

# **Espejos, diálogos y reflexiones sobre comportamientos y determinaciones en la consulta de mediación intercultural con población inmigrante latinoamericana, desde una perspectiva de géneros\***

---

## **Mirrors, dialogues and reflections on behavior and determinations in intercultural mediation consultation with Latin American immigrant population, from a gender perspective**

---

## **Espelhos, diálogos e reflexões sobre comportamentos e determinações na consulta de mediação intercultural com população imigrante latino-americana, desde uma perspectiva de gêneros**

Fecha de recepción: 23-11-11 Fecha de aceptación: 22-02-13  
SICI: 1657-7027(201301)12:24<10:EDRSCD>2.0.TX;2-6

Elba María Bermúdez-Quintana\*\*

---

\* Artículo de reflexión producto de experiencias personales, académicas y laborales en Valencia, España, que forjaron y enriquecieron la formación y la cultura de la autora (es femenino), desde una perspectiva de géneros y en igualdad democráticas de las personas y sobre la tesis doctoral titulada “Mujeres inmigrantes y salud: testimonios colombianos”, la cual versó sobre las reflexiones de mujeres inmigrantes sobre su salud, la familia, la pareja, el trabajo y las proyecciones futuras. En este documento, la autora hace referencia a la perspectiva de “géneros”, ya que contempla la posición masculina, femenina y de cuerpos en tránsito (transsexuales), acepta que hay formas de ser y de vivir más allá que el binarismo de ser hombre o mujer, como por ejemplo, las personas transgénero y toda la amalgama y diversidad de personalidades que aunque aún no son visibles socialmente, son totalmente válidas.

\*\* Odontóloga, Colegio Odontológico Colombiano. Magistra en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, y doctora en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Politécnica de Valencia, de Valencia, España. Además de haber tenido experiencia como investigadora en Valencia, fue formada como mediadora intercultural por la Fundación CeiMigra de Valencia, España y trabajó como tal en la Conselleria de Sanitat de la ciudad en mención. Desde agosto de 2011, es coordinadora del Departamento de Salud Pública del Colegio Odontológico, Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC) e investigadora para Colciencias en la Convocatoria 537 de 2011, orientado por la unión temporal “Por un inicio Parejo de la Vida”.



### Resumen

El propósito de este documento es llevar a la reflexión y al análisis la experiencia de mediación intercultural en el ámbito sanitario en la ciudad de Valencia, España, con usuarios/as migrantes provenientes de países latinoamericanos. Los principales problemas de salud de esta población migrante registrados en los centros sanitarios de atención primaria se concentran en las áreas de salud sexual y reproductiva, dentro de los que se destacan una alta frecuencia del “madresolterismo”, incremento de las interrupciones voluntarias de embarazos (IVE); difícil uso y baja aceptación de métodos anticonceptivos, tanto por parte de las mujeres como de los varones, y por último, la identificación de relaciones asimétricas en las parejas. Estas circunstancias son analizadas desde una perspectiva de géneros para tener un mejor acercamiento a la realidad social.

**Palabras clave:** migración feminizada, perspectiva de géneros, salud sexual y reproductiva, madresolterismo, relaciones asimétricas, IVE

**Palabras clave descriptor:** España-emigración e inmigración-América Latina, España-Emigración e inmigración-Aspectos sociales, Salud sexual y reproductiva, madres solteras, relaciones de pareja, Aborto

### Abstract

The purpose of this paper is to reflect and analyze the experience of intercultural mediation in the health field in the city of Valencia, Spain, with migrants users from Latin American countries. The main health problems of the migrant population recorded in the primary health care centers are concentrated in the areas of sexual and reproductive health, there is a high frequency of “single mothers”, an increased voluntary interruptions of pregnancies (IVE for its acronym in spanish), a difficult usage and low contraceptive acceptance by both women and men, and finally, an identification of asymmetrical relations in couples. These circumstances are analyzed from a gender perspective to have a better approach to social reality.

**Keywords:** feminized migration, gender perspective, sexual and reproductive health, single motherhood, asymmetrical relations, IVE

**Keywords plus:** Spain-emigration and immigration-Latin America, Spain-emigration and immigration-Social aspects, sexual and reproductive health, single mothers, relationships, Abortion

### Resumo

O propósito deste documento é levar à reflexão e análise a experiência de mediação intercultural no âmbito sanitário na cidade de Valencia, Espanha, com usuários/as migrantes provenientes de países latino-americanos. Os principais problemas de saúde desta população migrante registrados nos centros sanitários de atenção primária concentram-se nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, dentro dos que destaca uma frequência alta de “mães solteiras”, o incremento das interrupções voluntárias de embarços (IVE); o difícil uso e baixa aceitação de métodos de contracepção, tanto por parte das mulheres quanto dos varões, e por fim, a identificação de relações assimétricas nos casais. Estas circunstâncias são analisadas desde uma perspectiva de gêneros para ter melhor acercamento à realidade social.

**Palavras chave:** migração feminizada, perspectiva de gêneros, saúde sexual e reprodutiva, “mães solteiras”, relações assimétricas, IVE.

**Palavras chave descritores:** Espanha-Emigração e imigração-América Latina, Espanha-Emigração e imigração-Aspectos sociais, SRH, mães solteiras, relacionamentos, aborto

## Introducción

Este documento nace de las reflexiones, en el espacio de la mediación intercultural en el ámbito sanitario, de más de 450 usuarios/as latinoamericanos/as residentes en la ciudad de Valencia, España, sobre sus proyectos reproductivos. Estas personas, provenientes principalmente de Ecuador, Colombia y Bolivia, fueron atendidas en la consulta de mediación intercultural en los centros de salud de Russafa y de Fuente de San Lluís, pertenecientes al Centro de Salud Pública de Valencia<sup>1</sup>, desde julio de 2007 a julio de 2010.

La consulta de mediación intercultural en el ámbito sanitario se centra en actividades de acercamiento de la población migrante con los servicios sanitarios, tales como: escucha activa, *counseling*<sup>2</sup>, acompañamiento y derivación a recursos sociales, laborales y de psicología por duelos migratorios.

Desde que España se vio sorprendida por la “oleada” de la migración en la década del 2000, los sistemas sociosanitarios no pudieron hacer frente de forma estructural y se vieron muchas veces incapaces de resolver la demanda de los/as migrantes, lo cual dio lugar a conflictos entre los/as demandantes del servicio y los prestadores. Ante esta situación, surgió la necesidad de introducir en el sistema sanitario la figura de la mediación intercultural, para que sirva de “puente” entre unos/as y otros/as y así

poder “aliviar” tensiones y “desatar nudos” de incomunicación.

Las principales características de esta población migrante es que está en edad económicamente activa (25 a 55 años), hace parte de proyectos de migración generalmente feminizados y en solitario, llevando consigo intenciones de reproducción dadas por la edad y transmitiendo culturas distintas, diversas y heterogéneas con respecto a la población valenciana.

Los itinerarios de entrada y de acceso de los servicios de salud difieren en cada país y en cada cultura, y esto aunado a un lenguaje técnico por parte del recurso humano sanitario, más el desconocimiento de quienes vienen de otros países y culturas, hace que se produzcan episodios de conflicto entre unos/as y otros/as. De esta forma, se hacen necesarias acciones de mediación intercultural en atención primaria, siendo esta la puerta de entrada al sistema de salud.

Los principales problemas de salud de esta población migrante registrados en los centros sanitarios de atención primaria se concentran en las áreas de salud sexual y reproductiva, y entre ellos se destacan una alta frecuencia del “madresolterismo”; incremento de las interrupciones voluntarias de embarazos (IVE)<sup>3</sup>; difícil uso y baja aceptación de métodos anticonceptivos, tanto por parte de las mujeres como de los varones; y por último, detección de relaciones asimétricas en las parejas.

Todos estos aspectos deben ser analizados desde una perspectiva de género, ya que la postura de las mujeres y de los varones es diferente y desigual y conlleva inequidades altamente prevenibles desde la reflexión, el *counseling* y la apropiación del papel que se ha de desempeñar, tanto por parte del

1 El Centro de Salud Pública de Valencia, España pertenece a la Dirección General de Salud Pública de Valencia y reúne a los departamentos administrativos 4, 5, 6, 7 y sus unidades funcionales.

2 El término *counseling* es una voz inglesa. Como actividad requiere una formación profesional que pretende llegar a la prevención y atención de problemas de la vida cotidiana o conflictos relacionados con crisis vitales tales como sexualidad, adolescencia, relaciones de pareja, adicciones y otros, con un importante uso de recursos provenientes de la psicología.



sistema sanitario como de los y las pacientes que buscan el servicio.

## **La reproducción desde la consulta de mediación intercultural**

Se parte de la base de que los mismos sistemas de salud han sido concebidos, gestionados y desarrollados desde una visión androcéntrica, y a partir de ahí la investigación, los servicios y la atención a mujeres y a varones tienen una sola mirada. La historia y la sociología de las profesiones sanitarias en el ámbito europeo señalan que los modelos de salud tienen en común que parten de la idea de la homogeneidad y que todos mantienen una perspectiva androcéntrica. De acuerdo con el criterio de homogeneidad, las élites profesionales y los órganos de representación y/o poder de la profesión médica se equiparan a la generalidad de las sociedades y, por tanto, no se tienen en cuenta las diferencias por géneros.

