

GT N 8: Pensar las masculinidades en tiempos de disputas.

Coordinadores: Néstor Artiñano, Germán Rómoli

Masculinidades y salud.

Aportes sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en un hospital público en La Plata

Elena Otondo (FTS/UNLP)

otondoelena@yahoo.com.ar

Evangelina Mazur (FTS/UNLP)

evangelina.mazur@gmail.com

Introducción

El presente escrito surge a partir de una propuesta de investigación sobre masculinidades, riesgo y salud, que fue pensada como línea de trabajo específica en el marco de un Proyecto de Investigación sobre masculinidades y riesgo, con el objeto de explorar dimensiones de género en la atención de la salud en un hospital público en la ciudad de La Plata.¹

Las indagaciones sobre género y salud son atravesadas por las dimensiones de clase, socio- políticas, migraciones, trabajo, vinculares, las distintas representaciones sociales, entre otras; en el marco de la tensión preexistente entre las concepciones universalistas y particularistas, haciendo eje en este caso respecto de la salud, en el modelo médico hegemónico y las prácticas alternativas de cuidados sobre la salud-enfermedad.

Así, nos propusimos en primer lugar, conocer motivos de consulta y modos de atención, según género en el hospital, al mismo tiempo, tratar de identificar modos de

¹ Proyecto "Haciendo visible lo invisible: la masculinidad como factor de riesgo en el partido de La Plata" (2018-2019) Dirección: Ramiro Segura. Codirección: Néstor Artiñano. Programa de Incentivos a la Investigación. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social.

combinación de sistemas médicos diversos y/o prácticas alternativas en el diagnóstico y tratamiento de padecimientos. Para finalmente, tratar de aportar a la construcción de una mirada con perspectiva de género, en la interculturalidad, en el entramado de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado.

Compartimos a continuación nuestro punto de partida junto a preguntas que fueron surgiendo en las primeras aproximaciones al campo, para cerrar esta presentación con otros interrogantes que más que cerrar el tema lo amplían y complejizan.

Metodología

Este trabajo de investigación se basará en la utilización de una metodología cualitativa, ya que la misma permite un acercamiento holístico y global, tomando en cuenta los contextos y los momentos históricos, y posibilitan abordar la especificidad de la multiplicidad de grupos, pertenencias sociales, modos de vida y situaciones (Jodelet, 2003). Para ello se recurrirá a métodos y técnicas tradicionales de las ciencias sociales, como la realización de trabajo de campo con permanencia en el terreno, observación —en sala de espera de consultorios externos y de emergencias—, entrevistas abiertas y semiestructuradas a trabajadorxs y usuarios del hospital, con registro sonoro y visual.

Tanto la metodología como las técnicas de recolección de datos seleccionada, responden a la búsqueda de información que permita conocer prácticas, representaciones y experiencias de los sujetos puestas en juego en relación a la atención de su salud. Desde este modo, se pretende poner en juego aspectos teóricos y prácticos en un mismo proceso de interpretación, análisis y problematización de los datos recabados. Se interrelacionan los sujetos de la investigación, su mirada, su perspectiva, su decir, su hacer, con la del investigador, generándose el proceso de conocimiento. Al decir de Clifford Geertz, el investigador “inscribe discursos sociales, los pone por escrito, los redacta” (1997: 31) consistiendo entonces el análisis “en desentramar estructuras de significación (...) y en determinar su campo social y su alcance” (1997:24).

Diversos investigadores han planteado la necesidad de coherencia entre marco conceptual y referencial y la elección metodológica (Bourdieu y Wacquant 1995; Ceirano, 1998), es por ello que aquí se pretende un enfoque cualitativo con el objetivo de acceder, conocer e interpretar no solo las redes de significados de los sujetos estudiados, sino también el tránsito concreto por el sistema de salud, los sentidos por medio de los cuales conocen, interpretan, producen, reproducen y transforman su

realidad cotidiana. Es en este sentido la realidad social considerada como un mundo interpretado por agentes sociales, que producen sentidos en el marco de sus condiciones materiales.

Masculinidades, riesgo y salud

En los estudios sobre masculinidad y masculinidades es posible identificar diferentes interpretaciones o perspectivas de acuerdo al énfasis elegido: si en las relaciones entre biología y expresiones sociales, en las acciones y así se verifican comportamientos o, en los aspectos normativos analizando normas y deberes asociados a lo masculino. En este lugar, y en sintonía con el proyecto que engloba esta línea de trabajo, tomamos una perspectiva semiótica y entendemos la masculinidad como un sistema simbólico con múltiples posibilidades de significación (Ramirez, 2006).

