

## Medicalización de las desigualdades de género: una respuesta feminista desde la salud

Virginia Cardozo \*

### Resumen

Este artículo apuesta a relatar la propuesta desarrollada en un barrio de Montevideo (Uruguay) entre los años 2016 y 2020 desde un servicio de salud. Se desarrolla un relato de experiencia que tiene como objetivo general reflexionar sobre la medicalización de las desigualdades de género en la atención a la salud de las mujeres. Los objetivos específicos son analizar el impacto del género como determinante social de la salud, describir situaciones frecuentes de medicalización de las desigualdades de género y compartir una experiencia alternativa desde la atención de salud para abordar el impacto de las desigualdades en salud sobre la salud de las mujeres. Como propuesta para trabajar los malestares de género que llevan a las consultas de salud se busca construir una respuesta que apueste a desestimular intervenciones patologizantes de los malestares de género y generar una estrategia terapéutica basada en el trabajo sobre el uso del espacio y el uso del tiempo. Esta experiencia es un camino de búsqueda de sanar entre mujeres, apostando a que el contacto con el equipo de atención en salud pueda generar una oportunidad para un proceso de empoderamiento a través de un tiempo/espacio desestimulando la medicalización de las desigualdades de género.

**Palabras clave:** género y salud, medicalización, atención integral de salud

---

\* Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC). Comisión de Género y Salud. Doctora en medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria (Universidad de la República), magíster en género y políticas de igualdad (Flacso Uruguay). Contacto [cardozo.virginia@gmail.com](mailto:cardozo.virginia@gmail.com)

Cardozo, Virginia. "Medicalización de las desigualdades de género: una respuesta feminista desde la salud" en *Zona Franca. Revista del Centro de estudios Interdisciplinario sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género*, N°30, 2022 pp. 330-352. ISSN, 2545-6504 Recibido: 05 de mayo 2022; Aceptado: 13 de octubre 2022.

## **Medicalization of gender inequalities: a feminist response from a health perspective**

### ***Abstract***

This article aims to report the experience developed in a neighborhood in Montevideo (Uruguay) between 2016 and 2020 from a health service. The general objective of this experience is to reflect on the medicalization of gender inequalities in women's health care. The specific objectives are to analyze the impact of gender as a social determinant of health, to describe frequent situations of medicalization of gender inequalities and to share an alternative experience from health care to address the impact of health inequalities on women's health. As a proposal to work on gender discomforts that lead to health consultations, we seek to build a response that aims to discourage pathologizing interventions of gender discomforts and to generate a therapeutic strategy based on the work of the use of space and time. This experience is a way of searching of healing among women, believing that the contact with the health care team can generate an opportunity for a process of empowerment through a time/space constraint, discouraging the medicalization of gender inequalities.

**Keywords:** gender and health - medicalization - comprehensive health care

### ***Introducción***

Este artículo apuesta a relatar la propuesta desarrollada en el barrio Casavalle en Montevideo (Uruguay) entre los años 2016 y 2020 desde un servicio de salud del prestador público en articulación con vecinas y una organización de la sociedad civil para abordar el impacto en la salud de las desigualdades de género en las mujeres de este territorio. Se desarrollará un relato de experiencia que tiene como objetivo general reflexionar sobre la medicalización de las desigualdades de género en la atención a la salud de las mujeres. Los objetivos específicos son analizar el impacto del género como determinante social de la salud, describir situaciones frecuentes de medicalización de las desigualdades de género y compartir una experiencia alternativa desde la atención de salud para abordar el impacto de las desigualdades en salud sobre la salud de las mujeres.

Caracterización de la población: La experiencia a relatar se desarrolla en Casavalle. Este barrio se encuentra en Montevideo, en el Municipio D, Centro Comunal Zonal 11 (CCZ 11). Según los datos brindados por la Intendencia de Montevideo este es el segundo Municipio que presenta mayor proporción de personas adultas jóvenes en la capital, entre 15 y 64 años. A su vez es el que presenta un porcentaje mayor de personas en situación de indigencia y de pobreza. La tasa de desempleo en este Municipio es de 9,5 para el total de la población, siendo de 7,4 para los hombres y 11,9 para las mujeres. La tasa de desempleo de las jefaturas de hogar es de 5,5; siendo para los hombres de 3,5 y de 8,3 para las mujeres. A su vez el ingreso económico de los hogares es significativamente menor en los que presentan jefatura femenina en comparación de los que presentan jefatura masculina. (Intendencia de Montevideo, 2017) La zona del CCZ11 es la segunda en Montevideo al considerar el porcentaje de personas en situación de indigencia y el tercero en el porcentaje de personas en situación de pobreza. Al analizar este territorio las inequidades en materia de ingresos y desempleo son muy similares a las de todo el Municipio. (Intendencia de Montevideo, 2017)

Los hogares con jefatura femenina son mayormente del tipo monoparentales. En los hogares pobres los hogares monoparentales son los segundos tipos de hogares en frecuencia. Las desigualdades según género en los hogares pobres se acentúan con respecto a la población general. Los hogares pobres tienen mayormente jefatura femenina por lo que hay una feminización de la pobreza al considerar los ingresos económicos del hogar. La mayor diferencia en detrimento de los hogares con jefatura femenina se da en los CCZ 9, 11, 17 y 18. (Intendencia de Montevideo, 2017)

Por lo tanto se puede ver que en el territorio analizado se encuentra un alto porcentaje de hogares pobres, con peor situación económica para las mujeres que para los hombres.

