera de difícil alcance, en el que la población femenina continua siendo dependiente de la cobertura del cónyuge o sus hijos e hijas, siendo que dicha opción tampoco les brinda cobertura y seguridad económica para la vejez.

Por ello es importante que se realice una lectura detenida del problema de acceso a los servicios de salud, pues va a depender de las condiciones particulares de la población, especialmente en el caso de las mujeres jefas de hogar, con trabajos precarizados o sin ningún tipo de ingresos fijos, donde la cotización del seguro social de forma directa es difícil de alcanzar debido a la priorización de gastos en la que la salud es casi un lujo que solo se pueden permitir quienes gozan de un trabajo estable con sus respectivas garantías sociales o con un salario constante y suficiente para no desatender otras necesidades tales como la alimentación y el pago de electricidad y agua.

Se debe reconocer que los lineamientos institucionales que obstaculizan la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (como es el caso del acceso al seguro social), responden a la lógica mercantil del sistema capitalista, donde la salud es vista como una mercancía a la que solo se puede acceder si se cuenta con la capacidad adquisitiva suficiente para costearse la seguridad social, la consulta privada, la compra de medicamentos y la realización de exámenes y/o pruebas de carácter urgente.

En este escenario, las mujeres de sectores populares siguen estando en posiciones desiguales respecto a los hombres, ya que sus realidades socio-laborales les impide comprar esos derechos que el Estado no les garantiza, debido a la discriminación que vivencian en múltiples espacios, y al sexismo imperante de las directrices legales e institucionales.

Ese machismo ha impedido la adecuación de los antiguos lineamientos a unos en los que la realidad socioeconómica de las mujeres prime en la elaboración y ejecución de políticas

que garanticen sus derechos, y mejores oportunidades para satisfacer sus demandas y necesidades sin que sean vinculadas a la figura masculina, sino con miras a la construcción de una mayor autonomía.

Parte de esas realidades invisibilizadas que caracterizan a la población femenina actualmente, que fueron identificadas durante el proceso investigativo, y deben ser discutidas a la luz de la teoría y la evidencia, fueron:

♀- El trabajo doméstico y de cuido no es visto por las mismas mujeres ni por la sociedad como un trabajo, a pesar de consumir por completo sus tiempos y energías con jornadas extensas, lo que contribuye a la subvaloración de estas labores.

♀- Las mujeres se reconocen como las principales y únicas encargadas de los quehaceres del hogar, así como el cuido de las personas dependientes, sin que cuenten con apoyo para realizarlos, por lo que se identifica una obligatoriedad en ello que las confronta al mostrar agotamiento y frustración ante las exigencias de la realización simultánea de estos trabajos.

♀- Las mujeres se anulan como seres con capacidades y limites que requieren de descansos y reconocimiento por sus labores, sobreponiendo sus estados de bienestar ante las demandas de las personas que las rodean, pues aunque señalan cansancio, ansiedad y frustración, sus cotidianidades no cambian, ya que la obligación de cumplir con las rutinas diarias no solo responde a la imposición de la división socio-sexual del trabajo, sino a las estrategias que adoptaron para generarse sus propios ingresos.

♀- El trabajo reproductivo y de cuido no remunerado no genera satisfacción personal en todos los casos, por el contrario, se identifican sentimientos de agotamiento, estrés, ansiedad y frustración que se materializan en sus cuerpos al no tratarse de forma idónea estos malestares, pues ni siquiera se habla al respecto.

♀- La situación económica de las mujeres las expone a relaciones de poder mediadas por la satisfacción de aquellas condiciones materiales que no logran cubrir con los ingresos que perciben, lo que causa daños a sus estados de bienestar al sentirse humilladas, cosificadas y minimizadas por aquellas personas que se aprovechan de sus desventajas socioeconómicas.

La suma de todas las afirmaciones anteriores constituyen las condiciones socioculturales que inciden en el estado de bienestar de las mujeres, pues como puede verse, cada una de estas repercute en su salud física, emocional, psicológica, así como en sus relaciones sociales, siendo causantes de malestares más que de beneficios.

No obstante, se deben agregar aquellas condiciones relacionadas al acceso y atención de la salud de las mujeres, pues los aspectos anteriores son solo algunos de los causantes de sus malestares, sin embargo, sus percepciones también van a mediar el lugar que sus estados de bienestar ocupan en sus ajetreadas cotidianidades.

Lo primero que debe rescatarse es la utilización de los servicios médicos de forma casi exclusiva para atender malestares inmediatos como los dolores en distintas partes de sus cuerpos, los cuales son causados por la realización de las labores diarias. Esto se debe al escaso tiempo que se dedican para atender sus estados de bienestar, así como al limitado dinero, tiempo y oportunidad que poseen para faltar a sus trabajos o labores para ir al centro de salud a valorar otros aspectos adicionales.

Igualmente, la interiorización de la cultura patriarcal en la que sus cuerpos son principalmente aparatos reproductores, les ha llevado a considerar la mamografía y la citología como los exámenes de mayor relevancia, desplazando los padecimientos propios de su sexo, así como las diferencias sintomáticas respecto a los hombres, como sucede con las enfermedades cardiovasculares. Esto se debe a la objetivación y androcentrismo característico de la ciencia médica, donde las mujeres no forman parte de las investigaciones ni de la divulgación de dichas distinciones respecto al hombre.

La priorización que le brindan las mujeres a sus cuerpos va a estar mediada por esa objetivación y masculinización de la intervención médica, pues la escasa divulgación de estas diferencias existentes, así como de las enfermedades propias del cuerpo femenino, son los factores que inciden en el desconocimiento que tienen de sus procesos y afectaciones. Ese ocultamiento es visible también en el abordaje profesional, al omitir sus contextos en los procesos de diagnóstico y tratamiento, los cuales no responden únicamente a aspectos biológicos y/o ambientales.

Dichos sesgos se identifican, además, en el abordaje de temáticas como la sexualidad, métodos anticonceptivos, características menstruales y la menopausia, ya que existe una resistencia por parte del personal médico para tratar dichos aspectos, la cual se relaciona con la formación androcéntrica de las y los profesionales en salud, pues el ejercicio de la sexualidad es un tema masculinizado al que las mujeres "no pueden ni deben acceder".

Contrario a lo anterior, en la anticoncepción la responsabilidad recae principalmente en la población femenina, no obstante, no se evacuan dudas ni se exponen los beneficios o complicaciones de utilizar uno u otro método, exponiéndolas a efectos secundarios constantes y prolongados, basados en la prueba-error del que mejor asimile el cuerpo.