Son diversos los espacios sanitarios en donde

se identifican tales inequidades, pero quizás la más evidente, es la que corresponde a la salud sexual y reproductiva. Es por todos y todas incuestionable que tanto la investigación como las acciones y las actividades en el área de la reproducción recaen casi exclusivamente sobre la mujer, considerada como la única responsable y como único sujeto activo de tal proceso.

Las y los profesionales de la salud asignan a las mujeres el control de la natalidad y les delegan los proyectos de gestación, crianza y educación de los/as hijos/as. En una rápida mirada, la investigación dedicada a buscar nuevos métodos anticonceptivos se centra casi exclusivamente en aquellos métodos relacionados con la biología femenina, llegando a ser muchos más y muy variados, mientras que los métodos anticonceptivos dirigidos al varón se limitan al preservativo masculino y a la vasectomía. Casualmente o no los métodos anticonceptivos femeninos tienden a generar más efectos secundarios que los masculinos. Tanto es así que muchas mujeres en la consulta de mediación

3 Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España quedaron despenalizadas, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
- Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto.

La red pública sanitaria es la principal encargada de realizar estos procesos, y la red privada puede actuar, bajo acuerdos de vinculación con la red pública. Desde el 5 de julio de 2010, las interrupciones voluntarias del embarazo están reguladas a través de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. El seguimiento y evaluación de las IVE que tienen lugar en España se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado español. Cada IVE que se practica ha de ser notificada por el médico

responsable de esta a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma donde se llevó a cabo la intervención, quien a su vez informa a la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dada la sensibilidad de estos datos, tanto la información referida a la embarazada como la del centro en el que se realiza la IVE es considerada confidencial. No se facilita información que no sea agregada y siempre por comunidades autónomas de residencia de la mujer que toma la decisión. Todas las personas que en virtud de su trabajo han de manejar esta información están sometidas al secreto estadístico, además del profesional que en su caso corresponda. Con carácter anual, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, una vez que los datos recogidos son contrastados, tabulados y analizados, elabora una publicación anual con las estadísticas correspondientes referidas al conjunto del Estado y facilita a las autoridades sanitarias de cada comunidad autónoma, información sobre las IVE de mujeres residentes en su comunidad que han decidido someterse a esta práctica fuera de la comunidad a la cual pertenecen.

intercultural manifestaban un gran temor al usarlos ya que los referían como algo “extraño” a su cuerpo y a su biología. Un grupo nada despreciable de feministas defienden y apoyan esta postura y aceptan solamente el preservativo masculino y el femenino como método anticonceptivo, junto con los juegos y acercamientos eróticos sexuales sin penetración genital.

Este ejemplo describe una desigualdad relacionada con el género, ya que apunta a la mujer como la casi única responsable del uso de los métodos anticonceptivos y, por ende, la única responsable del control de la natalidad en la sociedad. Sin embargo, su responsabilidad no sólo llega allí. La sociedad le delega la total responsabilidad durante todo el proceso de embarazo (excluyendo por lo general al padre, más aún si es un embarazo no deseado y fuera del matrimonio), del contagio de enfermedades de transmisión sexual y de todas las consecuencias de una IVE. Estas situaciones excluyen socialmente al varón desde los mismos servicios de salud, pasando por la investigación en salud, así como por los programas y proyectos que tengan que ver con la reproducción. No es gratuito que la gran mayoría de los varones perpetúan el comportamiento machista en varios aspectos: son desentendidos y hasta renuentes en términos de uso y aceptación del preservativo y de la vasectomía; no son comprometidos durante la gestación, nacimiento, puerperio y crianza del/a bebé; y por lo general demuestran un total desentendimiento en una eventual IVE; afirman que la anticoncepción no es su responsabilidad y que el tema de cuidado tampoco les compete.

Durante la consulta de mediación intercultural uno de los mayores retos era precisamente involucrar al varón durante todos estos procesos, y no solo con ellos sino también

concienciar a las mujeres latinoamericanas que acudían a la consulta para que “permitieran” y “aceptaran” que estos espacios no les correspondían tan solo a ellas y que por tanto tenían que aprender a construir en conjunto.

Esta situación de desigualdad entre géneros en materia de salud reproductiva se da sobre todo en aquellas parejas con uniones afectivas temporales construidas en los países de destino, en este caso España, y paralelamente con proyectos formales de pareja en sus países de origen. La circunstancia de la movilidad humana, en este caso la migración transnacional, hace que las personas que migran solas, aun con proyectos de pareja y de familia estables en los países de origen, se unan con otras personas en los países de destino, por motivos de soledad y para buscar alivio en los gastos que les demanda su nuevo estatus de migrantes<sup>4</sup>. Esta situación hace que los proyectos reproductivos y afectivos tanto de hombres como de mujeres se comporten de forma distinta con respecto a aquellas personas que sí tienen proyectos de pareja estables.

Rosely Gomes Costa (1) realizó una investigación en la consulta de reproducción humana de la Universidad Estadual de Campinas del Estado de São Paulo, Brasil, en la cual demostró cómo la maternidad era fundamental en la construcción de la noción de feminidad de las mujeres que buscaban tratamientos de fertilidad, y cómo este estado era valorado como un deseo, así como un acontecimiento natural en la vida de aquellas

4 Para el año 2010 e inicios del 2011, en Valencia capital, el alquiler de un piso medio estaba alrededor de unos seiscientos a ochocientos euros al mes, con tres habitaciones y dos baños. Las personas migrantes establecen estrategias de supervivencia y muchos latinoamericanos/as comparten un mismo espacio y se “subarriendan” habitaciones a personas, parejas y/o familias. Estas pueden ser: parejas solas, parejas con sus hijos e hijas, personas solas o personas acompañadas de otras que no necesariamente tienen lazos afectivos o familiares.



mujeres. Sin embargo, la investigadora llevó más allá sus propósitos investigativos y se preguntó si la paternidad era concebida por los hombres de la misma forma, o sea, como un proyecto fundamental para su masculinidad. Los resultados demostraron que la paternidad es considerada como un eje fundamental para una determinada masculinidad, particularmente la de los casados, en tanto que la de los solteros puede fundamentarse en su falta de responsabilidades, libertad sexual y acceso a varias mujeres. Así, según los resultados obtenidos, el casamiento (heterosexual y monogámico) recrea la noción de masculinidad al incorporar la paternidad, con sus consecuentes responsabilidades.

Por otra parte, los entrevistados comentaron que la paternidad no es concebida solamente para “hacer hijos”, sino que está relacionada también con la capacidad de “mantenerlos materialmente y de educarlos” y como una forma de transferir sus legados personales. Mantener económicamente a los/as hijos/as es una responsabilidad considerada masculina, lo que coloca el trabajo remunerado de los hombres como referencia fundamental en las concepciones sobre paternidad y masculinidad. De esa manera, desde la postura de los hombres entrevistados, “tener hijos y poder tener capacidad de manutención económica para sostenerlos” es considerado un atributo masculino.

Así mismo, los análisis de las entrevistas demostraron que la paternidad “puede llegar a ser” apreciada como una atributo de la masculinidad, pero no de la misma manera la maternidad es catalogada como una particularidad de la femineidad. La maternidad es vista por las mujeres entrevistadas como una “situación natural e instintiva”. No es una construcción social y personal desde su estatus de mujeres y se entiende que toda mujer lo lleva inserto; en cambio, los hombres entrevistados dicen que la paternidad es “como un deseo”, que se establece en un determinado

momento de sus trayectorias de vida, o sea, a partir del matrimonio, y que este sentimiento madura con el tiempo. La paternidad es vista por los hombres como un proyecto futuro, mientras que la maternidad es un aspecto que aparece siempre, a todo lo largo de la vida de las mujeres, sin necesidad de tener un matrimonio de por medio.

Estos análisis confirman que la forma de “saberse y sentirse” padres o madres depende del tipo de educación y cultura recibidas. Para unos varones, el desarrollo de la paternidad depende en gran medida si su vida está ligada a una vida en pareja, a la manutención económica de la familia y, de esta manera, asegura la descendencia y su perpetuidad con el apellido masculino. Para muchas mujeres, la maternidad está ligada a un proceso natural, a su proceso y desarrollo vital y a un deseo que viene ligado a su forma de vida. A la mayoría de las mujeres latinoamericanas aún solo se las educa para ser madres, y desde este punto de partida justifican su vida desde la reproducción.

La cultura androcéntrica todavía se instaura en los servicios de salud y el problema no se centra tan sólo en los servicios de salud sexual y reproductiva, sino que además se extiende a otros niveles como los de acceso a los recursos y los procesos para proteger la salud de las mujeres. Dicho en otras palabras, la mirada en la atención sanitaria dirigida a mujeres y hombres se puede catalogar como no igualitaria entre los géneros. Por ejemplo, desde los servicios de salud, la mujer es vista sobre todo como un ser social reproductor, como la única responsable del embarazo, parto, puerperio y crianza de los/as hijos/as, pero se le invisibiliza y se le deja de lado en otros aspectos vitales como son sus necesidades de salud en la infancia, en la adolescencia, durante la menopausia y en sus necesidades y proyectos de vida de la tercera y cuarta edad.