Policlínica San Martín 2 (SM2): Este servicio de salud se encuentra en el barrio Casavalle y pertenece al principal prestador público del Sistema Nacional Integrado de Salud y consiste en un servicio del Primer Nivel de Atención. El equipo técnico está integrado por medicina familiar y comunitaria, pediatría, enfermería, trabajo social y psicología. La población que se atiende en este servicio está altamente feminizada (ver gráfico 1). Esta policlínica se inauguró en el año 2015 y el equipo de salud que lo integra percibe una alta demanda de consultas de mujeres causado por estresantes sociales y desigualdades de género.

### ***El género como determinante social de la salud***

Cuando se habla de género, se hace referencia a los hombres, mujeres y disidencias de género y a su relación, incluyendo la asimetría de poder entre estos. Es importante tener en cuenta que el género es una construcción socio-cultural e histórica vinculada a lo que cada sociedad, en cada momento histórico adjudica como vinculado a lo

femenino y a lo masculino (Scott, 1996).

El proceso salud-enfermedad-atención de una persona está influido y determinado por sus características personales, por las circunstancias vitales que enfrenta y por el ambiente en el que vive. Por lo tanto dicho proceso está determinado por una compleja red multicausal de factores biológicos y sociales. Elementos culturales, económicos, ideológicos son parte de esta red de determinantes de la salud la biología y la sociedad se refleja en la salud de las personas (Benia, 2009).

La salud es un concepto social, más que un concepto restringido a la biología o a la medicina. La enfermedad y sus causas biológicas y conductuales siguen determinados patrones sociales lo que evidencia que los determinantes individuales están influenciados por determinantes sociales estructurales que operan en grupos de personas simultáneamente en nuestras sociedades. Los fenómenos biológicos

y los sociales no ocurren en mundos ajenos ni paralelos, los determinantes sociales impactan en la biología corporizándose en ella. Desde el proceso intrauterino hasta la muerte, ningún aspecto de nuestra biología puede entenderse sin conocimiento del contexto histórico de las maneras de vivir, tanto individuales como sociales. Estas fuerzas sociales que afectan nuestra salud anteceden a las propias personas antes de su nacimiento y después las envuelven y afectan durante toda su vida por lo que no depende solamente de las decisiones individuales (Gil, 2016). Estas fuerzas modelan en las sociedades estructuras de poder que estratifican de manera jerárquica a las personas. Los sistemas de estratificación social que más afectan a la salud en las sociedades contemporáneas son la clase social, el género y la etnia, que condicionan a través de la educación, la ocupación y el salario el acceso a recursos materiales, conductuales y psicosociales que a su vez determinan la salud de las personas. A estas fuerzas se les llama determinantes sociales de la salud. Todos los determinantes sociales son construcciones humanas por lo que pueden deconstruirse o construirse de otra manera (Gil, 2016). Un modelo que resulta muy útil para explicar el papel del género como determinante de la salud es el propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). En primer lugar, se ve que el género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. En segundo lugar, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Un elemento central en este aspecto es lo relativo a la división sexual del trabajo que conlleva diferentes riesgos y vulnerabilidades en salud. Por ejemplo, en algunos contextos, los hombres han estado más tradicionalmente expuestos a accidentes y a lesiones de la industria como consecuencia de trabajos manuales y las mujeres, por sus condiciones de vida, derivan en problemas relacionados con ambientes domésticos con gran responsabilidad en el cuidado de la infancia (Gil, 2016). En tercer lugar, el

ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género. Las mujeres y los hombres reciben una atención sanitaria desigual, que puede hacerse patente en un diagnóstico insuficiente o excesivo en ciertas enfermedades y afecciones (Sen y Östlin, 2007). La creación y persistencia de las desigualdades en salud deben ser puestas en contexto pues difieren en el tiempo, entre sociedades y sufren variaciones históricas y culturales (Gil, 2016).

Es importante destacar que desde la epidemiología crítica latinoamericana se ha desarrollado una mirada interpeladora sobre el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS ya que esta no cuestiona las relaciones generales de poder causadas por la sociedad de mercado, ni vincula los modos de vivir históricamente estructurados según clase, etnia y género con la estructura de propiedad y acumulación capitalista (Breilh, 2011). La salud colectiva latinoamericana, criticando el causalismo en salud, desarrolla la noción de determinación social de la salud marcando así una distancia con el modelo hegemónico de la OMS (Breilh, 2011). Desde esta perspectiva el modelo de los determinantes sociales de la salud lleva en la práctica a actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurantes (Breilh, 2011). Es así como el modelo de la OMS “denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan” (Breilh, 2011). Es por esto que en esta propuesta de trabajo se mantiene presente la tensión, necesaria, entre los factores individuales que afectan la salud de las mujeres y la denuncia de las estructuras patriarcales capitalistas que las generan.

### ***Un ejemplo de medicalización de malestares de género, uso de benzodiacepinas***

Según Menéndez, la medicalización consiste en el proceso a través del cual toda una serie de episodios vitales que hasta entonces fueron parte de los

acontecimientos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos se convierten en enfermedades (Menéndez, 2009). En Uruguay los resultados de la VII Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas revela un dato muy importante: los fármacos tranquilizantes son la tercera droga más consumida en el país, y a los 30 años de edad, 55% de las personas encuestadas ya habían consumido esta droga alguna vez en su vida, con un inicio promedio a los 29 años. Este consumo fue realizado en el 79% de los casos por prescripción médica. El consumo de esta droga tiene además un sesgo de género, ya que es significativamente mayor en mujeres que en varones: 36,5% de las mujeres alguna vez consumieron tranquilizantes comparado con 19,6% de los varones. Los varones presentan mayor porcentaje de consumo sin prescripción médica (JND, 2020). El informe no detalla el tipo de tranquilizante, pero las benzodiazepinas (alprazolam, diazepam y clonazepam) son los tranquilizantes más consumidos según la edición anterior de esta encuesta. (JND, 2016).