Lo mismo sucede con la menopausia, pues a pesar de tratarse de un proceso al que todas las mujeres llegan, existe un pudor por parte de ellas de hablar al respecto, mostrando pena por una condición natural de sus cuerpos. Ante ello, las y los profesionales del sector salud no profundizan en la explicación de los cambios físicos y emocionales que conlleva la transición a dicha etapa, lo que causa un desconocimiento más por parte de la población femenina.

En general, las mujeres poseen condiciones socioculturales y materiales que determinan en gran manera su estado de bienestar y la forma en la que se abordan los padecimientos y/o afectaciones que les aqueja diariamente, producto de la realización de múltiples labores, en condiciones precarizadas y subvaloradas, dadas desde el patriarcado y el capitalismo, sistemas que no poseen ningún interés en mejorar la calidad de vida la población femenina, sino que se reinventan para perpetuar la explotación de la fuerza de trabajo de las personas, en especial aquellas con menos oportunidades de competir en igualdad de condiciones en el mercado laboral remunerado, donde las mujeres de sectores populares están en completa desventaja.

Asimismo, el sector salud ha servido a los intereses de este sistema opresor para desplazar las necesidades y particularidades de las mujeres, ante la universalización del hombre como norma para la intervención y atención de los padecimientos presentados en la población en general, a pesar de contar con evidencia que expresa la necesidad de brindar una atención diferenciada y adecuar los protocolos médicos, respondiendo a la realidad socioeconómica de las mujeres, y entre ellas mismas.

6.1.2 Abordaje de las especificidades en la salud de las mujeres: ¿desde cuál enfoque?

Para reflexionar sobre las especificidades en la salud de las mujeres, se debe asumir un posicionamiento teórico (basado en la evidencia existente respecto al tema), así como ideológico (enfocado en la igualdad) que cuestione los diversos efectos que históricamente se han producido en la población femenina debido al lugar que se le ha asignado de acuerdo con el género, y cómo es que dicha división se transforma en el principal causante de sus enfermedades y padecimientos.

A partir de lo anterior se evidencia que existen más diferencias que similitudes en la forma en que las mujeres y los hombres enferman, las causas de sus malestares, la forma en la que enfrentan sus padecimientos y las facilidades para acceder a centros médicos, colocando a la población femenina en mayores desventajas ante la universalización de la intervención médica desde el androcentrismo, así como por los impedimentos para consultar por sus afectaciones, pues se derivan de factores socioculturales y económicos, más que de aspectos biológicos y ambientales.

Las diferencias fisiológicas por sí mismas deberían fundamentar las diferenciaciones en el diagnóstico y la intervención médica, sin embargo estas son negadas, invisibilizadas y/o abordadas como procesos penosos, por lo que las mujeres interiorizan la postura androcéntrica y desconocen las características de sus cuerpos de acuerdo con el momento del ciclo vital en el que se encuentran.

Asimismo, la realización de las labores cotidianas y la sobrecarga física y emocional que ésta produce, siguen siendo condiciones centrales para comprender el origen de los padecimientos de las mujeres, como lo son los problemas musculares, óseos, en las extremidades y la fibromialgia, entre otras. Sin embargo, desde la medicina positivista, estos escenarios no forman parte de las valoraciones, por lo que se continúa medicalizando la salud de la población femenina.

Las diferencias existen, no solo respecto a los hombres, sino entre ellas mismas, ya que como se ha evidenciado las mujeres de zonas rurales poseen particularidades propias en relación con las habitantes de lo urbano. Las ocupaciones diarias, la alimentación, las características geográficas, la distribución de trabajos no remunerados, la composición de las familias, el

acceso a fuentes de ingreso estables, entre otros, son los factores que colocan a la población femenina rural en una condición de mayor desventaja frente a la medicina androcéntrica-capitalista que poco se interesa en atender a estas personas y valorarlas de acuerdo con sus realidades socioeconómicas.

A pesar de que las mujeres son quienes más prevalecen en las consultas médicas, existe un trasfondo sociocultural y económico que les lleva a presentar mayores malestares, como la sobrecarga de labores y la somatización de afectaciones emocionales y psicológicas en el ámbito físico, las cuales son invisibilizadas como causas de enfermedades al no ser contemplado en los protocolos de atención. Igualmente, desde la división socio-sexual del trabajo, se comprende que el acompañamiento a citas de personas dependientes es responsabilidad mayoritaria de la población femenina, al delegarse a ellas los cuidados de la familia, por lo que su mayor presencia en centros médicos debe ser leída desde las condiciones de vida diferenciadas que el patriarcado ha introducido en sus cotidianidades.

Esta lectura más completa de la realidad de las mujeres por parte del sector salud sólo es posible si se integra el análisis de la categoría género como parte de la formación académica de las y los que se desempeñan en este ámbito, así como en su quehacer profesional, ya que como se ha expuesto, el estado de bienestar de esta población no es únicamente un producto biológico, sino que integra una serie de factores asociados a la división socio-sexual del trabajo y la realidad económica que las diferencia por mucho de los hombres.

El hecho de pertenecer a una clase social u otra, habitar en zonas rurales o urbanas, la composición familiar, los trabajos realizados diariamente, los ingresos económicos, la convivencia conyugal, entre otros aspectos, son determinantes en el análisis de la salud de las mujeres. Son condiciones que influyen en sus estados de bienestar y hasta en el acceso a seguro social de forma independiente, por lo que sus realidades distan de poder ser universalizadas.

Otro de los factores diferenciales identificados en la medicina androcéntrica, es el abordaje de la salud sexual y reproductiva, pues aunque la única distinción entre hombres y mujeres sea vista desde estos ámbitos, no ha implicado que se realice de forma completa y menos sesgada, ya que igualmente se identifican vacíos en los espacios de consejerías en sexualidad, métodos anticonceptivos, características menstruales y cambios ocurridos por la

transición a la menopausia. En estos aspectos solo se valoran aquellos temas que el personal médico considera relevantes, generando un desconocimiento por parte de la población femenina de sus propios procesos y condiciones.

Esa objetivación médica es la que contribuye a perpetuar la discriminación, opresión y desigualdad desde el sector salud hacia las mujeres, ya que desde la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se presentaba como obstáculo para avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población femenina. No obstante, a pesar de la ratificación de estos y otros instrumentos internacionales, en la práctica no se han gestado cambios reales que conlleven a mejoras en la atención de sus estados de bienestar.

Por ejemplo, la creación de la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género de la CCSS no se ha llevado a la práctica, por lo menos en lo que pudo ser analizado durante el proceso investigativo y de acuerdo con la información brindada por las personas entrevistadas. Si esta institución, (que es la principal proveedora de servicios médicos del país) no ha contribuido a la incorporación real del análisis de la salud desde la categoría género, ¿cómo se van a adecuar los protocolos de atención dirigidos a las mujeres y el trato brindado por parte de las y los profesionales hacia esta población?