Dentro de todos estos procesos vitales, existe una situación particular y es aquella



que identifica a la mujer que decide por voluntad propia no participar en proyectos reproductivos. Los servicios de salud tienden a presionarla para ser madre ya que varias de sus dolencias aún se explican desde la reproducción. Es más que discutido que diversos tipos de cáncer “se curan” si ella amamanta, varios desarreglos hormonales se controlan “si se tiene un hijo”, y muchas patologías mentales se aliviarían “si ella decide no quedarse sola y tiene un hijo”. De acuerdo con Jesús Rogero-García (2), no son pocos los médicos y médicas que creen que las necesidades de salud de las mujeres están asociadas con su rol de cuidadoras y de madres y que una mujer llega a la feminidad plena siempre y cuando sea madre.

Por lo general, cuando una mujer decide no asumir un proyecto reproductivo, se tiende a estigmatizar tal posición, como si el hecho de ser madre fuera inherente a su condición femenina y no un producto de opción de vida. El espacio sanitario no deja de ser un espacio que reproduce el discurso de una hegemonía francamente pronatalista y amenazante: “si no tienes hijos, tienes más riesgo de enfermar”.

La mujer para la mayoría de los servicios de salud existe, en tanto en cuanto ella sea un ser reproductor, y sus otros campos de realización quedan excluidos de las políticas de salud. Si ella decide de antemano no ser madre, se le excluye de la sexualidad y de la reproducción. Se sigue ligando sexualidad con reproducción, se sigue refiriendo la reproducción con tener hijos e hijas biológicos/as (se puede tener hijos e hijas desde la adopción) y se relaciona la reproducción solamente con el hecho de tener descendencia biológica.

Por lo general, en los servicios de salud no se da la debida importancia a aquellas mujeres que por problemas de salud, por ciclo vital —premenopausia y menopausia—, por el tipo de profesión ejercida, por motivos culturales y/o religiosos, o simplemente por

decisión propia, optan por no tener hijos/as. Si la reproducción únicamente se le asigna a la mujer, se está excluyendo a todos los actores sociales que participan de este proceso y a la sociedad misma. La reproducción es más que la capacidad de tener hijos e hijas; incluye efectivamente sentimientos y actitudes de paternaje<sup>5</sup> y maternaje<sup>6</sup>, además de la disposición directa y favorecedora del desarrollo, educación y cuidado de otros seres.

De acuerdo con Alfonsa Rodríguez (5), aunque no es una práctica mayoritaria, es un hecho que cada vez más mujeres y hombres optan por no tener hijos e hijas. Desde mediados de la década del 2000, las tasas de nacimientos en Europa, Estados Unidos y varios países de América Latina han disminuido. Y aunque es cierto que los problemas de fertilidad están en aumento, las estadísticas muestran que la mayoría de las mujeres y hombres que no tienen hijos e hijas, lo han hecho de forma voluntaria. Siguiendo a la investigadora Alfonsa Rodríguez, las posibles causas que llevan a una mujer a no optar por un proyecto reproductivo son las siguientes:

1. Gracias al feminismo, la mujer identifica la emancipación del sistema patriarcal que la encasilla exclusivamente como madre, cuidadora y responsable de la educación de los/as hijos/as, y opta por una posición social de independencia.
  2. Transformación del mercado laboral y nuevas oportunidades educativas para mujeres.
  3. Se desarrolla y se redefine la identidad de la mujer. Esta, al educarse y ganar
- 
- 5 Paternaje es un término definido como aquella acción que consiste en ser la guía tutelar masculina de crianza, ofrecerse para ser una imagen con la cual puedan los hijos e hijas puedan identificarse, estar presente, dar ejemplo, amar y ser amado (3).
  - 6 Maternaje se refiere al conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad, dicho en otras palabras, son los recursos internos y externos los que permitirán enfrentar y superar los nuevos desafíos que plantea el desarrollo (4).



dinero negocia desde un plano de mayor igualdad.

4. Oferta variada de métodos anticonceptivos dirigidos a la mujer que le permiten el control de la natalidad a pesar del costo social que le acarrearán, pues sigue cuestionándose su ausente papel de madre. La fertilidad de una mujer parece ser considerada por muchos como una propiedad pública.
5. Defender el espacio propio para invertir en proyectos laborales, personales y de ocio, particulares a cada mujer, construyendo a voluntad un propio estilo de vida. Es oportuno citar que estas mismas razones fundamentan a los varones que deciden no ser padres.

Muchas sociedades, principalmente las que están inmersas en ideologías machistas o aquellas que promueven políticas pronatales, ya sea por asegurar reemplazos generacionales o por activar la economía, se resisten a la idea de que las mujeres no quieran ser madres.

Las incipientes investigaciones al respecto afirman que el llamado “instinto maternal” sea algo más cultural que biológico, ya que según David Barash (6) “la característica más notable de la especie humana es la capacidad para decir ‘no’”. El autor afirma que “durante más del 99,9% de su historia evolutiva, los seres humanos no han tenido el lujo de decidir si reproducirse o no: simplemente bastaba con involucrarse en una relación sexual para solucionar ese problema”.

Las investigadoras Rosalba Todaro y Sonia Yáñez (7) argumentan que las académicas y activistas feministas llamaron la atención sobre este tema y se produjeron importantes debates, en especial en la década de 1970, en los cuales se teorizó sobre el tema de la reproducción desde distintas corrientes de pensamiento.

Las autoras en mención identifican tres aspectos de la reproducción: la reproducción

social, la reproducción de la fuerza de trabajo y la reproducción biológica que implican diferentes niveles de abstracción teórica. Lourdes Beneria (8) afirma que la distinción de estos tres niveles facilita el análisis del modo en que las mujeres se ven afectadas por la reproducción (6), a la vez que permite ver las formas que asume la reproducción en distintas configuraciones históricas.

De acuerdo con las investigadoras Yáñez y Todaro, se debe ir mucho más allá de la mera reproducción biológica; tanto varones como mujeres participan de la reproducción social, en mayor o menor medida. La reproducción social se refiere a la reproducción de las condiciones que sostienen un sistema social. Este tipo de reproducción se refiere a la transmisión del acceso y el control de recursos de una generación a otra, lo cual varía con el tipo de organización social. Al analizar la noción de reproducción, Michel Aglietta (9) señala: “Hablar de reproducción es mostrar los procesos que permiten que lo que existe siga existiendo. En un sistema en que las relaciones internas se transforman, no todo sigue existiendo. Es necesario, por lo tanto, estudiar el modo en que surge lo nuevo en el sistema”.

Este concepto hace reflexionar que no solamente las mujeres y los hombres que deciden ser madres y padres deben ser tenidos/as en cuenta por los sistemas de salud. Todas aquellas personas que participen en los procesos de reproducción social pueden, en primer término, no tener hijos e hijas, y segundo, tener necesidades de salud que los servicios de salud sexual y reproductiva no contemplan con la suficiente visibilidad.

En cuanto a la *reproducción de la fuerza de trabajo*, y siguiendo con las autoras Todaro y Yáñez (7), antes citadas, definen que mientras la reproducción biológica se refiere estrictamente a la procreación y el desarrollo físico de los seres humanos, la reproducción de



la fuerza de trabajo se relaciona con el proceso por el cual esos seres humanos se convierten en trabajadores. Incluye la educación, la transmisión de técnicas de producción, la formación de disciplina laboral, etc. Esto difiere según el tipo de sociedad de que se trate y del nivel de desarrollo. Es importante recalcar que en diversos espacios, como son la reproducción de la fuerza de trabajo, la reproducción biológica y la reproducción social, la responsabilidad es de todos y de todas y, por tanto, los espacios sanitarios, definidos como espacios sociales, deben aprender a identificar necesidades de salud diversas de aquellas que se requieren en la reproducción biológica.

La reproducción comprende varios campos, varios actores y varios aspectos. La manera como las personas decidan tener hijos e hijas puede ser por la vía de la adopción o puede ser por el camino del cuidado. En cuanto a la adopción, los diversos sistemas de protección social tienen en cuenta que los padres y las madres adoptantes tienen los mismos derechos de semanas de licencia de maternidad y paternidad que los de los padres y madres biológicos/as.

La reproducción por el camino del cuidado social, es claramente asignada por la desigualdad de géneros. Es evidente que en las sociedades latinoamericanas, las mujeres son las encargadas del cuidado, crianza y educación de los niños y las niñas, además del cuidado a las personas dependientes. En la consulta de mediación intercultural, la casi totalidad de las mujeres migrantes que acudían a la consulta, se dedicaban al servicio doméstico y además se daba por hecho que debían ser las responsables del cuidado de la familia.

Según Anna Belén Sánchez García (10), los espacios de la reproducción existen más allá del ámbito doméstico. Escuelas, mercados, centros médicos, residencias de personas mayores, servicios de la administración pública, etc.,

son ejemplos de los espacios no domésticos en los que se desarrolla parte del trabajo de la reproducción. En estos las mujeres y sobre todo las migrantes, están presentes haciendo la compra, llevando a ancianos, yendo a buscar recetas o medicamentos. Su presencia física y activa, por falta de reconocimiento social, las vuelve invisibles.