A pesar de que se promocionaron inicialmente como drogas seguras, las benzodiazepinas producen diversos efectos adversos por su efecto sobre el Sistema Nervioso Central. Estas drogas tienen además un alto riesgo de desarrollar dependencia. Muchas veces se evidencia esto cuando la mujer expresa su necesidad de tomar la droga para sobrellevar situaciones de la vida diaria, o situaciones particularmente estresantes, cuando la mujer desarrolla tolerancia y precisa mayor cantidad de droga para mantener el efecto. En estas situaciones se presentan síntomas del síndrome de abstinencia al abandonar el uso de la sustancia (Burin, 1990). La prescripción médica, cuando esté indicada, no debe ser por una duración mayor a un mes.

Es el consumo de drogas más oculto en la sociedad, que además se realiza en ámbitos privados y en soledad, lo que lleva a que sea más difícil la problematización y la búsqueda de ayuda. A esto se suma la vergüenza por la alta estigmatización (Fernández, 2001). Las benzodiazepinas al ser vistas en la sociedad como 'remedio', puede ser una búsqueda de consumos que generen

menor nivel de estigmatización y que tengan menor carácter de ruptura con los estereotipos de género. Dentro de la jerarquía de las drogas los tranquilizantes presentan mayor 'prestigio' y son más aceptadas socialmente (Fernández, 2001). El consumo de las benzodiazepinas tiene un sesgo de género desde su aparición en el mercado, momento en el cual se presentan a la sociedad como una forma de 'liberar a la mujer. Es así como se medicaliza los 'malestares de género' como la tensión, la ansiedad y el enojo que generan las condiciones de vida de las mujeres (Burin, 1990). Las mujeres afirman que consumen drogas para superar situaciones estresantes de su vida cotidiana. Utilizan el consumo para combatir el agotamiento, los cambios en estados de ánimo y mitigar el dolor (JIFE, 2016). De esta forma se ve el problema en estas y no en las situaciones de desigualdad que viven. Un grupo de riesgo para este consumo son las amas de casa de mediana edad, de medios urbanos y suburbanos, las dedicadas al trabajo maternal con varios hijos e hijas y las que realizan doble jornada laboral con trabajo remunerado y no remunerado. La posición social desventajosa genera un factor de riesgo para el consumo (Burin, 1990). Por lo que se ve que la población seleccionada es claramente una población de riesgo para el consumo de benzodiazepinas. Es importante destacar la falta de tiempo libre, de actividades recreativas y la sobrecarga de cuidados como un estresante particular en las mujeres que genera riesgos para el uso problemático de esta sustancia. La violencia basada en género a la que son sometidas la mayoría de las mujeres, sea en el ámbito domiciliario, en la calle, en los centros de estudio o a nivel laboral es otro factor que debe ser tenido en cuenta como factor de riesgo para el consumo. Las dificultades para el acceso al empleo y la falta de expectativas a nivel laboral es otro aspecto de riesgo (JND, 2012).

Los roles de género impuestos, las expectativas que estos generan en su entorno sobre su función de generadora de armonía familiar, son estresantes cotidianos para estas mujeres. Se vive esta incapacidad de cumplir con los mandatos de género como una enfermedad que hay que tratar (Burin, 1990). En la población seleccionada no se cuenta con facilidad para la compra de



benzodiazepinas de prescripción libre por lo que los servicios de salud tienen un rol fundamental en el acceso a esta droga, la inadecuada prescripción es un factor importante y la escasa perspectiva de género en las consultas son un factor de riesgo. Se hace un uso no médico de los fármacos obtenidos con receta médica.

Los estereotipos femeninos que colocan a la mujer en el lugar de 'dar' otros, y que es egoísta si se dedica al autocuidado es otro factor de riesgo vinculado al género. Ese dar sin límites postergando las propias necesidades coloca a las mujeres en situación de vulnerabilidad y las coloca en un lugar donde son los 'otros' los que definen su valor (Fernández 2001). Todas estas condiciones socioculturales de las mujeres llevan a que las mujeres presentan una gran soledad para enfrentar el estrés que sienten por la sobrecarga de tareas. Se sienten solas, pero a su vez no tienen tiempo para estar consigo mismas y se sienten culpables si se dan tiempo para el autocuidado (JND, 2012).

### ***Pilares conceptuales de la propuesta metodológica***

Como propuesta para trabajar los malestares de género que llevan a las consultas de salud se busca construir una respuesta que apueste a desestimular intervenciones patologizantes de los malestares de género. Se busca generar una estrategia terapéutica basada en el trabajo sobre el uso del espacio y el uso del tiempo.

En cuanto al uso del espacio se toma el concepto derivado del ecofeminismo de "cuerpo-territorio". Desde el surgimiento del patriarcado, con la creación de la propiedad privada hace 8 mil años, que incluía tanto el territorio como a las mujeres, hay un vínculo entre los cuerpos de las mujeres y el territorio que habitan. Existe una dependencia de estos cuerpos con el hábitat con el que se es una unidad, que construye a las personas y que estas lo construyen. Es aún más claro en esta etapa del capitalismo de avance feroz sobre la explotación de la naturaleza y también del cuerpo de las mujeres. El género influye sobre los espacios que se transitan y cómo

se habitan y a su vez las relaciones de género son socio-espacialmente creadas. Las personas no viven sobre el espacio sino con el espacio. Las relaciones sociales crean los espacios y los espacios condicionan las relaciones sociales. Las geografías feministas han aportado a repensar como el espacio (re)produce las desigualdades de género y estas (re)producen el espacio. Ser mujer en la sociedad patriarcal implica muchas veces tener limitado el acceso al espacio público, la división sexual del trabajo hacen que se habite mayormente el espacio doméstico. Las calles que transitan muchas veces están asociadas a las actividades reproductivas (conseguir alimentos por ejemplo) y a su vez el acoso callejero y otras violencias basadas en género limitan el uso de las calles por las mujeres. El cuerpo de las mujeres es su primer territorio, muchas veces violentado y explotado al igual que la naturaleza. Es así que las desigualdades y opresiones de género tienen expresiones espaciales (CGC, 2018). La mirada del cuerpo-territorio es también una construcción sororal un caminar entre mujeres diversas en base al interés por emanciparse (Memoria del 14 EFLAC 2018, p 103).