No existen avances en los lineamientos institucionales que contribuyan a transformar la percepción y atención de las diferencias socioculturales, materiales y fisiológicas entre hombres y mujeres. Tampoco se está capacitando a las y los profesionales para que analicen el estado de bienestar como el resultado de la cotidianidad y las violencias patriarcales y capitalistas que experimentan las mujeres históricamente ante el desafío de mejorar sus condiciones de vida en un contexto mercantil, desigual y violento como el actual.

Sin embargo, el doctor y la enfermera del EBAIS realizan una aproximación a la identificación de las causas de los padecimientos de las mujeres de la zona más allá de los aspectos biológicos, señalando la realización del trabajo doméstico y de cuido como factores de incidencia en la aparición de distintos malestares en dicha población. Igualmente mencionaron la estabilidad económica como un determinante del bienestar de las habitantes de la localidad, al reconocerse las escasas oportunidades labores existentes en el lugar.

Es decir, a pesar de que ambas personas no tienen clara la diferencia entre sexo y género, sus reflexiones personales les permiten analizar los estados de bienestar desde los múltiples factores causales de la aparición de padecimientos y enfermedades, principalmente en el caso de las mujeres y sus particularidades (como sus ocupaciones, la zona geográfica, el acceso al dinero). Por ello se comprende que la lectura de estas condiciones por parte de las y los profesionales del sector salud son posibles, sin embargo se requiere de apoyo institucional para orientar sus análisis desde una óptica adecuada que no minimice la realidad que vive la población femenina en el contexto actual.

A modo de conclusión, el enfoque que sigue primando la atención de la salud de las mujeres es el androcéntrico, identificándose vacíos en los protocolos de intervención en los que los factores socioculturales y materiales no son considerados determinantes de la aparición y tratamiento de enfermedades y/o padecimientos propios de la población.

Igualmente, la mercantilización de la salud en el sistema económico actual afecta directamente a las mujeres y sus realidades económicas, ya que el acceso a la atención médica así como el tratamiento de sus afectaciones queda sujeto a la capacidad adquisitiva de ellas (para costearse el seguro social o pagarse exámenes específicos y comprar medicamentos), alejándose cada vez más del principio de solidaridad y universalización que dieron origen a la CCSS.

Por último, y en relación con el desarrollo de la totalidad del trabajo investigativo, es importante mencionar la pertinencia del enfoque epistemológico en el análisis de un tema como el presente, ya que desde el feminismo se comprendieron los factores socioculturales determinantes de la cotidianidad de las mujeres, además de contribuir a la perpetuación del androcentrismo en la medicina; sin embargo la alianza con el marxismo amplió la visión de lo que implican las condiciones materiales en el acceso y atención de la salud dependiendo de la clase social a la que se pertenece, principalmente en la época actual capitalista, donde el alcance de los derechos está íntimamente vinculado con la posesión de dinero y el endeudamiento como algunos de los métodos utilizados para garantizar niveles mínimos de vida que el Estado ha dejado de brindar.

6.2 Recomendaciones

Para el Estado:

♀ Formular una nueva política de salud que establezca sus objetivos y lineamientos con base en la evidencia de las necesidades de las mujeres costarricenses, distinguiendo éstas por ubicación geográfica, edad y condición socioeconómica, con el propósito de que los resultados de dicho instrumento impliquen un verdadero cambio en el estado de bienestar de esta población y la forma en que son atendidas en los centros de salud de la CCSS.

♀ Mejorar la metodología utilizada hasta la fecha para divulgar los derechos de las mujeres en todas las instituciones que prestan sus servicios a esta población, ya que forma parte de los compromisos adquiridos con organismos internacionales al ratificar instrumentos relacionados con mejorar la condición de vida de la mujer. Esto ayudaría, además, a que las mujeres conozcan más de la legislación que vela por el cumplimiento de sus derechos.

♀ Mayor compromiso con el alcance de los objetivos planteados en las diferentes convenciones, conferencias y demás herramientas internacionales ratificadas por el país, las cuales están directamente relacionadas con las mujeres, especialmente aquellas de sectores populares, quienes cada vez más ven el alcance de sus derechos como una realidad difícil de alcanzar.

Para las diferentes instituciones educativas del país:

♀ Reconocer la importancia que requiere una formación académica y profesional que contemple el análisis de la categoría género, la cual permita analizar, concebir e intervenir la realidad de las mujeres a partir de sus condiciones socioculturales y materiales, debido a que la reproducción de la cultura patriarcal se da también desde el quehacer profesional.

Para la CCSS:

♀ Divulgar e implementar la información contenida en la Política de Igualdad y Equidad de Género en todos los centros de salud del país, con el fin de que las personas sean informadas al respecto.

♀ Capacitar a las y los profesionales que prestan sus servicios en los diferentes niveles de atención, respecto al análisis de la categoría género y sus implicaciones en la salud de las

mujeres consultantes, distinguiendo por ubicación geográfica, edad y condición socioeconómica, principalmente, ya que ello visibiliza la necesidad de brindar trato diferenciado entre hombres y mujeres, y entre ellas mismas.

Para el Área de Salud de Naranjo:

♀- Involucrar más al Servicio de Trabajo Social con el EBAIS de Cirrí, con el fin de atender las distintas necesidades de la población atendida en dicho centro, pues de acuerdo con los resultados de la presente investigación, no se evidencia intervención por parte de estas y estos profesionales, al menos en lo que respecta a las necesidades de las mujeres participantes.

Para el EBAIS de Cirrí de Naranjo:

♀ Brindar más información a las mujeres respecto a los cambios en las diferentes etapas de sus vidas, como los que ocurren en la transición hacia la menopausia.

♀ Informar más a la población femenina acerca de los distintos tipos de cáncer que les afecta a ellas, y no sólo enfocarse en el de mama y el de cérvix, pues por ejemplo, pocas de las participantes conocían de la existencia del cáncer de ovario, por lo que su detección podría realizarse de forma tardía.

♀ Reforzar la información brindada a las mujeres de la zona, respecto a los síntomas del cáncer de mama, y otros tipos de cáncer, pues ellas desconocen de los cambios físicos que se presentan cuando esta enfermedad aparece.

Para la Carrera de Trabajo Social:

♀ Incentivar a la población estudiantil a investigar más el tema de las condiciones socioculturales y materiales que inciden en la salud de las mujeres de nuestro país, y otros temas poco reconocidos como espacios de violencia hacia la población femenina.

♀- Proponer a las y los estudiantes de Licenciatura que realicen un estudio del presente tema con mujeres de zonas rurales y urbanas, con el fin de identificar similitudes y/o diferencias en sus condiciones de salud y el acceso y atención médica.