De acuerdo con la socióloga María Ángeles Durán (11), estas personas cuidadoras que trabajan en el ámbito doméstico, no solo se dedican al cuidado de los y las menores, sino que también desarrollan otra serie de actividades, minando su salud: administración de los recursos y del consumo familiar; socialización y cuidado de niños y niñas; limpieza; costura; alimentación; cuidado de enfermos y enfermas; acompañamiento a otras personas; reparación y mantenimiento de la vivienda; cuidado de plantas y animales domésticos y representación simbólica de la familia

El *cuidado* se brinda a todas las personas sin excepción en algún momento del ciclo vital humano, siendo proporcionado casi exclusivamente por mujeres. El cuidado se brinda a los infantes, a las personas de tercera y cuarta edad, a quienes requieren cuidados de salud, discapacitadas y a todas aquellas que necesiten atención. Dicho en otras palabras, todas las personas requieren en algún momento de su vida el cuidado, y este hace parte de la reproducción. Las sociedades urbanas actuales y los sistemas económicos y productivos no tienen en cuenta esta necesidad.

La perspectiva de género analiza quién, cómo y dónde es proporcionado este cuidado. En este horizonte, se describen dos desigualdades que se dan entre hombres y mujeres: el tema del cuidado como proveedor de bienestar por parte de las mujeres y la doble carga laboral que deben sufrir las mujeres. Ya se ha descrito que en cualquier sociedad la función básica de cuidado se le asigna, salvo



contadas excepciones, a la mujer. El *cuidado* se constituye en base del bienestar y del desarrollo personal; sin embargo, no tiene prestigio social y por ende tampoco le es asignada ninguna retribución económica.

Hilary Standing (12) y María Antonia Avilés (13) confirman que las tareas domésticas recaen de forma generalizada en las mujeres: la esposa, la hija, la hermana, o la empleada doméstica si la mujer pertenece a un estrato económico solvente. Si no se contrata a ninguna empleada doméstica, a la mujer de la casa, tanto si trabaja como si no, se le delegan y tiene que asumir las tareas domésticas con total responsabilidad. Los varones y la sociedad endosan esta responsabilidad a las mujeres, y ellas y la sociedad así lo aceptan. Al no ser reconocido el trabajo doméstico, la mujer que lo lleva a cabo se encuentra en situación desventajosa con respecto a las condiciones medias vigentes en el mercado; no obstante lo cual sigue abocada a permanecer en la misma situación.

Las investigaciones de María Ángeles Durán (11) y Jesusa Izquierdo, Olga del Río y Agustín Rodríguez (14) coinciden en evidenciar que esta circunstancia revela que existe una adscripción estructural de la mujer al trabajo doméstico (cuidado y labores del hogar), no una libre elección personal de este, aunque tal situación varía según la condición socioeconómica. En los sectores sociales privilegiados, o con mayor capacidad adquisitiva, se llega a la contratación de servicio doméstico, circunstancia que “libera” a ciertas mujeres de la ejecución del trabajo doméstico, pero no de sus responsabilidades como “amas de casa” (12).

Las pautas culturales consideran al trabajo doméstico como “no cualificado”, ya que parece nula la necesidad de instrucción para desempeñarlo, pero en realidad abarca buena parte del tiempo de socialización de las mujeres. En definitiva, en el contexto actual

basta con “ser mujer” para estar cualificada para tales tareas, socialmente poco valoradas<sup>7</sup> Sin embargo, no es lo mismo trabajar en un hogar como ama de casa, como empleada doméstica o como “señora” que dirige el trabajo. Tales diferencias se generan, no desde la propia esfera del trabajo doméstico, sino desde la posición que cada grupo ocupa en el mercado de trabajo.

El cuidar y realizar todas las labores del hogar no debe ser exclusivo de las mujeres, tiene que ser una responsabilidad de todos los miembros de la familia, así como la producción de bienes. Es la llamada “corresponsabilidad doméstica”. Todas las personas son objeto de cuidados y todas en algún momento de su vida deben de cuidar a alguien. Como lo dice María Jesús Criado (16), se trata de un problema con una pluralidad de dimensiones que implica que el compromiso ético es de cada uno y cada una.

“Cuidar” y “sexismo” son dos términos que están íntimamente relacionados. Las sociedades deben procurar la eliminación del sexismo y la socialización del cuidado. Dicho en otras palabras, se puede y se debe hacer sensibles no solo a las mujeres, sino también a los hombres ante las necesidades de cuidado y, sobre todo, tanto la sociedad como la familia deben dejar de presionar y estigmatizar a aquellas mujeres que apuestan por trabajar fuera de casa, en vez de cuidar, con sentido del éxito social y de la realización profesional. Cuidar, como lo propone María Jesús Criado, se debe tomar como una cuestión colectiva y social.

Yolanda Puyana Villamizar (17) cita a la antropóloga Margaret Mead (18), quien

7 “... en el caso del trabajo doméstico remunerado, cuidar niños, cocinar y limpiar es sentido por la sociedad en general como actividades naturales a la mujer, de la misma manera que parir, lo que induce a la idea de que cualquier mujer, por el solo hecho de ser mujer, puede desempeñarse en esa ocupación sin ningún tipo de entrenamiento o capacitación” (15).

investigó a los mundugumor de Papúa Nueva Guinea desde 1931 hasta 1933, ya que cumplían con las funciones paternas y maternas sin importar el sexo y, por tanto, tenían cualidades femeninas y masculinas indistintamente. Mead sostiene que los mundugumor “carecen de toda noción de rasgos de temperamento que indiquen dominación, objetividad y maleabilidad asociados a la diferencia sexual”. Estas afirmaciones confirman que tanto los papeles femeninos como los masculinos son construcciones culturales de las sociedades.

En nuestros países, de cultura latina y androcéntrica, se tiene una clara visión de papel que deben cumplir las mujeres y los varones en el tema del cuidado. De acuerdo con Jesusa Izquierdo (19), en el hogar la mujer construye una subjetividad para la cual es aceptada y valorada por las actividades que realiza. La subjetividad con que se construye da pie a una cierta disposición ética. La *ética del cuidado* se funda en la medida en que “yo puedo aportar a los míos y a los otros” para que sus condiciones de vida mejoren. Es lo que Diemut Elisabeth Bubeck (20) denomina “*other directed*”, expresión que se podría traducir como “dirigido a los otros”. Como lo advierte el autor, las demandas de los demás son motivadoras, incluso apremiantes. La atención y la respuesta a los demás hacen que la mujer sea incapaz de defenderse de la explotación, porque cuando alguien está necesitado antepone esa necesidad a sus propios intereses, incluso cuando no es ella la responsable de satisfacerla. Este tipo de disposición subjetiva hace que las mujeres sean muy vulnerables.

Todas estas circunstancias hacen que la mujer responsable de la reproducción social en el espacio doméstico sea vulnerable física y emocionalmente. Es de esperar que los sistemas de salud se hagan eco de esta situación.

En la investigación de Elba María Bermúdez Quintana (21) se evidencia que la mujer tiene una gran percepción de la salud propia, de sus causas y de la aplicación de la medicina casera, esta cualidad la convierte en la responsable del cuidado de la salud. Se consideran responsables del nivel de salud familiar, dejando de lado aspectos como el trabajo doméstico y valorando el hecho de cuidar con un importante contenido moral. En torno a ellas giran las decisiones y acciones referentes a la salud o a la enfermedad. Su presencia es determinante para el cuidado doméstico de los enfermos graves, de los excluidos del sistema sanitario institucional y de aquellos que sufren el rechazo por parte del sistema sanitario.

### **El cuidado: un tema ignorado en los servicios de salud**

Según otro estudio clásico de María Ángeles Durán (22), solo el 12% del tiempo total que necesita el cuidado de la salud de las personas españolas es proporcionado por el sistema sanitario (formal), el 88% restante lo cubre la familia. Es de todos sabido que las principales proveedoras de esta ayuda son las mujeres de la familia, por el siguiente orden: la esposa, la madre o la hija de la persona que padece la dependencia o limitación.

Las consecuencias de cuidar han sido suficientemente estudiadas, pero insuficientemente tratadas. Si bien se conocen y se han comprobado las dolencias que sufren, no se llevan a cabo planes y programas dirigidos especialmente a las mujeres cuidadoras. Estas situaciones y estos “olvidos” se deben a la invisibilidad del papel de la mujer cuidadora en la economía formal, en la falta de conciencia de sus propios problemas (silencio de sus dolencias) y en la falta de tiempo para acceder a los servicios de salud en busca de ayuda y orientación, otra de las razones que se añaden a la larga lista de la cultura androcéntrica, en la cual han sido



formados quienes trabajan en los servicios de salud. No reconocen y no visibilizan el valor del cuidado, el trabajo doméstico y el tiempo dedicado a la reproducción.

Carlota Solé y Sònia Parella (23) afirman que si esto ocurre con las mujeres españolas, con las mujeres migrantes la situación es aún más complicada. Su verdadera invisibilidad, la doble discriminación a las que se ven sometidas (su reciente presencia en el servicio público de salud y su recién comprobado duelo por desarraigo y adaptación a la sociedad de acogida, agravan y dificultan el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación). Estas evidencias son confirmadas por Joseba Atxotegui (24) quien define que los y las migrantes están sometidos/as a un estrés emocional y psicológico que él denomina “síndrome del inmigrante”. Se tiene duelo con cuatro factores vinculantes: soledad, al no poder traer a su familia; sentimiento interno de fracaso, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral; sentimiento de miedo, por estar muchas veces vinculados a mafias; y sentimiento de lucha por sobrevivir.