Al referirnos al uso del tiempo es fundamental analizar el tiempo libre desde una perspectiva de género. Se ve que este es un elemento fundamental para el desarrollo de la autonomía y la identidad personal. Esta valoración sobre la falta de tiempo de ocio es acorde con los estudios que confirman que las mujeres presentan mayor vulneración de derechos por ausencia de tiempo libre que los hombres y esto se encuentra más agravado en la población más vulnerada en materia de ingresos económicos (Batthyány, 2015).

Según datos estadísticos las mujeres uruguayas invierten más del doble del tiempo que los varones en el trabajo no remunerado, incluso en las mujeres que poseen además trabajo remunerado. Estas tareas consisten en tareas de limpieza, cocina, lavado y cuidado de niños, niñas y adultos dependientes que se efectúan dentro de los hogares. Mientras las mujeres destinan en promedio 36,3 horas semanales a este trabajo, los varones tan sólo dedican 15,7 horas. El tiempo dedicado al trabajo no remunerado no es un tiempo libre, sino que tiene tanta rigidez

como el trabajo para el mercado, no sólo porque los sujetos dependientes deben ser atendidos y cuidados en horarios establecidos, sino que ese trabajo también depende de los horarios de las instituciones escolares, sanitarias, comercios, transporte y otros factores. Según la Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadística el 91% de las personas mayores de 14 años de edad realizan trabajo no remunerado. Entre las mujeres este tipo de trabajo es realizado en Montevideo por el 96%, mientras que los varones lo hacen en un 89%. La carga de trabajo no remunerado en tareas de cuidado aumenta a medida que disminuyen los ingresos de las personas y las brechas de género aumentan a medida que disminuyen los ingresos (INE, 2013). Por lo tanto es esperable que en la población que se analiza la carga de trabajo no remunerado sea alta. Si se suma el trabajo remunerado y el trabajo no remunerado las mujeres tienen una carga global de trabajo mayor que la de los hombres.

Cuando se analizan los datos de tiempo libre en Uruguay se ve que un 30,3% de la población tiene escasez de tiempo libre, dentro de este grupo un 63% son mujeres y un 37% son hombres. La escasez de tiempo libre es máxima en las mujeres entre 24 y 40 años. En las familias donde hay niños pequeños la escasez de tiempo libre es mayor. Si se define la pobreza según la disponibilidad de tiempo libre las mujeres presentan mayor porcentaje de pobreza que los hombres (Inmujeres, 2014).

El indicador de la pobreza de tiempo medido como la escasez de tiempo libre y para la recreación una vez realizadas las tareas básicas de cuidado personal y el trabajo remunerado y no remunerado, al medirlo por sexo y luego compararlo, es un indicador que evidencia las desigualdades según sexo y que impacta negativamente sobre la autonomía de las mujeres. Por lo tanto se puede decir que este es un indicador relevante para el análisis de género (Batthyány, 2015). Todos los grupos de mujeres, independientemente de los ingresos del hogar, del tipo de hogar, del nivel educativo, de si tienen trabajo remunerado o no, presentan mayor pobreza que los hombres según este indicador. Sin embargo esto por supuesto se

agrava al empeorar la situación socioeconómica. Es por esto que se puede afirmar que este indicador revela una verdadera desigualdad de género. Las mujeres se encuentran así sobre representadas en la población con pobreza de tiempo.

### **Métodos**

En la policlínica San Martín 2, el equipo interdisciplinario comienza a notar que, en el alto número de mujeres que consultan en este servicio de salud, se reiteran consultas vinculadas al estado de ánimo, estrés, dolores musculares, malestares inespecíficos sin causa biológica encontrada, diagnósticos previos de depresión con mala respuesta al tratamiento farmacológico, consumo de medicación tranquilizante en altas dosis o por tiempos prolongados y dependencia a estas drogas. Para evitar caer en la medicalización de las desigualdades de género al desarrollar intervenciones que tratan el síntoma sin entender los factores sociales que pueden estar incidiendo, se realizan entrevistas con mayor profundidad con estas mujeres. Allí se detecta que la mayoría de estas mujeres carecen de espacios de esparcimiento o de disfrute semanal, que pasan la mayor parte de su día en sus casas sobrecargadas con las tareas de cuidado, que viven distintos tipos de violencia basada en género y que los mandatos de género sobre lo que debe ser una “buena mujer” o una “buena madre” en condiciones de alta vulneración social generaba grandes manifestaciones de ansiedad y tristeza en estas mujeres.

Es por esto que el equipo de salud elabora una estrategia, que se enmarca desde la perspectiva del feminismo barrial, que consistió en generar un tiempo para vivir con otras y un territorio, un espacio físico donde se pueda circular con otras. Para esto, cuando se recibe por cualquiera de las integrantes del equipo de salud en la consulta a una mujer en la que se valora que la causa de su motivo de consulta está vinculada, exclusivamente o no, a los malestares de género, se la invita a participar de un espacio semanal de encuentro de mujeres. En este espacio se van trabajando las situaciones de desigualdades de género y las situaciones de violencia basada en género a través del grupo de mujeres en el salón vecinal del

barrio. La invitación no es a hablar de una temática o a un taller de género; es una propuesta de expresión plástica que se va construyendo en conjunto. Es una invitación a un tiempo y un lugar.