♀- Realizar una investigación respecto a las especificidades en la salud de las mujeres, así como su respectivo tratamiento, y cómo ambos aspectos son identificados desde el criterio de profesionales en el sector salud.

♀ Incitar a las y los futuros tesiarios a investigar qué sucede con la implementación de la Política de Igualdad y Equidad de Género, de la CCSS, ya que no se identificó su alcance, de acuerdo con lo expresado por el personal médico entrevistado en el presente estudio.

♀ Proponer a las y los estudiantes de Licenciatura la indagación respecto a los discursos violentos a los que son expuestas las mujeres en la atención médica por parte de las y los profesionales en el sector salud, y que ha significado para ellas la exposición a estos escenarios.

♀ Considerar impartir lecciones por parte de docentes de la Carrera de Trabajo Social a otras Carreras ofrecidas por la Sede de Occidente, pues desde esta profesión se favorecen rupturas de la cultura patriarcal al identificar y trabajar con las relaciones de desigualdad y opresión que caracterizan nuestra sociedad actual.

♀ Incluir en el plan de estudios de la Carrera o en algún curso existente del plan actual, un acercamiento al feminismo y sus distintas corrientes, como fundamento epistemológico de las futuras investigaciones por realizarse, ya que se identifica un enorme vacío en esta forma de interpretar la realidad de las mujeres en la sociedad patriarcal y capitalista en la que nos desenvolvemos diariamente.

Bibliografía

Acuña, Brenda, et al (2012) "Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario". Archivos de medicina familiar y general. Argentina. Vol.9. Recuperado de: http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/104/96

Agudelo, Marcela, et al (s.f) "Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León- Guanajuato (México)". Recuperado de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsdl/collect/clacso/index/assoc/D9256.dir/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf

Aguilera, Ximena et al (2013) "Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 33(3). Págs. 223–229. Recuperado de: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistematica-cualitativa&Itemid=847

Alonso, Javier et al (2009) "El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud". Revista Clínica de Medicina de Familia. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext&tlng=en

Álvarez, Ana de Miguel (s.f) "La articulación clásica del feminismo y el socialismo: el conflicto clase-género". Recuperado de: http://archivo.juventudes.org/textos/Fundacion%20de%20Investigaciones%20Marxistas/Conflicto%20clase%20genero.pdf

Álvarez, Silvina, et al (2001) "Feminismos. Debates teóricos contemporáneos". Alianza Editorial. Madrid. Recuperado de: http://bibliotecafeminista.com/2016/02/05/feminismos-debates-teoricos-contemporaneos/

Análisis Interno del Área de salud de Cirrí (ASIS). (2010). Área de salud de Naranjo

Andrade, Federico et al (2014) “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia”. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 13(27). Págs. 242-265. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf

Arbiza, María Isabel (1978) “La madre soltera frente a la sociedad”. Revista de sociología Papers. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n9/02102862n9p173.pdf

Arias, Elisa et al (2015) “Degenerantes de la Caja: La incidencia de las políticas neoliberales de la mercantilización de la salud en las condiciones económicas, políticas y sociales de la Caja Costarricense de Seguro Social: El caso del Hospital San Francisco de Asís en Grecia, 2014”. Trabajo Final de Graduación, Carrera de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente. Recuperado de: http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-l-sr-2015-01.pdf

Arias, María Mercedes (2000) “La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones.” Recuperado de: https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf

Arias, Raúl et al (2014) “Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres pre menopáusicas y su relación con factores de riesgo”. Revista Volumen 82. Ginecol Obstet Mex. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom144b.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas (2004) “Informe de Costa Rica sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del Vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones”. Recuperado de: http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/COSTA-RICA-Spanish.pdf

Badilla, Yajaira; Muñoz, Ana María (2002) “Evaluación de la calidad de la atención en la consulta de detección de cáncer cervicouterino y mamario, en el Área de Salud de Guápiles, año 2000”. Informe de Tesis de Graduación. Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: http://www.srl.ucr.ac.cr/images/stories/PDF/Trabajos_Finales/TFG21310

Baute, Vivian et al (2014) “Caracterización del síndrome de Burnout en amas de casa residentes en el Barrio Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta, Colombia”. Psicogente. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v17n32/v17n32a14.pdf

Bellei, Cristián (2013) “Situación educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015”. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. UNESCO. Recuperado de: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf

Beltrán, Hernán; Vallette, Patricio (s.f) “La mujer como jefa de hogar proveedora”. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, México. Recuperado de: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/La_mujer_como_jefa_de_hogar.pdf1

Blázquez, Norma et al (2012) “Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales”. Centro de investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología. UNAM, México.

Boscán, Antonio (2011) “Perspectivas epistemológicas y metodológicas de la investigación feminista”. Unidad Académica Filosófica de la Ciencia. Departamento de Ciencias Humanas. Universidad de Zulia. Revista Dialnet N°65. Pp. 160-182.

Bravo, Rosa (2000) “Condiciones de vida y desigualdad social: una propuesta para la selección de indicadores”. CEPAL. Recuperado de: http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/5.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social et al (2008) “Análisis Indicadores de Género y Salud. Costa Rica”. Recuperado de: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=86&Itemid=

Caja Costarricense de Seguro Social (2010) “Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género (2010-2020)”. Gerencia Administrativa. Programa para la Equidad de Género. Recuperado de: http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/genero/73-politica-institucional-de-igualdad-y-equidad-de-genero-2010-2020-ccss-1/file.

Castro, Carlos (2013) “Desempeño de la educación general básica y el ciclo diversificado en Costa Rica”. Cuarto informe del Estado de la Educación. Programa Estado de la Nación. San José,

Costa Rica. Recuperado de: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/educacion/004/castro_desempeno-ed-basica-y-diversificado.pdf

Campos, Álvaro (2013) "Análisis de Morbilidad mental y registros socio-demográficos en la áreas de Atracción del Programa de Atención Integral en Salud" Proyecto Final de Graduación. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1702/1/35849.pdf

Carrasco, Cristina (2001) "La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?". En: León, Magdalena (compiladora). Mujeres y trabajo: cambios impostergables. Red de Mujeres Transformando la economía. Brasil. Material didáctico

Castañeda, María del Rosario (1994) "Calidad de vida familiar: condiciones materiales y condiciones psicosociales de los habitantes de las Colonias Mirador y Balcones de Anáhuac de San Nicolás de los Garza, Nuevo León". Tesis para optar por el título de Maestría en Trabajo Social. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Trabajo Social. Recuperada de: http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020112231/1020112231.PDF

Castells, Carmen (1996) "Perspectivas feministas en teoría política". Paidos, Estado y Sociedad. Barcelona.

Chamorro, Angélica, et al. (2009) "Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Cauca. Colombia. Recuperado de: http://facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista%5CPDF%5C2009%5C110103200904.pdf.