En nuestra sociedad, el estereotipo en relación al género y específicamente pensando en los varones, está vinculado al ejercicio del poder, la dominación y el privilegio, quedando por fuera otros aspectos que también hacen a su constitución social, cultural y subjetiva, vinculados a la debilidad, las exigencias y la vulnerabilidad. Sin embargo, nos encontramos en diversas investigaciones datos que nos hablan de “la menor esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres (...) consumo de alcohol, tabaco, drogas es mayor en hombres que en mujeres y el desapego en relación a prácticas de cuidado y prevención de enfermedades, evitando vistas al médico por temor a las enfermedades”. En este sentido, ya en los primeros acercamientos al ámbito de la salud, nos encontramos con mayor presencia de mujeres en el ámbito hospitalario que de varones, tanto para atender su salud como para la atención de sus hijos. A simple vista, con las primeras observaciones realizadas en los espacios de espera, aparece una ausencia casi total de la población masculina.

Las identidades de género se configuran a partir de ciertos elementos, transmitidos e incorporados en el proceso de socialización, que funcionan como valores y orientan las prácticas. En nuestra sociedad, la ausencia de enfermedad y la tolerancia al dolor, aparecen como valores positivos y son fuertemente asociadas a las identidades masculinas (Artiñano, 2015).

¿Cómo juegan esos valores en las consultas y la atención en el sistema público de salud? ¿Cómo aparecen en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado?

Hablamos de proceso salud –enfermedad- atención (s-e-a) para referirnos a todos los saberes y prácticas relacionadas al diagnóstico y tratamiento de padecimientos, que en nuestra sociedad están en manos de la biomedicina. Esta medicina, que es hegemónica, diagnostica, identifica y cura a través de sus representantes socialmente autorizados y legitimados, en el contexto de instituciones de salud (Menéndez, 1983; 1990). Nos interesa aquí tensionar esa perspectiva positivista de la biomedicina, donde la enfermedad es vista como una desviación, es universal y la medicina neutral, frente a la complejidad cotidiana en el hospital donde se combinan dimensiones biológicas, sociales y culturales.

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado comienza con la autopercepción de una alteración corporal y anímica, que implica un conjunto de prácticas, símbolos y discursos que son colectivos e involucran sistemas médicos² y religiones. La relación de ambos términos, si bien ha sido ampliamente estudiada en sociedades no occidentales desde los inicios de las ciencias sociales (M.Mauss; Lévi-Strauss, C; Evans-Pritchard, E.) y objeto de investigaciones actuales (Saizar, M., 2016; Giménez Béliveau V., 2017; Idoyaga Molina A., 2005; Olmos Alvarez, M., 2018; por citar algunos) no siempre es explícita en los relatos sobre salud-enfermedad-atención-cuidado que, estructurados desde la lógica de la medicina hegemónica niegan otro tipo de saberes/creencias. Al llegar al hospital en búsqueda de atención médica, la persona ha identificado un padecimiento y supone un tratamiento, en esa identificación intervienen diversos saberes. La cura del padecimiento y el tratamiento necesitan de la creencia en su eficacia, en parte por esto decimos que toda práctica de salud, implica también una creencia.³

En todo el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, los valores asociados a la masculinidad hegemónica están presentes. Tanto en el sujeto masculino que en general minimiza su padecimiento y se resiste a la consulta médica, como en los agentes de la institución de salud que tratarán ese padecimiento de un modo diferencial de acuerdo a su percepción de género. La relación directa entre los saberes y prácticas de la biomedicina y los valores de la masculinidad hegemónica es conocida y ha sido estudiada desde las ciencias sociales (Menéndez, 1990). Siguiendo esa línea argumental, proponemos aquí indagar cómo operan esos valores en la combinación de diversos sistemas médicos, que aparecen más o menos explícitos en la complejidad cotidiana del hospital. Al mismo tiempo, indagamos acerca del uso de otras medicinas, teniendo en cuenta que la distinción alternativo / hegemónico es

² La expresión “sistemas médicos” es utilizada para referir además de las prácticas médicas, las representaciones e ideas sobre esas prácticas en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

³ Olmos Alvarez, op.cit.

contextual. ¿Cómo operan los valores constitutivos de la masculinidad en nuestra sociedad, en un contexto de medicinas no hegemónicas?