Esto surge en el año 2016 apostando a trabajar de forma interinstitucional, acordando con actores de distintas instituciones del territorio y con referentes barriales la generación de un espacio dirigido para mujeres que permita el disfrute y crear un encuentro semanal en salón barrial, donde se presenta una propuesta de expresión artística a desarrollar.

Se genera así un espacio semanal de encuentro personal para las mujeres que presentan sobrecarga de cuidados a través de la herramienta artística con los objetivos de generar un espacio de autocuidado y espacio de recreación para las mujeres de la comunidad, habilitando el encuentro con la expresión artística personal y brindando un espacio de encuentro entre mujeres de la comunidad.

La propuesta se desarrolla fuera de la policlínica, en un salón vecinal del barrio gestionado por vecinas y construido por la comunidad en el marco de una política de gobierno de autoconstrucción de viviendas en el período 2010-2020. Las actividades realizadas en este espacio son los talleres de expresión artística buscando la experimentación y disfrute de distintas técnicas y salidas recreativo-culturales a distintos puntos de la ciudad. La participación es abierta a mujeres de la comunidad pero haciendo énfasis en la convocatoria a través de las instituciones de la zona vinculadas a distintas áreas (salud, educación, vivienda, cultura, desarrollo social, violencia de género, etc.) Al contactar desde una de las instituciones con una mujer de la zona donde se detecta sobrecarga de cuidados de niños, niñas y otras personas con dependencia, con alta carga de tareas, con escaso espacio semanal para el tiempo libre se la invita especialmente a participar de esta propuesta.

Se trabaja con las instituciones sobre el enfoque de acercamiento a las mujeres que presentan pobreza de tiempo libre para presentar el espacio. Se

realizan acciones para informar y sensibilizar a referentes institucionales sobre la problemática de la pobreza de tiempo libre.

En el proceso de participación se trabaja y sensibiliza a la mujer sobre la negociación de los tiempos de cuidados y de trabajo no remunerado, especialmente entre hombres y mujeres del hogar para permitir el tiempo libre para participar de esta actividad. Fomentando la búsqueda de estrategias personales y familiares y el fortalecimiento de apoyos para estas tareas. Se problematiza al captar esta situación sobre el derecho al tiempo libre, la importancia de este y el impacto negativo sobre la vida de las mujeres.

Durante el taller se fomenta, a través de las propuestas, el desarrollo del autoestima, el conocimiento personal, el desarrollo de capacidades creativas y la sororidad entre las distintas mujeres. Se apuesta a fortalecer las redes de apoyo entre mujeres a nivel barrial conociéndose entre ellas en una experiencia de disfrute. Las salidas culturales apuestan a apropiarse del espacio público, de la ciudad, y a romper el aislamiento geográfico que presentan.

La propuesta artística que se desarrollaba en el espacio inicialmente era liderada por una voluntaria estudiante de la Facultad de Bellas Artes. Cuando ella no pudo seguir participando las integrantes del equipo técnico fueron llevando propuestas artísticas que conocían por los recorridos personales de cada una (como cerámica, pintura en tela) y luego las propias mujeres fueron compartiendo y liderando talleres en base a propuestas que ellas mismas habían aprendido a lo largo de su vida (como decoupage o falso mimbre). A esto se suma personas invitadas voluntarias que ofrecían su tiempo para llevar propuestas y sumarse al grupo (ejemplo: tallerista de telar). Durante el taller, mientras se desarrolla la tarea se genera de forma espontánea una conversación en las que algunas cuentan cosas sobre su historia personal, su cotidianidad, sus emociones, reflexiones sobre noticias del barrio o del país. Durante esas conversaciones desde el equipo técnico se apuesta a problematizar desde una perspectiva de género las situaciones que

se plantean y a generar preguntas que ayuden a reflexionar sobre las desigualdades de género detrás de esos relatos. Se daba así un intercambio de aprendizaje y crecimiento colectivo que permite, sin emitir juicios de valor sobre las vivencias, que cada una reflexione sobre las desigualdades de género que viven y se generan redes de apoyo entre ellas para intentar superarlas, además de mejorar el conocimiento por parte del equipo de salud de los procesos de salud-enfermedad-atención que cada una vive para poder generar mejores intervenciones en la atención a la salud.

### ***Principales resultados y conclusiones***

Las desigualdades de género impactan en la salud de las personas. Los principales determinantes sociales de la salud están fuertemente marcados por los mandatos de género. La feminización de la pobreza, la sobrecarga de cuidados, la triple carga de trabajo, la pobreza de tiempo libre son algunos de los ejemplos que ponen esto en evidencia. Estos aspectos generan una sobrecarga de tareas y afectiva que repercute en la salud de las mujeres. Desde los sistemas de salud existe una fuerte tendencia a la medicalización de estos problemas sociales. Problematizar de forma central la estrategia de una experiencia que apuesta a trabajar tres conceptos centrales como procesos de construcción de la salud: el uso del tiempo, cuerpo-territorio y la sororidad. Tener un territorio a compartir, tiempo propio, encontrarse con otras mujeres son elementos centrales para generar empoderamiento.

Actualmente se mantiene el espacio semanal, con una participación de aproximadamente 15 mujeres que tienen entre 15 y 70 años que llegan derivadas de alguna institución o invitada por otras mujeres del grupo.