Chera, Silvia; Meneghetti, Marianela (2014) "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación". Ministerio de Salud. Recuperado de: http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/2015/3.pdf

Comesaña, Gloria (2004) "La ineludible metodología de género". Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Año/Vol.8. Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Venezuela

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014) “Informe nacional Costa Rica”. En el contexto del 20° aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. División de Asuntos de Género de la CEPAL. Recuperado de: http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/51823/Informe_Costa_Rica_Beijing_20.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2003) “Observaciones finales del Comité para Costa Rica”. 29° período de sesiones. Recuperado de: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/CONCLUDING_COMMENTS/Costa_Rica/Costa_Rica-CO-4.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2011) “Observaciones finales del Comité para Costa Rica” 49° periodo de sesiones. Recuperado de: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8421.pdf?view=1

Coria, Clara (1991) “El dinero en la pareja. Algunas desnudeces sobre el poder”. 1° edición en Ediciones Paidós. Barcelona, España. Recuperado de: http://www.sidocfeminista.org/images/books/00460/00460_00.pdf

Curiel, Ochy; Falquet, Jules (2005) “Patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin - Paola Tabet - Nicole Claude Mathieu”. Edición: Brecha lésbica. Buenos Aires.

De Ieso, Lia; Krmpotic, Claudia (2009) “Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género”. Rev. Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 95-101.

De Ibarrola, María (2016) “Claroscuros en las relaciones entre la escolaridad y el trabajo. Configuraciones y límites”. Revista Páginas de Educación. Volumen 9, Número 2. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/pdf/pe/v9n2/v9n2a02.pdf

De la Cruz, Yalena; et al. (1995). “El programa de ajuste estructural: salud y pobreza”. Revista costarricense de salud pública. Págs.: 25-41. Recuperado de: http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcsp/v4n6/art5.pdf

Delgado, Manuel et al. (1997) “Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión”. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XVII. N° 62. Recuperado de: http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15532/15392

Denman, Catalina et al (2006) “Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina”. Proyecto género y salud del Programa Salud y Sociedad. México. Recuperado de: http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/Rubin2006_CambiosEnEl.pdf

Durán, María Ángeles (2005) “El trabajo no remunerado y las familias”. Foro del debate, Madrid. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1340644.pdf

Einsenstein, Zillah (1980) “Patriarcado capitalista y feminismo socialista”. Siglo veintiuno editores. Recuperado de: http://bibliotecafeminista.com/2016/02/02/patriarcado-capitalista-y-feminismo-socialista/

Escobar, Francisca (2009) “Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama”. Memoria para optar al título de Psicología con mención en Psicología Social y de las Organizaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. Chile. Recuperado de: http://dspace.utalca.cl:8888/psicologia/56333.pdf

Facio, Alda (1999) “Feminismo, género y patriarcado”. Lectura de apoyo. Recuperado de: http://centreantigona.uab.es/docs/articulos/Feminismo,%20g%C3%A9nero%20y%20patriarcado.%20Alda%20Facio.pdf

Federici, Silvia (2004) “El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria”. Edición: Traficantes de sueños. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/0Bxx9eEGMno8NbmNSV3g3SHFUVWVsRFUxRVpsSlVXdw/view

Federici, Silvia (2013) “Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas”. Edición: Traficantes de sueños. Recuperado de: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf

Flores, Sandra; Quintana, Mónica; Rueda, Marcela. (2013) “Caracterización de las representaciones sociales en relación con la salud y el bienestar de un grupo de mujeres cuidadoras de personas en situación de discapacidad de la localidad de Suba”. Trabajo para optar por el título de Fisioterapeutas. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Recuperado de: http://www.bdigital.unal.edu.co/11553/1/561266.2013.pdf

Frutos, Luisa (2002) “Problemas y perspectivas del mundo rural”. Universidad de Zaragoza. España. Recuperado de: https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/26/18/02frutos.pdf

Fuentes, Laura (2006) “Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua”. Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica. Material didáctico.

Geldstein, Rosa (1997) “Mujeres jefas de hogar: familia, pobreza y género”. UNICEF, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEMujeresjefashogar.pdf

Gómez, Elsa (2008) “La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género”. Recuperado de: http://publications.paho.org/spanish/Capitulo_1_OT+184.pdf

González, Lidia et al (2011) “Encuesta de uso del tiempo en la Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres”. Instituto Nacional de las Mujeres; Universidad Nacional. Instituto de Estudios Sociales en Población; Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/09_principales_resultados_de_la_encuesta_de_uso_del_tiempo_de_la_gam-2011.pdf

Grela, Cristina; López, Alejandra (s.f) “Mujeres, salud mental y género”. Comisión de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo. Uruguay. Recuperado de: http://www.inau.gub.uy/biblioteca/musa.pdf

Hartmann, Heidi (1980) “Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresista entre marxismo y feminismo» en Eisenstein, Zillah R., Patriarcado feminista y feminismo socialista, Madrid, Siglo XXI.

Hernández, Ília et al (2005) “¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?”. AN. MED. INTERNA (Madrid). Vol. 22, Nº11, pp. 515-519. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n11/original2.pdf

Herrera, Patricia (2010) “Rol de género y funcionamiento familiar” Revista Cubana de Medicina General. Págs.568-573.

Higaldo, Hazel; Rodríguez, Nohelia (2014) “El valor simbólico de la prostitución: un análisis a partir de la mirada de las mujeres que la practican y la sociedad que las observa, en la Provincia de Puntarenas”. Trabajo Final de Graduación. Carrera de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.

Informe Sombra (2003) Costa Rica. Convención para la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado de: http://www.cipacdh.org/pdf/Informe_sombra_CEDAW.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (2015) “Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). Resultados generales”. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza_y_presupuesto_de_hogares/pobreza/publicaciones/copublicipm-29102015.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (2015) Desempleo. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.inec.go.cr/Web/Home/Destacado.aspx?id=2

Instituto Nacional de las Mujeres (2007) “Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PIEG). Recuperado de: http://www.infoagro.go.cr/Documents/PIEG_2007-2017.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2015) “Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica”. 1 ed. San José. Recuperado de:

http://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340

Jaramillo, Ángela María (2013). "Las mujeres: entre el sacrificio y la negociación". En: Boletín de Antropología. Universidad de Antioquia, Medellín, Vol. 28, N e 45, pp. 62-75. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/557/55729098004.pdf

Lafaurie, María Mercedes (2011) "¿Por qué pensar en la salud de las mujeres?". Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Colombia. Recuperado de: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero1/salud_mujeres_revista_salud_bosque_vol1_num1.pdf