Se pueden citar varias causas que enmarcan esta circunstancia. Una de ellas es que tradicionalmente hay muy poca representatividad femenina en los puestos de decisión en los sistemas de salud en los diferentes niveles, a pesar de la alta feminización del sector, situación que probablemente sensibilizaría más el tema del cuidado. La baja representación femenina en los órganos de poder de los sistemas de salud, limita la representación de las necesidades de salud de las mujeres autóctonas e migrantes en el diagnóstico de sus prioridades, minimiza la elaboración de programas específicos, la formulación de políticas de género y salud y debilita la asignación y planificación de los recursos en el tema.

Las cuidadoras son conscientes de la fragilidad de la salud de las personas a quienes cuidan, y su consecuente dependencia no les permite abandonar su puesto de trabajo. Son actividades que demandan una atención permanente y constante y les ocasionan una sensación de “encierro” que va desgastando sus energías. En la consulta de mediación intercultural, los relatos de las mujeres que se dedican a cuidar personas mayores manifiestan que las circunstancias de dependencia son relevantes. La mayor parte de los cuidados que necesitan (hacer la compra, preparar las comidas, bañarse o ducharse, realizar tareas domésticas, subir y bajar escaleras, etc.) conforman actividades cotidianas que son invisibles por la sociedad, pero fundamentales para la supervivencia diaria.

Distintos estudios apoyados por la Consejería de Salud en Almería, España (25) han concluido con que al año de iniciar labores de cuidados la mayoría de las personas sufre problemas serios, tanto físicos como psíquicos. Así, el 61% padece fuertes dolores de espalda, el 57% presenta anomalías articulares y un 43% se queja de intensos dolores de cabeza. Además, un 23% presenta depresión y un 48% sufre estrés a diario. Cuidar es casi siempre sinónimo de dolor físico. La mujer debe permanecer varias horas de pie, asistir a un enfermo dependiente y no disfrutar de horas de sueño reparadoras. Cuando se habla con mujeres cuidadoras, ellas refieren cómo muchas veces las horas de descanso nocturno son interrumpidas por estar en vigilia. Estos casos se dan si ellas están encargadas del cuidado de personas mayores. Expresan temor de que algo les pase durante la noche y muchas veces no logran conciliar el sueño. María del Mar García Calvante et ál. (26) señalan que casi la mitad de ellas piensa que cuidar tiene consecuencias negativas sobre su

salud física, y un 15% percibe este impacto con una frecuencia muy elevada. La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, en una amplia revisión sobre el tema (27), incide en el hecho de que las consecuencias de cuidar no son solamente percepciones de cansancio físico o sensación de que su salud ha empeorado, sino que cuando se comparan con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores y cuidadoras tienen una peor salud.

El solo hecho de cuidar ya es catalogado como un factor de riesgo para la salud física de las cuidadoras, pero a este problema hay que añadirle la reclusión a la que son sometidas las mujeres migrantes que trabajan como empleadas internas. En otra investigación de María del Mar García Calvante et ál. (28), para un 68% de las personas cuidadoras, el hecho de asumir los cuidados de su familiar impacta en su vida como un factor de riesgo para la salud, afectando el acceso o la promoción en el mercado laboral, con consecuencias económicas negativas y, principalmente, restringiendo el tiempo para sí mismas y para relacionarse socialmente.

Con frecuencia, las mujeres que están a cargo de personas dependientes, o las que están empleadas en calidad de internas, sufren mayor estrés y/o síndrome de *burnout*, por el grado de compromiso y de energía emocional que emplean en la solución de conflictos de “los otros”. Este síndrome es también conocido como *síndrome de desgaste profesional* y se ha descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y las demás personas. Incluye baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia. La falta de tiempo libre para efectos personales afecta el equilibrio

emocional y es catalogado como uno de los problemas que más estrés o sobrecarga causan en las mujeres entrevistadas. La percepción de trabajo de veinticuatro horas durante todo el año ha sido llamado coloquialmente el “24/7/365”. De acuerdo con Elba María Bermúdez Quintana (29), sus consecuencias sobre la salud mental son quizás las más sentidas y las que más necesidad presentan. La mayoría de las cuidadoras afirman que el hecho de cuidar ha afectado su salud mental o psicológica. Encuentran con frecuencia síntomas de malestar psíquico como insatisfacción, ansiedad y depresión.

El estudio de género y salud de María Clarivel Presno Labrador e Ileana Castañeda Abascal (30) determinan que las mujeres se hallan en una posición de desventaja dentro del sistema de salud. Sus actividades no son reconocidas, circunstancia que las pone en desventaja en la toma de decisiones, de estrategias y formulación de políticas de salud. Se pudo identificar de parte de las mujeres migrantes durante las citas a mediación intercultural que si tienen necesidad de acudir a los servicios de salud, muchas veces no cuentan con el apoyo de las personas a quienes ellas cuidan.

Estas circunstancias y la necesidad de conservar y permanecer en el trabajo obligan a muchas de las mujeres que acudían a la consulta de mediación intercultural a consumir fármacos, fundamentalmente analgésicos y tranquilizantes.

Según Elsa Gómez (31), en relación con el tema de la equidad en salud, “las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres”. Afirma que requieren una mayor atención de los servicios de salud mental (por depresión, síntomas psicósomáticos, autoestima baja, trastornos de sueño, ansiedad y cefaleas).



La reciente introducción de consideraciones de género en el análisis de la situación de salud ha venido a visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de mujeres y hombres. Estas desigualdades se manifiestan no solamente en términos de la exposición diferencial a los riesgos, sino también, de manera fundamental, en la cuota de poder de que disponen mujeres y hombres para enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario. Dicha cuota, de manera generalizada, ha privilegiado a los hombres y ha situado a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación.

### **Las relaciones de pareja: ¿un acercamiento entre dos?**

El otro gran aspecto que se pudo evidenciar en la consulta de mediación intercultural fue el de las relaciones de pareja. Se parte de la base de que estas deben ser vistas más allá de la genitalidad. Aún existen falsas creencias y mitos que asocian la vida en pareja con sexualidad y con genitalidad. Esta circunstancia conlleva muchas dificultades entre las personas y más aún si son parejas y se conforman como producto de necesidades inmediatas de compañía, como lo hacen las personas migrantes

La sexualidad debe ser entendida como aquella situación que cause placer, en donde la emotividad y la personalidad se ven comprometidas, y en donde, por obvias razones, la calidad en la relación de las personas es un factor determinante.

Partiendo de esta base, la educación y la cultura de las personas se convierten en agentes de desarrollo para una relación de pareja. Cuando se indagaba sobre la calidad

de las relaciones de pareja a las personas que acudían a la consulta, esta idea casi siempre la restringían a la actividad sexual puramente dicha. A partir de allí indagábamos sobre otros espacios de la pareja, como son la calidad en la comunicación, la presencia o no de afecto y la claridad del papel de cada uno y cada una.

En cuanto a la calidad de la comunicación, esta es más importante para las mujeres que para los hombres. Si por lo general, ellas han sido educadas para la conciliación, el diálogo y la inclusión, desde la construcción de sentimientos equilibradores como la ternura y el amor, no es de extrañarnos que sean las más interesadas en buscar estrategias que propicien acercamientos. Por el contrario, si los varones han sido educados para todo aquello que no represente emotividad, afecto o sentimiento, este aspecto no es fundamental. Desde una masculinidad machista, estos han sido considerados términos de “debilidad”. En el servicio de mediación intercultural, cuando se buscaban acercamientos entre las parejas en conflicto, se evidenciaban francos posicionamientos culturales entre el hombre y la mujer. Esta situación era motivo de frustración en la mujer y de agobio en el varón.

La presencia o no de afecto era uno de los temas que más creaban división de opinión en las mujeres y los varones que acudían a la consulta. Para los varones latinoamericanos era más fácil aceptar una relación sin la necesidad de un fuerte lazo afectivo. Era claro y manifiesto que buscaban una pareja para sobrellevar la soledad y para desarrollar acercamientos sexuales constantes. Sin embargo, para las mujeres este sentimiento era distinto. Ellas quizás admitían, en un inicio, haber conformado una pareja por conveniencia más que todo económica. Luego los sentimientos afloraban y se tejían alrededor de la convivencia. Ellas también,

en un primer momento, se unían para atenuar la soledad del proyecto migratorio y aliviar las cargas económicas, pero después de convivir cierto tiempo, los sentimientos nacían alrededor de su emotividad, muchas veces sin ser correspondidos. Esta situación generaba en las personas emociones de tensión y de estrés, y nacían sentimientos de dependencia emocional que agravaban el proceso. Las intervenciones desde el servicio de mediación traían a las personas a la reflexión sobre el horizonte de la construcción de pareja. Se usó la metodología de talleres coparticipativos donde se verbalizaban las siguientes manifestaciones:

1. “Mi pareja es lo más importante para mí”.
2. “Ella es mi pareja si es la madre de mis hijos”.
3. “Él es lo más grande que hay para mí”.
4. “Yo no sé vivir sin él (o sin ella)”.
5. “Si lo amo, le debo dar un hijo”.
6. “Si ella es mi mujer, debe darme un hijo”.
7. “Ella es buena mujer ya que ella ‘me da’ hijos y me tiene la comida lista y me arregla la ropa”.
8. “Él es mi marido y me protege”.
9. “Uno es buen marido si trae plata a la casa”.
10. “Yo soy buena mujer si cocino bien, si atiendo a los hijos”.
11. “Los hijos son lo más importante en la pareja”.
12. “Si hay hijos, hay amor”.