En el recorrido de estos años de trabajo en el grupo de mujeres se han realizado hallazgos, la importancia del territorio y el tiempo para generar empoderamiento fue uno de estos descubrimientos. Un concepto importante que

nos aporta el ecofeminismo para pensar la salud desde una perspectiva de género, y que se debe incorporar, es el de “cuerpo-territorio”. Desde una perspectiva de clase, toma además otros sentidos: si bien hoy hay mayor movilidad en la ciudadanía, las mujeres que viven en las zonas más pobres tienen una menor movilidad por la ciudad o el país. A mayor vulnerabilidad, menor territorio se habita. Son lógicas muy territoriales, y en las mujeres, cuanto mayor es la violencia basada en género que viven, menos territorio ocupan; incluso muchas veces su casa es el único territorio por el que circulan. A medida que las mujeres se van empoderando y van logrando salir de las relaciones de violencia basada en género, ocupan mayor territorio. Salir del territorio casa, encontrarse con otras mujeres muchas veces es la primera ruptura con la situación de opresión. En una dinámica realizada llamada “mapeando el cuerpo-territorio” donde se les pide a las mujeres que conecten los espacios que transitan alojados en sus cuerpos. Se les pide que dibujen su silueta y que en este cuerpo se dibujen algunos de los espacios que se habitan cotidianamente, puede ser la casa, la comunidad, la universidad, el lugar de trabajo. ¿Dónde se ubican esos lugares en ese cuerpo? Los caminos y calles que recorren habitualmente, ¿dónde se ubican esos caminos en ese cuerpo? ¿Qué sentimientos les genera cada lugar? (Ver Figura 1 y 2). Esta dinámica permitió territorializar el tema de género en el barrio y reflexionar con las mujeres sobre las conexiones entre el territorio comunitario y sus cuerpos. Los espacios vinculados a las tareas reproductivas ocupan lugares centrales en la mayoría de las cartografías. Los espacios de disfrute que aparecían eran espacios transitados a partir de la participación del grupo de mujeres (salón vecinal, espacio recreativo, casa de otras mujeres). La casa aparece en la dinámica como espacio de afecto pero también de violencias. Una de las mujeres expresó durante la actividad “mi casa es una cárcel, y el muro externo es un paredón”.

Muchas mujeres en este contexto se encuentran en el ámbito barrial, en las iglesias neopentecostales, que son altamente conservadoras y refuerzan lógicas patriarcales, un lugar donde ser importantes para un grupo, pero se debe encontrar



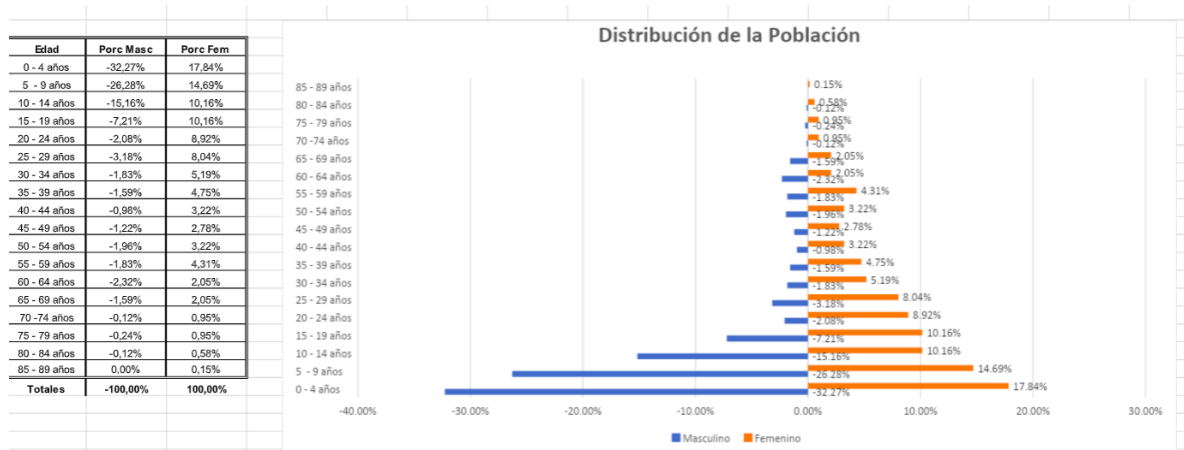
cómo estar presentes, ya que estas presencias responden a nuestras ausencias. Es importante aprender a trabajar con estas mujeres y generar procesos de emancipación para evitar un feminismo que las deje afuera.

Otro concepto a tener en cuenta es el del tiempo. El tiempo libre se tiene que entender desde la perspectiva de la libertad. Tener menos tiempo libre impacta negativamente en la salud de las mujeres. Lo expresan en trastornos del ánimo como la depresión, las cefaleas, los dolores musculares, las lumbalgias, etc. A partir de la participación en este espacio estas mujeres comienzan a tener un espacio personal de disfrute, tiempo para ellas mismas. Una de las participantes afirma “con el grupo, recién ahora a mis 67 años, aprendí a no tener culpa por disfrutar”. A este espacio semanal algunas le han agregado visitas a las casas de otras mujeres, salidas grupales entre otros espacios de tiempo libre. Este tiempo ha sido una experiencia privilegiada, que consiste en el disfrute de la creatividad, el placer y relaciones humanas dignas y afectivas. El cambio en la vida diaria implica reflexionar sobre sus actividades y tareas y revisar la jerarquía establecida para el cumplimiento de las mismas. Para la mujer, romper con los estándares sexistas es un desafío que involucra a sus parejas, hijos e hijas y amistades. Para que las mujeres del grupo disfruten de tiempo para sí mismas, un momento de ocio, esta confrontación era necesaria. Ante las dificultades y las desigualdades de género que expresan al conversar en el grupo el apoyo entre mujeres es un aspecto central para buscar caminos de salida.

Esta experiencia es un camino de búsqueda de sanar entre mujeres, apostando a que el contacto con el equipo de atención en salud pueda generar una oportunidad para un proceso de empoderamiento a través de un tiempo/espacio, apostando a generar las condiciones para que el encuentro de las mujeres con el equipo de salud no lleve a la medicalización de las desigualdades de género.