Lagarde, Marcela (2000) "Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres: memoria". Recuperado de: http://www.caladona.org/grups/uploads/2013/04/claves-feministaspara-el-poderio-y-autonomia_mlagarde.pdf

Lasheras, María Luisa et al (s.f) "Género y salud". Unidad de Igualdad y Género. Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/system/files/.../97.pdf

Lorenzo, Josefa et al (1992) "Mujer y familia: reflexiones críticas desde nuestra experiencia profesional". Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, [S.l.], n. 1, p. 103-113. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5903/1/ALT_01_08.pdf

Marchant, Matías (2000) "Apuntes sobre la histeria". Revista de Psicología, Vol. IX, núm. 1. Universidad de Chile. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/264/26409109.pdf

Marín, Tatiana; Torres, Natalia (2015) "Impacto de la mastectomía en el autoconcepto de mujeres con cáncer de mama". Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21612/1/tesis.pdf.pdf

Martínez, Juliana (2006) "La seguridad social en Costa Rica. Percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan". Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Serie de informes

técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible. Unidad para la Igualdad de Género en el Desarrollo.

Manso, Mª Esperanza (2012) "Relaciones entre personalidad, género y salud en cuidadoras-es informales de zona rural, desde un modelo biopsicosocial". Memoria para optar al grado de doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: http://eprints.ucm.es/17103/1/T34031.pdf

Méndez, Viviana; Mesén, Raquel (2011) "Implicaciones que genera la mastectomía en la identidad de las mujeres que asisten a la Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de Mama (FUNDESO)". Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Licenciadas en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.

Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud (2007) "Análisis Basado en Género: Una herramienta metodológica para la planificación en Salud". San José, Costa Rica. Material didáctico.

Ministerio de Salud (2014) "Análisis de situación de salud Costa Rica". Dirección de vigilancia de la salud. Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file

Ministerio de Salud (2014) "Informe de notificación de datos de violencia intrafamiliar en Costa Rica-2014". Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Análisis Permanente de Situación de Salud. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2865-informe-violencia-intrafamiliar-2014/file

Ministerio de Salud (2015) "Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier". Recuperada de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file

Montesó, Mª Pilar (2008) "Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres" Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España. Recuperado de: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mpmonteso/Documento.pdf

Montesó, Mª Pilar (2014) “La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres”. En: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales N°8. Recuperada de: revistas.uned.es/index.php/comunitania/article/download/13013/12006

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (s.f) “El hostigamiento o acoso sexual”. Hoja informativa. Género, salud y seguridad en el trabajo. Recuperada de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227404.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1991) “El derecho a una vivienda adecuada (Art.11, párr. 1)”. Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3594.pdf?view=1

ONU Mujeres. (2014) "Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing +5. Recuperado de: http://beijing20.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf

ONU Mujeres. (2015) "La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing cumplen 20 años". Informe resumido. Recuperado de: http://www2.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/sg%20report_synthesis-sp-fin.pdfhttp://www2.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/sg%20report_synthesis-sp-fin.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1979). "Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Recuperado de:http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1985) "III Conferencia Mundial sobre la Mujer para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz". Nairobi, Kenia. Recuperado de:

http://www.cubaencuentro.com/var/cubaencuentro.com/storage/original/application/a68c0910f6415aa459320082973c83cc.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1995). "IV Conferencia Mundial sobre la Mujer" Beijing, China. Recuperado de: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2012) "Conferencia sobre el Desarrollo Sostenible. El futuro que queremos". Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de:https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2015) "Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de setiembre del 2015. Recuperado de: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1

Organización Mundial de la Salud (2011) "Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud" Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (2000) "Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe. Capítulo V: El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (2005) "Política de Igualdad de Género". Recuperada de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2009) “Perfil del sistema de salud Costa Rica” Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Recuperado de: http://www.paho.org/cor/index.php?gid=87&option=com_docman&task=doc_view

Pérez Serrano, Gloria (1994) “Investigación cualitativa. Retos e interrogantes”. Editorial La Muralla, S.A.

Pujol, Rosendo (2002) “Diferenciales entre zonas urbanas y rurales de Costa Rica: análisis estadístico de la información del Censo del 2000”. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/simposio/pujol.pdf

Rabanaque, Gloria (1999) “Mujer rural, salud y calidad de vida”. Texto extraído de la revista "Ruralia"-nº3. Recuperado de: http://www.nodo50.org/mujeresred/rural-ruralia-salud.html

Ramírez, Juan Carlos (2001) “Reseña de "Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina" de Mercedes González de la Rocha (coord.)”. Estudios Sociológicos, vol. XIX, núm. 2, mayo-agosto, 2001, pp. 573-578. El Colegio de México, A.C. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/598/59819216.pdf

Rohlfs, Izabella (2010) “Género y salud: diferencias y desigualdades”. Diario de los Andes. Palabra de Mujer. Año 19 N°782. Recuperado de: https://palabrademujer.files.wordpress.com/2010/08/pdm_22_08_2010_.pdf

Rojas, Angélica (2003) “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas del asentamiento humano Cerro el Sauce Alto del Distrito de San Juan de Lurigancho 2001”. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rojas_ca/t_completo.pdf

Rodríguez, Gregorio, Gil, Javier y García, Eduardo. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada, España: Ediciones Aljibe.

Rodríguez, Adolfo (2005) “Reforma de salud en Costa Rica”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Recuperado de: http://archivo.cepal.org/pdfs/2005/S2005093.pdf

Rodríguez, Lilia (2008) “Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en Políticas de Salud sexual y reproductiva”. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Argentina. Recuperado de: http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf

Sen, Gita; George, Asha; Östlin, Piroska (2005) “Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas”. Harvard Center for Population and Development Studies. Recuperado de: http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf

Torres, Judith (2011) “Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama”. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Especialidad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717

Valls, Carme; Banqué Marta; Fuentes Mercé: Ojuel, Julia (2008) “Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres”. Anuario de Psicología Vol.39. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758

Valls, Carme (2009) “Mujeres, salud y poder”. Feminismos. Universitat de Valencia. 1. Edición. Ediciones Catedra. Madrid, España.