Todas estas reflexiones, tanto por parte de las mujeres, como por parte de los varones fueron realizadas desde una construcción androcéntrica, en dónde se entiende la mujer como un sujeto pasivo, dependiente, exclusivamente reproductor y heredero de la crianza y educación de los hijos e hijas. El varón se manifiesta como el único proveedor de los recursos, protector, paternalista y como dueño de los proyectos de la mujer y

de quienes giren a su alrededor. Conciben, tanto ellos como ellas, la reproducción como eje central de la convivencia y no visibilizan cualquier otro panorama como válido. De esta manera, en la consulta de mediación intercultural, se encontraron parejas con dos hijos/as en la sociedad de destino, más tres o cuatro hijos/as por parte de la mujer como del varón en el país de origen respectivo. El amor se centra exclusivamente en una dimensión reproductiva biológica para una gran parte de la población migrante latinoamericana.

Esta situación nos hizo tomar medidas y se desarrollaron talleres y encuentros específicos para la visibilización del papel femenino y del papel masculino en las parejas y en las familias. Por una parte, cuando la mujer cae en este tipo de papel, sus propios recursos económicos son desviados a saldar las necesidades familiares o de la pareja. Se confirmó la razón de la feminización de las migraciones latinoamericanas ya que los ingresos económicos que las mujeres obtienen de su trabajo, desde las sociedades de destino, se convierten en remesas que solamente resuelven las necesidades familiares, mas no para el desarrollo y bienestar personal de las mujeres remesadoras.

Cuando trabajamos el tema del uso del tiempo como recurso para invertirlo en la pareja misma, en el cuidado de hijos e hijas y en el ocio propio de las personas, nos dimos cuenta de que pertenece a uno de los asuntos que más desequilibrios generan en las mujeres y en los hombres y que, por tanto, debe ser analizado desde una perspectiva de género.

En las consultas de mediación las mujeres mencionaban que el tiempo con el que ellas contaban, lo invertían en una serie de actividades muy distintas de aquellas a las cuales los varones estaban acostumbrados. Llegábamos siempre al mismo lugar: el



tiempo de trabajo que dedica la mujer en el hogar y fuera de este, es otro muy distinto que el tiempo que dedican los varones, dentro y fuera de los hogares. La mayor parte de las actividades domésticas y de cuidado continúan a cargo de la mujer, lo que ha originado una de las mayores desigualdades entre hombres y mujeres como es la del “uso y la distribución del tiempo”.

### **La doble y triple jornada laboral de las mujeres**

Como ya lo hemos visto, investigaciones como las de Lucía Artazcoz, Vicenta Escribá Agüir e Imma Cortés (32) y de Fred Deven, Sheila Inglis, Peter Moss y Pat Petrie (33) coinciden en que aunque la mujer participe activamente dentro de la economía, ella sigue siendo por excelencia la responsable de las tareas domésticas, el cuidado y bienestar de los/as hijos/as y generalmente del cuidado de familiares dependientes. Estas desigualdades no sólo son patentes dentro del ámbito doméstico, sino que se reflejan y persisten dentro del panorama del mercado laboral.

Si tanto el varón como la mujer deben trabajar fuera de casa, es ella quien debe asumir la carga del hogar y el cuidado de la familia, o en algunos casos se ven obligadas a buscar el apoyo que les brindan los abuelos y abuelas para el cuidado de los/as hijos/as. En el caso de las personas migrantes, esta situación no se da, ya que las parejas están sin círculos familiares cercanos. El resultado es que la mujer o parte de una línea femenina cercana, familiar o no (vecina o amiga), asume el cuidado de las personas dependientes. Esta red informal feminizada, es una respuesta ante la falta de servicios a las familias por parte del Estado. En Europa, según un informe realizado por la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea, en algunos países está aumentando

gradualmente el papel de los servicios más formales. Sin embargo, es la red de apoyo informal la que continúa siendo la manera más corriente de cuidar a los/as hijos/as y a las personas dependientes mientras la pareja (o la mujer sola) trabaja fuera (29).

De acuerdo con Ximena Díaz Berr y Julia Medel Riquelme (34) las mujeres que trabajan simultáneamente en forma remunerada, fuera y dentro del hogar, enfrentan los riesgos derivados de la doble carga laboral. Esta exigencia las lleva a buscar empleos que les permitan conciliar las responsabilidades derivadas del trabajo doméstico y del trabajo remunerado. Las nuevas formas de organización del trabajo que se han implementado en las últimas décadas demandan, a su vez, trabajadores/as flexibles que permitan a las empresas adaptarse más eficazmente a los requerimientos del mercado y disminuir costos de producción. Muchas de estas formas de empleo contienen rasgos de precariedad que implican mayor carga laboral, desprotección y mayor discriminación en el mercado de trabajo.

El dilema se da en tanto que aún no se considera el trabajo reproductivo como trabajo y, por tanto, se desconoce el desgaste de la doble carga laboral. Para conciliar ambas esferas laborales, las mujeres deben aceptar trabajos remunerados flexibles, precarios y más desprotegidos, si se compara con la situación de los varones. Esta situación es patente en la consulta de mediación intercultural con mujeres migrantes, casi siempre cuidadoras y empleadas domésticas, por lo general mal remuneradas (por su estatus administrativo, o sea, sin regularizar su residencia), responsables de las tareas del hogar y del cuidado de quienes lo habitan y que cuando acaban de trabajar, asumen la carga de su propio hogar (tareas domésticas más cuidado de sus propios hijos e hijas), además de asumir la responsabilidad económica de sus hogares en los países



de origen. El resultado en el servicio de mediación intercultural fue más que evidente: identificar y visibilizar el peso laboral y emocional en mujeres con más de tres cargas laborales, no reconocidas y desvalorizadas, tanto por el país de origen como por el país de destino, por las propias parejas, las de aquí y las de allí, estables o no por los servicios de salud (en dónde aún no se reconoce el síndrome del/a la cuidador/a) y por la(s) sociedad(es) en general (en donde el trabajo doméstico, de cuidado y de reproducción está tan desvalorizado).

El colectivo femenino trabajador debe ser considerado de forma especial ya que trae implicaciones emocionales y psicológicas que esa carga conlleva. La dedicación al tiempo de reproducción reduce de manera significativa el tiempo que la mujer puede dedicar al descanso y al ocio.

Esta falta de armonía entre la vida personal y la vida laboral afecta el desarrollo personal y las relaciones humanas, dentro y fuera del ámbito familiar. Esta situación fue denunciada por casi la gran mayoría de las mujeres migrantes, aludiendo a la falta de corresponsabilidad del varón en las tareas del hogar, lo que repercute en la relación de pareja, sin contar con la relación con los demás miembros de la familia.

En este caso surgen varias alternativas: (a) la mujer se retira definitivamente de su trabajo y pierde todo tipo de prestaciones y beneficios; (b) la mujer se retira temporalmente de su trabajo, mientras considera que los hijos e hijas pueden ir a una guardería y, por obvias razones, en ese lapso pierde capacidad adquisitiva y aumenta su vulnerabilidad económica; (c) la mujer decide, sola o con su pareja, no tener hijos/as para no sacrificar su desarrollo laboral y profesional, y como consecuencia se ven reflejadas las disminuidas tasas de natalidad; (d) la mujer decide (sola o acompañada) atrasar

su edad de gestación hasta que sienta que las condiciones personales y económicas son suficientemente sólidas para recibir al/a bebé; (e) el proceso de evolución social hace que un considerable número de mujeres y hombres decidan asumir juntos la responsabilidad del cuidado de los/as hijos/as y de las tareas del hogar de forma equitativa y justa.

Al analizar qué pasa con los varones, se puede hacer referencia a las encuestas de “uso del tiempo”, que constituyen la herramienta más importante que se tiene para medir la carga del trabajo no remunerado. La recopilación de estudios realizada por la División de Asuntos de Género de la Cepal (35) presenta la carga total de trabajo (remunerado y no remunerado) tanto de hombres como de mujeres en varios países de la región. Es de remarcar que en los doce países estudiados, desde el año 2001 hasta el 2007, de la región de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Brasil, México, Colombia, Ecuador y Uruguay), las mujeres tienen una carga mayor, si se suman las horas de trabajo remunerado y las horas de trabajo no remunerado, excepto en Cuba donde tienen la misma carga laboral que los varones, o inferior según la zona estudiada. Los dos países que más diferencias expresan entre hombres y mujeres son México y Ecuador.

En el caso de Colombia, para el año 2007, los hombres tenían un carga total de trabajo (remunerado y no) de 73,5 horas a la semana (25,4 horas a la semana de trabajo no remunerado y de 48,1 de horas a la semana de trabajo remunerado) y las mujeres tenían una carga total de trabajo de 86,9 horas a la semana (remunerado y no), de las cuales 44,9 horas a la semana las dedican al trabajo no remunerado y 42,0 horas las dedican al trabajo remunerado. Estos datos demuestran con gran claridad la doble carga laboral de las mujeres en Colombia<sup>8</sup>.