La experiencia vivida por cada sujeto en relación al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado está atravesada por las representaciones sociales, allí se ponen en juego elementos emocionales, significaciones, en tanto lugares ocupados por unos y otros dentro de la trama social. Proponemos revisar conceptos y prácticas arraigadas dentro del sistema de salud, siempre atravesados y en disputa con las prácticas y discursos hegemónicos que pretenden una realidad preconcebida, unidireccional, estanca.

Para complejizar este acercamiento a pensar sobre masculinidades y salud en un hospital público, es necesario caracterizar a la población que allí se atiende. El área del hospital abarca una zona rural o periurbana, de difícil acceso y con importante mayoría de población migrante de países limítrofes. La casi totalidad de la población realiza tareas de cultivo, como peones asalariados, medieros o arrendatarios, con participación de todos los integrantes del conjunto familiar y en tareas que demandan gran desgaste físico.⁴

La condición de migrante imprime rasgos vitales a tener en cuenta en todo este proceso, con diversos idiomas, modos comunicacionales, valores sociales y culturales, creencias y modos de percepción corporal, la población atendida en el hospital encuentra dificultades de acceso simbólico al recurso. Desde la institución, legitimada por los preceptos de la biomedicina y un fuerte carácter etnocéntrico “con sesgos sexistas, étnicos y de clase”⁵, con frecuencia se aplican protocolos donde no hay espacio para las singularidades. Así, en esta población, las diferencias de nacionalidad, de posición en los procesos productivos, culturales, aparecen a priori con una carga negativa, dando espacio a mecanismos de discriminación, estigmatización y racismo, que también condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Consideraciones finales...

Presentamos aquí algunos aspectos de nuestras reflexiones sobre masculinidades y salud en el contexto de un hospital público, destacando cuestiones como migraciones, medicina hegemónica vs alternativa, racismo y desigualdades, como dimensiones vitales para la comprensión de las complejidades en los estudios de género y salud.

4 Cremonte, P.; Bellingeri, L.; Otondo, E..(2018).

5 Aizenberg, L.& Maure, G.(2012)

Desde ese panorama, estamos en condiciones de afirmar que todo el proceso s-e-a-c se ha ido conformando desde una diversidad de actores, ideas, ideologías, instituciones que tienen una historia y un modo de funcionamiento que nos hemos propuesto conocer a partir del planteo de esta línea de investigación. Es por ello consideramos necesario poder analizar la temática de la masculinidad, en el marco de la salud, desde la singularidad y la pluralidad de dimensiones que la atraviesan.

Bibliografía referida

- Aizemberg, Lila & Maure, Gabriela. Migración, salud y género: Abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. (2012)
- Artiñano, Néstor. Masculinidades incómodas: jóvenes, género y pobreza. BsAs: Espacio. 2015.
- Cremonte, Paulina, Bellingeri Lucia, Otondo Elena. "Salud sexual integral en el ámbito hospitalario. Posibilidades y desafíos desde una perspectiva de género e interdisciplinaria. Año 2018.
- De Souza Minayo, María Cecilia (2007) Investigación Social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Geertz, Clifford (1997) La interpretación de las culturas. España, Gedisa.
- Giménez Béliveau V. Terapéuticas católicas, males modernos: procesos de sanación y exorcismo en Argentina. Sociedad y Religión. 2017;27(47):33-59.
- Idoyaga Molina A. Reflexiones sobre la clasificación de medicinas: análisis de una propuesta conceptual. Scripta Ethnologica. 2005;27:111-147.
- Jodelet, Denise. Experiencia y representaciones sociales. Traducción: María Eugenia Ríos Martín.
- Laub C; Brykman D; Pérez Panelli A; Rovere M. y otros: "Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Buenos Aires", El Agora, Bs. As. – Año 2006
- Lévi-Strauss C. La eficacia simbólica. In: Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona:Paidós; 1987.
- Menéndez, E. El Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención; caracteres estructurales. In: Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y auto atención (gestión) en salud. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1983.
- _____ . Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial, 1990.

- Olmos Álvarez, Ana L. 2018. "Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino". *Salud Colectiva* 4(2): 225-40.
- Ramírez Rodríguez, Juan C.. "Ejes estructurales y temáticos de análisis de género de los hombres. Una aproximación". En: Ramírez Rodríguez, Juan C. y otros (coords.), *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. México: PyV Editores, 2008.
- Saizar MM. De la censura a la complementariedad domesticada: reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. In: Saizar MM, Krmpotic C, editoras. *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas: intersecciones bajo la lupa*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2016. p. 25-42.