Vega, Natalia. (2009) "La entrevista como fuente de información: orientaciones para su utilización", en Luciano Alonso y Adriana Falchini, eds., Memoria e Historia del Pasado Reciente. Problemas didácticos y disciplinares, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral. Recuperado de: http://www.fhuc.unl.edu.ar/olimphistoria/paginas/manual_2009/docentes/modulo3/c-La%20entrevista%20como%20fuente%20de%20informaci%F3n.pdf

Velasco, Sara (2005) “Relación entre el imaginario social y la salud”. Artículo publicado en: La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Programa de Salud y Servicios Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid, España. Recuperado de: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Publicidadysaludmujeres.pdf

Vidal, Filadelfa (s.f) “Violencia contra la mujer. Manifestaciones y consecuencias en la sociedad contemporánea”. Ponencia. Recuperado de: http://www.corteidh.or.cr/tablas/usuario/Alexei/Violencia%20contra%20la%20mujer.pdf

Villarreal, Ana Lucía (2001) “Relaciones de poder en la sociedad patriarcal”. Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”, enero-junio, año/vol.1, número 001. Universidad de Costa Rica, San José. Recuperado de: http://www.congresoed.org/wp-content/uploads/2014/10/Relaciones-de-poder-en-la-soc-patriarcal-.pdf

Wagstaff, Adam (2002) “Pobreza y desigualdades en el sector salud”. Rev. Pam. Salud Pública (516). Págs. 316-326. Recuperado de: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10717.pdf

Zaldúa, Graciela. (2007) “El ethos de cuidado y las cuestiones de género” En Korol, C. (comp.) Hacia una Pedagogía Feminista. Géneros y Educación Popular. Editorial El Colectivo-América Libre. Buenos Aires. Pág. 99-105.

Zamberlin, Nina (2013) “Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap”. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000286cnt-32-Lo_que_piensan_las_mujeres.pdf

Anexos

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Departamento de Ciencias Sociales

Carrera de Trabajo Social

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Investigación: Condiciones socioculturales y materiales que inciden en la atención de la salud de las mujeres, en la comunidad de Cirrí de Naranjo.

Nombre de la Investigadora Principal: María Marta Zamora Rodríguez, cédula 206930547

Nombre del o la participante _____

A. <u>PROPÓSITO DEL PROYECTO</u>: el estudio será realizado por una estudiante de la Carrera de Trabajo Social, quien cursa quinto año y actualmente realiza su trabajo final de graduación para obtener el título de Licenciatura en esta profesión.

La finalidad de la investigación es indagar acerca de las implicaciones de las condiciones socioculturales y materiales en la salud de las mujeres, tomando en cuenta los aportes brindados por las mujeres participantes y el personal médico de la localidad de Cirrí de Naranjo. Por ello la estudiante a cargo de la investigación solicita su colaboración, con el fin de obtener la información necesaria para desarrollar su tema de investigación.

B. <u>¿QUÉ SE HARÁ?</u>: Usted como participante de la investigación responderá una entrevista semiestructurada, donde se le realizaran preguntas acerca de los aspectos que influyen en la condición de salud de las mujeres; cómo se percibe la salud de esta población y cuáles son las condiciones que posee o debería poseer el centro médico de la localidad para satisfacer las necesidades de atención de las consultantes.

La entrevista se realizará en hora, fecha y lugar establecidos entre usted y la investigadora. Si usted firma este documento, se estará comprometiendo a brindar información que será analizada

y organizada dentro del documento de la investigación. Sin embargo, se le asegura confidencialidad a los datos que sean aportados. La información brindada será registrada tanto por notas escritas como por grabación, con el fin de no omitir detalles manifestados.

C. **RIESGOS**: la presente investigación no representa ningún riesgo físico ni para su salud.

D. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, no obstante, es posible que la investigadora aprenda más acerca de la especificidad de la salud de las mujeres. Por ello la información que usted comparta beneficiará a otras personas en el futuro que se interesen en el tema.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con María Marta Zamora Rodríguez y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información puede obtenerla llamando a María Marta Zamora Rodríguez al teléfono 8988 6177 cualquier día de la semana antes de las 5pm. Además, puede comunicarse con la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, a los teléfonos **2511-7071 ó 2511 7125** de lunes a viernes de 1:00 pm a las 5:00 pm. Igualmente, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica ***a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839,*** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

_____

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

_____

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento fecha

Guía de entrevista en profundidad dirigida a las mujeres de Cirrí de Naranjo, participantes de la investigación

Objetivo: Analizar la información aportada por las participantes respecto a las condiciones socioculturales y materiales que inciden en su estado de bienestar y su atención en los centros médicos correspondientes a la zona de Cirrí de Naranjo.

Indicaciones: Antes de responder a esta entrevista, se lee en conjunto con las participantes el consentimiento informado para indicarles el propósito de la investigación. Asimismo, se evacuarían las posibles dudas que les genere la participación en el presente trabajo, recordándoles que pueden negarse a responder cualquiera de las preguntas que se plantean, así como finalizar la entrevista cuando lo deseen.

Si no comprende algún término de los que se exponen a continuación, por favor siéntase en confianza de pedir a la investigadora que le explique mejor, para evitar malentendidos y que usted se sienta cómoda en todo momento.

Se informa a las participantes que la información que compartan es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con propósitos académicos. Por ello, sus datos personales no aparecerán en ninguno de los documentos resultantes del trabajo investigativo.

1. Características sociodemográficas

1.1 Edad _____
1.2 Estado civil _____
1.3 Nivel académico alcanzado _____
1.4 Ocupación _____
1.5 Composición del grupo familiar que habita en la misma vivienda

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

2. Condiciones materiales de las participantes

2.1 La vivienda en la que usted y su grupo familiar habita es propia, rentada, prestada, hipotecada?

2.2 ¿Cuál o cuáles son las fuentes de ingresos económicos de su familia?

2.3 ¿Accede usted a ese dinero? ¿De qué forma?

2.4 ¿A cuáles servicios básicos tienen acceso en su casa (agua, electricidad, telefonía- fija o celular-, televisión por cable, internet, etc.)?

2.5 ¿Su familia posee seguro social? Si su respuesta es sí, ¿Por parte de quién?, ¿es familiar, voluntario, independiente, pensión?; si es negativa, ¿Por qué no cuentan con ese seguro?

3. Factores socioculturales que inciden en su estado de bienestar y atención médica

3.1 ¿Cuáles labores se realizan normalmente en su casa?

3.2 ¿Cómo se distribuye la realización de esas tareas del hogar entre las personas que viven en la casa?

3.3 ¿Quién distribuye esas labores?

3.4 ¿Cuáles labores realiza usted cotidianamente?

3.5 ¿Cómo la hace sentir la realización de esas labores?

3.6 ¿Cómo siente usted que contribuyen esas labores en el sostén de la casa?

3.7 ¿Usted realiza labores de cuido de personas menores de edad o adultas mayores? ¿Son familiares? ¿Recibe algún pago por realizar estas labores?

3.8 ¿Cómo es su relación con las personas con las que vive?

3.9 ¿Alguien de su familia la ha hecho sentir miedo, inseguridad, dolor o humillación? ¿Quién? ¿Por qué?

3.10 ¿Cuenta usted con seguro social de la CCSS? ¿De forma directa o alguien la asegura? ¿Quién?

3.11 ¿Dónde recibe usted la atención médica?

3.12 ¿Cuáles son las razones por las que usted consulta normalmente?