Siguiendo con esta investigación y con relación al cuidado de niños(as), en el 2008 a nivel nacional y urbano, la proporción de mujeres que realizó esta actividad fue más del doble que la de hombres, y a nivel rural fue más del triple. Es probable que las mayores tasas de fecundidad a nivel rural demanden más tiempo de cuidado por parte de las mujeres, aunque ello apenas afecta el tiempo dedicado por los hombres, lo cual muestra claramente los sesgos de género en la división del trabajo.

La sobrecarga de trabajo de las mujeres se evidencia más claramente si se considera el tiempo total promedio dedicado a actividades remuneradas y no remuneradas, conocido como carga global de trabajo. Las mujeres trabajaron en el año 2008, 11,6 horas en promedio más que los hombres a nivel nacional. Sin embargo, debido a los sesgos de género en la valoración del trabajo reproductivo, este trabajo no es reconocido socialmente.

En el servicio de mediación intercultural se confirmaron parte de los resultados de las anteriores investigaciones, ya que las usuarias referían cansancio, falta de tiempo para ellas mismas y la incapacidad de reconocerse como entes autónomos y con capacidad de decisión propia. Luego de pasar los tiempos iniciales de la relación, las mujeres no mostraron interés por los acercamientos sexuales, ni por construir espacios de ocio y divertimento en común. La misión fue lograr que en la consulta fueran entendidas y comprendidas, y que ellas hicieran el mismo proceso con ellas mismas para que, de esta forma, invitaran a sus parejas (ya fueran del mismo sexo o no) para que el “binomio ella y su pareja” luchara por una corresponsabilidad en las tareas del

hogar y en el cuidado de los hijos y las hijas.

## **El embarazo y la gestación: ¿asuntos de dos o de una?**

Partimos de la base de que en los proyectos de embarazo, parto y puerperio está involucrada la pareja. Sin embargo, la realidad nos muestra otras situaciones. Cuando se establecían diálogos con las mujeres que habían decidido emprender un proyecto gestacional<sup>9</sup>, se identificó una figura muy común en Latinoamérica, como es la de las “madres solteras”, que conforman un proceso social que ya ha sido reconocido. Podría decirse que la categoría de “madres solteras” obedece a una situación cultural que tiene sus raíces más directas en los movimientos de liberación femenina. Uno de los más conocidos antecedentes proviene de la década de los setenta, cuando mujeres matriculadas en movimientos feministas norteamericanos y europeos asumieron como una de sus reivindicaciones el hecho de tener hijos e hijas sin estar casadas o en pareja. Por ello, se agruparon bajo el lema de “Mujeres deliberadamente solteras”. Pero no hay duda de que el factor que más incide en una “madre soltera voluntaria” ha sido el fenómeno de incorporación masiva de las mujeres a la fuerza laboral: en la mayoría de los países industrializados más del 40% de la fuerza laboral es femenina, lo que da a las mujeres razones de autonomía para saber que “no casarse” o “no vivir en pareja” no

9 En España con las mujeres se plantea el embarazo desde los inicios. Para la sociedad española existen tres caminos: el primero de ellos es si la mujer decide libremente interrumpir el embarazo siempre y cuando esté en las doce semanas iniciales de gestación. El segundo camino, es seguir adelante con su proyecto y este se convierte en un proceso reproductivo ya sea sola, acompañada de su pareja o con otra pareja, y el tercer camino es si mas allá de las doce semanas de gestación se identifica una malformación congénita o un peligro para la vida de la madre, puede pedir que se interrumpa el proceso de gestación.

8 Esta investigación se refiere a trabajo no remunerado al desempeño de actividades como oficios del hogar, cuidado de niños, cuidado de personas mayores y/o discapacitadas.

tiene que significar la frustración del instinto maternal.

Ana Rico de Alonso (36) describe que existe dentro del “madresolterismo” una segunda situación como es el grupo de aquellas mujeres solteras que quedan embarazadas involuntariamente, bien porque fueron forzadas a tener relaciones sexuales, o bien porque no tuvieron en cuenta la causalidad directa que hay entre relaciones sexuales con penetración y fecundidad. En las 2340 historias que tuvo en cuenta la investigadora, el 30% de las mujeres no pensaba tener relaciones, el 70% corrió el riesgo porque no creyó quedar embarazada y el 80% de las parejas jamás discutió la posibilidad de un embarazo.

Durante la consulta de mediación intercultural se preguntó por qué querían seguir con el embarazo y si estaban seguras de tal decisión, aun si este era un embarazo no deseado. Las principales razones que impulsan a una mujer a seguir adelante son la fuerte carga moral y la religiosidad.

Siguiendo con el estudio, se hicieron preguntas en cuanto al uso de anticonceptivos en el momento del embarazo; el 83% no utilizaba ninguno por las siguientes razones: el 56% porque no los conocía; el 13% porque no tenía pensado sostener relaciones sexuales; el 15,5% porque no le preocupaban las consecuencias; el 2,5% porque pensaba que los anticonceptivos eran para mujeres mayores; y el 13% porque su uso no le inspiraba confianza ni seguridad.

En cuanto a los hombres entrevistados, solo el 12% había utilizado alguna vez preservativos. Estas cifras describen el grado de información y de educación que recibieron en el campo de la sexualidad.

las personas que acudían a la consulta de mediación: el tema de la sexualidad genitalizada es aún un tema tabú en el seno de los hogares de las familias latinoamericanas, con una alta carga de moralidad, de profunda estigmatización y de dificultad de aceptación, a pesar de que en España el tema es libre y directo desde el sistema educativo y los servicios de salud. La sexualidad y las formas de reproducción son aprendidas culturalmente, a pesar de que la norma defiende otras ideas.

Los varones latinoamericanos aún tienen el concepto de que la reproducción y la planificación de los hijos e hijas es “cosa de mujeres” y asunto de “otras”, y niegan toda capacidad de interlocución. Al plantear el uso del preservativo, la dificultad aumentaba drásticamente: el varón llegaba a preferir el riesgo de no usar preservativos, antes que sacrificar un supuesto “placer” sexual. Estas circunstancias hicieron que se debatiera qué era *placer sexual*. Los temas se construyeron desde el orgasmo en sí mismo, en la capacidad de construir momentos previos y posteriores al orgasmo más íntimos y más duraderos, en la habilidad de dirigir el placer hacia otros espacios y hacia otros lugares del cuerpo y en desarrollar la capacidad de comunicación y del goce sexual más allá de la genitalidad. Todo esto nos hizo aprender a reconocer los propios cuerpos, tanto el femenino, el masculino, como el transexual<sup>10</sup>.

A partir de estos ejercicios, se analizaron los resultados de los talleres realizados con los grupos de migrantes, y junto con el grupo de especialistas en sexualidad y reproducción de la consulta de Atención Primaria de

<sup>10</sup> Uno de los motivos de proyectos migratorios que se tejen desde Latinoamérica hacia España, es indudablemente el mayor reconocimiento jurídico y social que se tiene en los países europeos hacia las personas transexuales (llamados “cuerpos en tránsito”). Por esa razón fueron pacientes de la consulta de mediación intercultural, ya que acudían a los programas especializados de sexualidad.



la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana se identificó que la construcción de la masculinidad, de la feminidad y de la transexualidad partía de las culturas, de los modelos educativos y de las sociedades de las cuales provenían las personas.

Los datos de la misma investigación (36) corroboran nuestras apreciaciones: el 40% de las mujeres adolescentes embarazadas no había recibido ninguna información de sus madres sobre las relaciones sexuales, y apenas el 18% pudo responder que sus madres “les habían contado todo”. Por otro lado, el 63% de las encuestadas aceptaron que sus conocimientos sobre las relaciones sexuales los habían recibido de fuentes distintas a sus padres y al colegio.

Ya ante la realidad del embarazo, se presentan cuatro alternativas: el matrimonio (casi siempre forzado); la IVE (con sus respectivas secuelas físicas y psicológicas); la entrega del hijo/a en adopción (con sus repercusiones psíquicas) o la conservación del hijo o hija, que en la mayor parte de los casos conlleva sufrir sentimientos confusos.

Cuando el embarazo no es deseado, ni por la madre ni por el padre, se entra en una situación de fuerte conflictividad emocional y alto grado de soledad. La mayoría de las mujeres “madresolteras” viven su proceso en soledad y los padres reaccionan negativamente, en muchos casos poniendo en entredicho la paternidad, culpabilizando a la mujer de no haber sido la responsable de la anticoncepción.

Cuando el embarazo proviene de una relación no matrimonial, solo una baja proporción de hombres brindan su apoyo a las mujeres. El ausentismo en los procesos de paternidad por parte de los varones en Latinoamérica es producto de una cultura propia del machismo que induce al no cuidado.

Si la mujer decide seguir adelante con el proceso reproductivo, aun si este no estaba dentro de sus planes más inmediatos, se exacerbaban sentimientos de machismo en los varones y de resignación y frustración por parte de ellas. Pero no solo sus compañeros hacen gala de la estigmatización, sino que el colectivo masculino, padres, tíos, hermanos, acusa a las mujeres duramente para sancionarlas o refrendar su dominio.