### **Gráficos y figuras**

**Gráfico 1: distribución de pacientes de la policlínica SM2 según edad y sexo.**



Fuente: elaboración propia según relevamiento de historias clínicas del archivo de la policlínica SM2.

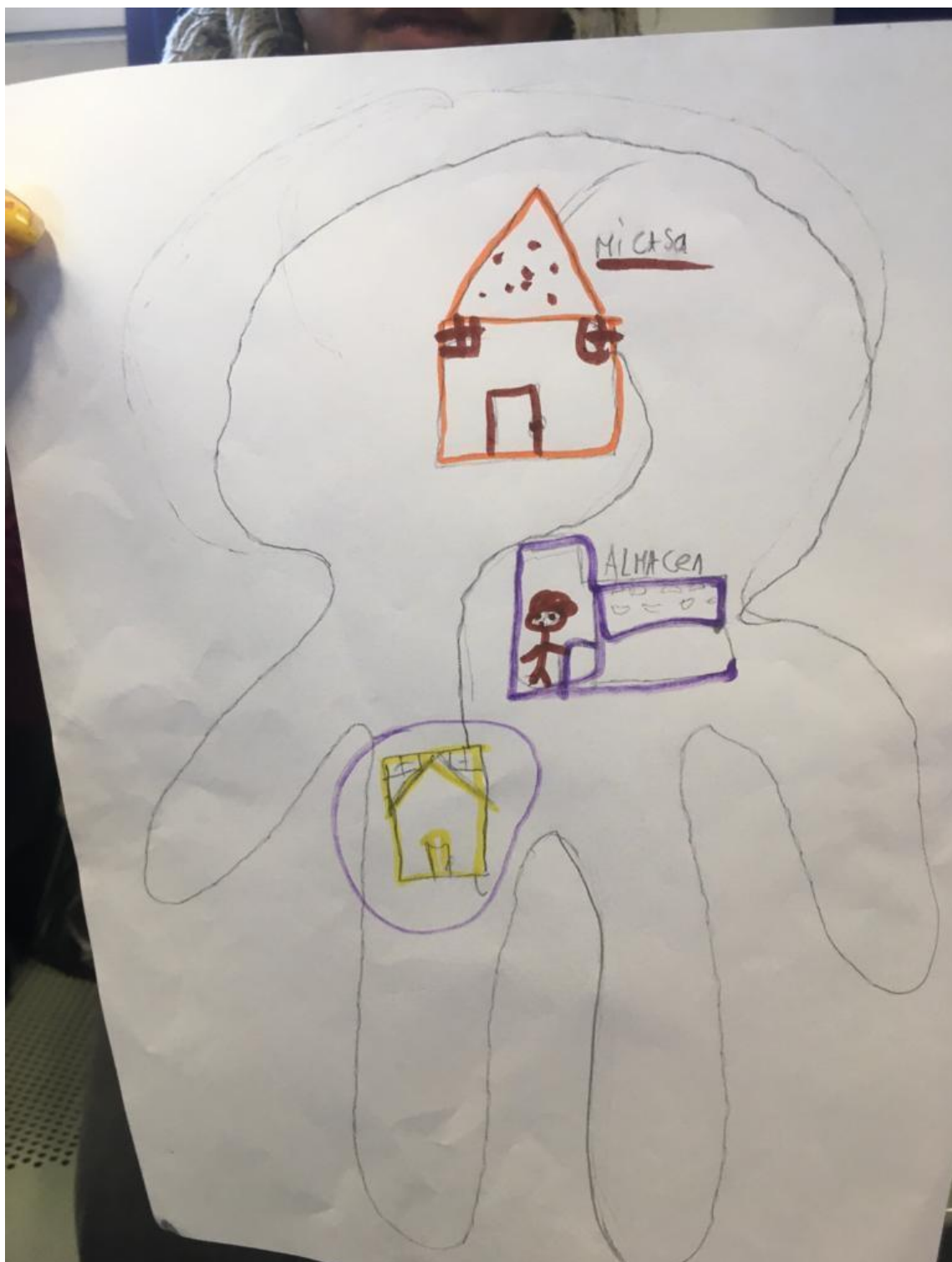


Figura 1: Cartografía cuerpo-territorio en Casavalle. Trabajos realizados en febrero del 2020. El dibujo muestra la casa, espacio para compra de alimentos y escuela en donde lleva a su hermano chico a estudiar. Fuente: grupo de mujeres