3.13 ¿Cada cuánto se realiza chequeos médicos?

3.14 ¿Por qué cree usted que es importante realizarse chequeos médicos periódicamente?

3.15 ¿Padece usted de alguna enfermedad que requiera tratamientos constantes? ¿Cuál?

3.16 Cada vez que usted ha requerido atención médica, ¿ha podido ser valorada? En caso de que no sea así, ¿qué hace usted para atender su estado de salud?

3.17 ¿En algún momento se ha desatendido su estado de salud por falta de medicamentos o artefactos médicos necesarios para valorar o mejorar su estado? ¿Cuál (es) y/o qué tipo de procedimiento/ medicamento no se encontraba disponible?

3.18 ¿Ha tenido usted que realizar consultas en consultorios privados o comprar medicamentos que la CCSS no le ofrece? Explique

3.19 ¿Puede usted costearse una consulta en clínicas privadas? ¿Por qué?

3.20 ¿Posee usted algún impedimento para acceder a los centros médicos públicos y/o privados disponibles en esta zona? ¿Cuál (es)?

3.21 ¿Cuáles tipos de cáncer conoce usted que afecta principalmente a las mujeres?

3.22 ¿Usted práctica o conoce alguna forma de detectar y/o prevenir los tipos de cánceres que padecen las mujeres? ¿Cuál (es)?

3.23 ¿Mediante cuáles medios es informada usted respecto a la prevención, detección y atención/ tratamiento de los cánceres que padecen principalmente las mujeres?

3.24 ¿Qué tipo de consejería ha recibido usted por parte del personal médico respecto a la sexualidad, los síntomas de cánceres y procedimientos de autoexaminación, métodos anticonceptivos, características del ciclo menstrual, y cambios que ocurren como parte de la transición a la menopausia?

3.25 En general, ¿cómo valora usted su estado de bienestar?

4. Interpretaciones y experiencias con relación al acceso a los servicios de salud y atención médica

4.1 ¿Cómo se siente usted cuando debe realizarse algún chequeo médico como el papanicolau?

4.2 ¿Cómo se siente usted cuando habla con el personal médico de temas como la sexualidad, su estado de salud, o procesos biológicos como la menstruación, menopausia, parto, entre otros?

4.3 ¿Usted comprende el lenguaje que utiliza el personal médico para explicarle su afectación? ¿Cómo se siente al respecto?

4.4 ¿Cómo se siente usted respecto al entorno en que se realizan las valoraciones médicas cuando va a consultar?

4.5 ¿Alguna vez usted se ha sentido ofendida o incómoda mientras ha sido atendida en servicios médicos? ¿Quién la hizo sentir así? ¿Recuerda cuál fue la razón de consulta? ¿Qué le dijeron?

4.6 ¿Alguna persona profesional en salud le ha realizado alguna prueba en la que usted se siente inconforme? ¿Quién? ¿Qué tipo de prueba era?

4.7 ¿Cuándo usted ha ido a consultar al centro médico, siente que el personal médico ha escuchado su opinión? ¿En qué forma?

4.8 En general, ¿cómo se siente usted cuando debe ir a consultas médicas?

¡Muchas Gracias!

Guía de entrevista semi-estructurada dirigida a personal médico del EBAIS de Cirrí de Naranjo, participantes de la investigación.

Objetivo: Analizar el discurso del personal médico del EBAIS de Cirrí respecto a las especificidades en la atención médica de las mujeres atendidas en este centro, de acuerdo con su experiencia y formación como profesionales del sector salud.

Indicaciones: Antes de responder a esta entrevista, se lee en conjunto con el personal médico el consentimiento informado para indicarles el propósito de la investigación. Asimismo, se evacuarían las posibles dudas que les genere la participación en el presente trabajo, recordándoles que pueden negarse a responder cualquiera de las preguntas que se plantean, así como finalizar la entrevista cuando lo deseen.

Se informa a las personas participantes que la información que compartan es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con propósitos académicos. Por ello, sus datos personales no aparecerán en ninguno de los documentos resultantes del trabajo investigativo.

1. Datos de identificación

1.1 Sexo_____

1.2 Especialidad en la que se desempeña_____

1.3 Tiempo de ejercer su profesión _____

1.4 Tiempo de laborar en el EBAIS de Cirrí_____

2. Caracterización de las mujeres consultantes en el EBAIS de la zona

2.1 ¿Para usted existen padecimientos o afectaciones en el estado de salud, distintos entre mujeres y hombres? ¿Cómo cuáles?

2.2 ¿Cree usted que la salud de las mujeres de áreas rurales posee las mismas particularidades que las de residentes de zonas urbanas? ¿Por qué?

2.3 ¿Cuál es la población que consulta con más frecuencia en este EBAIS? ¿Por qué cree que pasa esto?

2.4 ¿Cuáles son las principales afectaciones en el estado de salud que presentan las mujeres de esta zona?

2.5 ¿A qué factores asocia usted esas afectaciones?

2.6 ¿Cuáles de esas afectaciones cree usted que están asociadas a factores adicionales a lo biológico?

2.7 ¿Cuáles factores cree usted que inciden en el estado de bienestar de las mujeres?

2.8 ¿Qué aspectos contempla la valoración de la salud sexual y reproductiva de las mujeres consultantes?

2.9 Respecto a la atención médica de las mujeres, ¿qué implicaciones cree usted que tiene en la salud de esta población la realización de las labores cotidianas?

2.10 De acuerdo a su criterio, ¿cuenta este centro médico con todos los espacios, implementos y medicamentos necesarios para atender a las mujeres consultantes? Si su respuesta es sí, por favor podría mencionarme cuales considera usted que son más importantes y por qué.

2.11 ¿Cree usted que este EBAIS cuenta con la cantidad de profesionales en salud necesarios para atender a todas las personas de la zona? ¿Por qué?

3. Análisis desde la categoría género y cómo se expresa en la prestación de servicios en el sector salud

3.1 ¿Sabe usted cuál es la diferencia entre el sexo y el género? Explique

3.2 ¿Ha escuchado hablar del Enfoque de Morbilidad Femenina Diferencial? ¿Qué cree que implica este enfoque?

3.3 ¿Qué tipo de capacitación o divulgación de información realiza la CCSS respecto a la prestación de servicios profesionales desde un análisis de género?

3.4 ¿Ha participado usted en alguna capacitación respecto al análisis de la categoría género en la prestación de sus servicios? ¿En qué consisten?

3.5 La Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género de la CCSS señala que los protocolos de atención y guías clínicas están adecuadas desde un análisis de género. ¿Cómo cree que eso se desarrolla o implementa en la atención que usted presta a la población de Cirrí, en especial de las mujeres? ¡Muchas gracias!