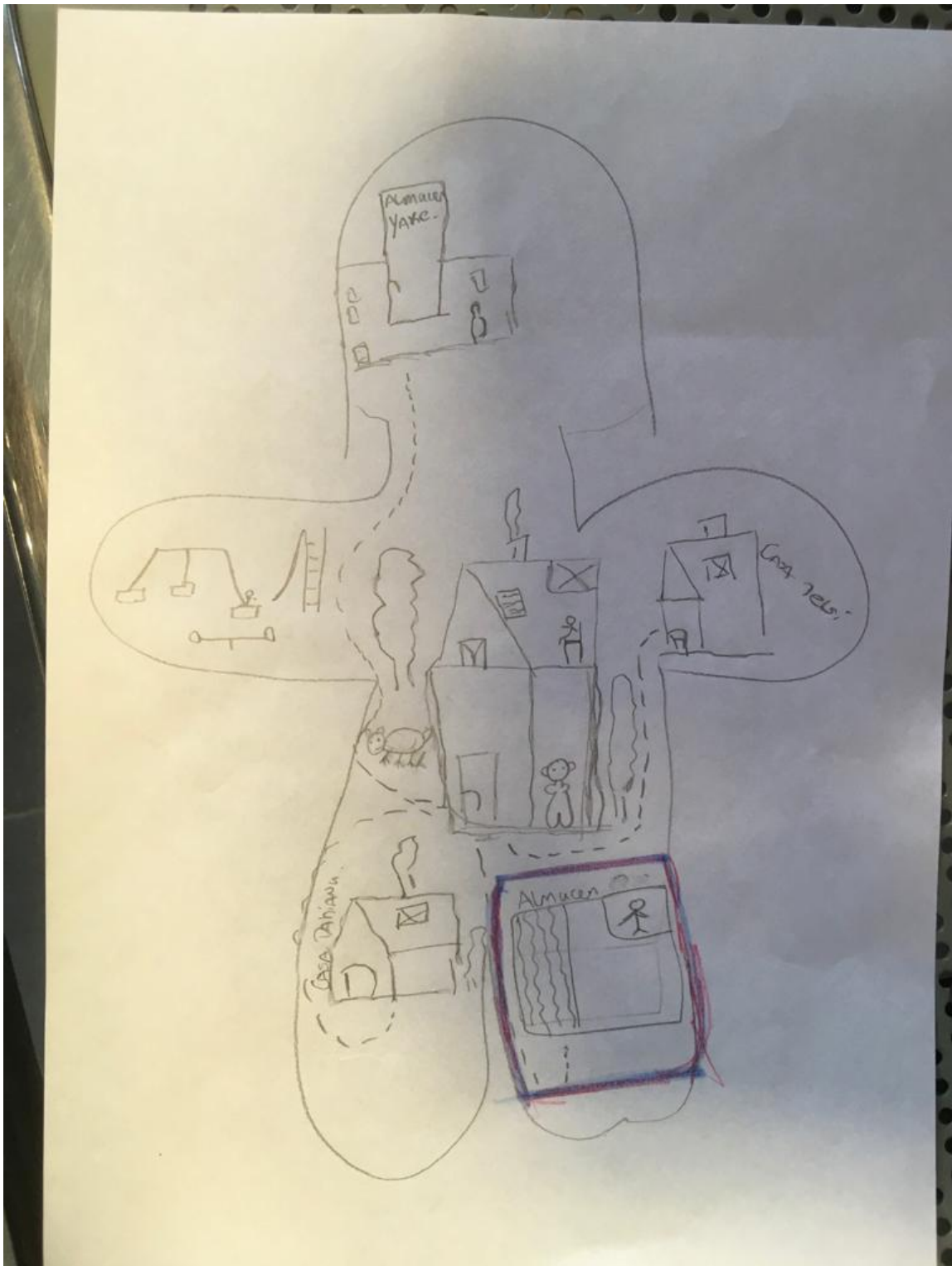


Figura 2: Cartografía cuerpo-territorio en Casavalle. Trabajos realizados en febrero del 2020 donde se ve el lugar central de la casa y desde que participa en el grupo se amplían los espacios incluyendo casas de otras mujeres del barrio. Fuente: grupo de mujeres

### **Referencias bibliográficas**

ARENAS-MONREAL, Luz, PIÑA-POZAS, Maricela, & amp; GÓMEZ-DANTÉS, Héctor. (2015). "Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector", Salud Pública de México, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 57, No 1; pp. 66-75. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010)

[36342015000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010)

BATTHYÁNY, Karina (2015). *Los tiempos del bienestar social*. Montevideo: Doble clic.

BENIA, Wilson (2009). *Temas de Salud Pública*. Montevideo, Uruguay: Oficina del Libro FEFMUR

BREILH, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión (pp. 14-29). México. Recuperado de <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>

BURIN, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Colectivo geografía crítica (2018). *Geografiando para la resistencia. Los feminismos como práctica espacial*. Cartilla 3. Quito.

FERNÁNDEZ, Silvana (2016). *Mujeres y uso de drogas*. Montevideo: El Abrojo.

GIL, PIÉDROLA (2016). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier

GÓMEZ, Elsa (2002). "Equidad, género y salud: retos para la acción". *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud, vol. 11; pp. 327-334.

Inmujeres (2014). *Avances y desafíos para la igualdad de género*. Montevideo: MIDES

Intendencia de Montevideo (2017). *Información Física y Sociodemográfica por Municipio*. Montevideo: Intendencia de Montevideo

Intendencia de Montevideo, 2017. *Información Física y Sociodemográfica por Centro Comunal Zonal*. Montevideo: Intendencia de Montevideo

Intendencia de Montevideo, 2017. *Informe socio-económico Una perspectiva de Género*. Montevideo: Intendencia de Montevideo.

JIMÉNEZ, Maria Luisa (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad, *Oñati Socio-Legal Series*, Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, vol. 2, No 6; pp. 77-96. Disponible en: <http://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/137>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, (2016). Informe 2016. Viena: Naciones Unidas.

Junta Nacional de Drogas, (2012). *Desvelando velos... sobre Drogas y Género*. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas.

Junta Nacional de Drogas, (2016). Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares. Montevideo. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OD\\_ultima\\_rev.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_OD_ultima_rev.pdf)

Junta Nacional de Drogas, (2020). Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares. Montevideo. Disponible en: [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII\\_Encuesta\\_Nacional\\_consumo\\_drogas\\_estudiantes\\_ense%C3%B1anza\\_media\\_2020.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII_Encuesta_Nacional_consumo_drogas_estudiantes_ense%C3%B1anza_media_2020.pdf)

MENÉNDEZ, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y escrituras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Memoria 14 EFLAC. Diversas pero no dispersas. (2018) Cotidiano Mujer. Montevideo.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*. Viena: Naciones Unidas.

SEN, Gita, ÖSTLIN, Piroška (2007). Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality

in Health: Why it exist and how we can change it. Disponible en:  
[http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN\\_FINAL\\_REPORT.pdf](http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf)

SCOTT, Joan (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Lamas  
Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.  
PUEG, México. 265-302p.