Las investigaciones han demostrado que los embarazos en mujeres solas se constituyen en un factor que impulsa la pauperización femenina. Muy pocas mujeres conservan el trabajo que tenían con anterioridad, y son realmente excepcionales los casos de aquellas madres solteras que terminan asumiendo cabalmente su circunstancia. Se requiere que tengan un respaldo económico suficiente que apoye la maternidad y la crianza cuando lo consideren conveniente.

Son miles de mujeres pertenecientes a todos los sectores sociales que son solitarias jefas del hogar y que se desempeñan en los más diversos campos laborales, desde los más humildes hasta los más calificados, casi siempre sorteando las dificultades de la maternidad, sin el apoyo de un compañero, sin el respaldo de una familia y sin el reconocimiento de la ley. La sociedad y el Estado están en deuda con ellas. Ser madre soltera no debe significar encontrar cerradas las puertas de las oportunidades de educación, de trabajo, de justa remuneración y de desarrollo personal

### **Reflexiones y consideraciones no acabadas y en construcción**

El espacio de mediación intercultural con población migrante latinoamericana en un país europeo como España dejó entrever aspectos de culturas propias de los países latinoamericanos, diversas a la dominante.

Los comportamientos, reflexiones y pensamientos en torno a la sexualidad y a la reproducción evidencian posiciones androcéntricas en la gran mayoría de personas que acudieron a la consulta. Tanto los varones como las mujeres provenientes de países como Colombia, Bolivia y Ecuador presentaban entre sí diferencias en cuanto a lo que se teje alrededor de la reproducción. Caer en las apreciaciones generalizadas es eliminar las particularidades y este tipo de ejercicios son más que atrevidos. Sin embargo, las tendencias en las reflexiones ofrecidas se pueden calificar como discursos contruidos desde una visión androcéntrica y discriminatoria hacia la mujer.

Las necesidades de salud de la mujer no solo se desprenden desde la etapa reproductiva, sino que los tipos de oficios influyen directamente en su proceso de salud-enfermedad. La mujer obrera, empresaria, académica, jefa de hogar, cuidadora, etc..., presenta diversas patologías y necesidades de salud que no han sido estudiadas desde la diferenciación de géneros, desde la diversidad de los trabajos ejercidos y desde la multiplicidad de las determinaciones sociales de cada cual. Sus necesidades son, sin duda, muy distintas a las de los varones desde todas sus variantes y difieren entre si teniendo en cuenta la edad, la etnia, la cultura y la capacidad económica.

Para que exista una hegemonía masculina se requiere muchas veces una feminidad “subrayada”, que es aquella que perfila a la mujer como condescendiente y servil al varón, la que se hace necesaria a través de comportamientos como el cuidado incondicional y la atención ilimitada a sus seres queridos. Este término fue acuñado por Robert Connel (37), y es importante reconocer que los hombres no solo construyen su identidad de género en relación con la masculinidad, sino que también lo hacen en relación con la mujer y

con las definiciones culturales de feminidad. El concepto de Connell de “feminidad subrayada” se refiere al ideal cultural celebrado por la mujer, es decir, sociabilidad, fragilidad, pasividad, aceptación de los deseos del hombre y receptividad sexual. La feminidad “subrayada” se construye según una relación recíproca y subordinada con la masculinidad hegemónica, de forma que refuerza el poder masculino, en donde se acepta una figura masculina libre de responsabilidades paternas y se considera un papel de madre ejemplar.

El rol de mediadora intercultural hizo que todo este ejercicio en la práctica se volviera, sin duda alguna, como un espejo a la propia realidad colombiana. Más aún, en Europa, si se hila finamente, es muy difícil llegar a encontrar naciones o espacios totalmente igualitarios. Es cierto que en algunas naciones, las nórdicas por ejemplo, están más cerca de la igualdad y otras se alejan y permanecen distanciadas. En el foro europeo Beijing + 15<sup>11</sup>, los resultados son desalentadores, ya que suponen un retroceso agudizado por la crisis económica actual, en el cual las mujeres han sido las primeras que han visto retroceder sus derechos. La pobreza ataca y atacará cada vez más a las mujeres, sobre todo a las que viven en las naciones en vías de desarrollo. Igualmente, se concluye que pese a los adelantos en la promoción de los derechos humanos de la mujer en los marcos jurídicos, en ningún país del mundo se ha logrado la

11 En septiembre de 1995 se celebró la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres organizada por Naciones Unidas en Beijing. Allí se adoptaron la “Declaración y la Plataforma para la Acción”, estableciéndose las principales áreas de actuación, así como los objetivos estratégicos y las medidas concretas para alcanzar la igualdad de mujeres y hombres. Quince años después se celebró el Informe “Beijing + 15: la plataforma de acción y la Unión Europea”, organizado por la presidencia sueca, que se convierte en el documento más reciente que analiza los avances y las dificultades para alcanzar la igualdad.



igualdad plena, quedando patente que los avances normativos por sí solos no generan transformaciones sociales.

A esto se debe añadir que en algunas sociedades persisten leyes discriminatorias relativas a la mujer, la familia, la herencia, el derecho de propiedad y los derechos personales. Todo ello con las diversas formas de violencia que sufren las mujeres en todo el mundo. La desigualdad entre hombres y mujeres, y ni qué decir de las personas transexuales, prevalece y estamos lejos de alcanzar los objetivos planteados. Así, la educación, que es reconocida como una de las herramientas sociales más potentes para controlar la desigualdad y la discriminación, no ha sido permeada por la transversalidad de la perspectiva de géneros.

Dicho en otras palabras, y sin temor de caer en una equivocación, la construcción de géneros debe ser hecha con toda la intencionalidad, ya que el mundo entero proviene de culturas hegemónicamente masculinas, reforzadas por culturas androcéntricas y hasta machistas.

Es evidente que la mirada en torno a la reproducción biológica y social debe ser hecha con detenimiento, ya que en este espacio se evidencia la desigualdad y el posicionamiento de las identidades masculinas y femeninas. La identidad transexual se identifica sin lugar a duda, en su lucha contra la transfobia, en su debatir como personas que tienen todo el derecho a la reproducción (en toda su extensión), a la “desestigmatización” de su identidad, y a la visualización de los géneros, para no caer en la “simplicidad compleja” del binarismo hombre-mujer.

Aunque durante la experiencia como mediadora intercultural trabajé con pocos transexuales, fue ello suficiente para conocer de cerca sus necesidades personales, entras

las que se incluían necesidades de reproducción ligadas con la “no maternidad” o con la “no paternidad”, junto con necesidades de integración sociocultural. Como “ellos”<sup>12</sup> mismas/os lo refirieron, su gran trampolín hacia la igualdad se iniciaba desde el seno de sus familias. La capacidad de apoyo que desde allí les ofrecían, es un gran peldaño para su desarrollo personal. Y como “ellos” mismas/os lo dicen, “no estamos enfermas/os, nos enferma la transfobia”.

Para finalizar, tengo que develar que este tema, pleno de revelaciones y que conlleva ciertos preciosismos dados por la estética, ha sido para mí un ejercicio continuo y no acabado, ya que me veo todos los días despojándome de ideas, conocimientos, posturas y prácticas desiguales, producto de una educación insuficientemente igualitaria y, por tanto, me obliga a llegar a la “deconstrucción” personal, permanente y no concluida.

## Referencias bibliográficas

1. Gomes Costa R. Reproducción y género: consideraciones sobre la paternidad, la masculinidad y las teorías de la concepción. *Quaderns-e*. 2003.
2. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm*. 2010; 19 (1): 47-50 [acceso: julio 13 de 2012]. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962010000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000100010&lng=es&nrm=iso)>.
3. Vidal, G, Alarcón, R, Lolas, F. Enciclopedia iberoamericana de Psiquiatría, tomo I. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1995.
4. Leal F. Paternar: un concepto cambiante. *Rev Precop CSP-CCAP* 10 (4): 37- 41. Disponible en: [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_10\\_vin\\_4/4\\_jtw.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_4/4_jtw.pdf)
5. Rodríguez A. La familia posmoderna: distancia y compromiso. *Redes*. 2001; (18): 103-115.

12 “Elles” es el pronombre personal neutro para referirse a las personas transexuales que deciden no adoptar las identidades femenina o masculina.



6. Barash DP. *The whisperings within: Evolution and the origin of human nature*. New York: Penguin; 1981.
7. Todaro R, Yáñez S. *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer; 2004.
8. Benería L. Production, reproduction and sexual division of labour. *Cambridge Journal of Economics*. 1979.
9. Aglietta M. *Regulación y crisis del capitalismo*. México: Siglo XXI; 1988.
10. Sánchez García AB. Los usos del espacio urbano y el proceso de integración de la mujer inmigrante. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2001; 94. Disponible en <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-101.htm>
11. Durán Heras MA. *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Cultura; 1988.
12. Standing H. Reflections on gender and health reforms in the context of severe health inequalities. Trabajo presentado en la reunión del Grupo Consultivo sobre Equidad de Género y Reforma, Washington, D.C., OPS/HDW, octubre de 1998.
13. Avilés MA. Informe del Parlamento Europeo sobre las consecuencias de la globalización para las mujeres emigrantes de los países mediterráneos. Estrasburgo: Parlamento Europeo, Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades; 2001 (Doc. A5-0058/2001) [en prensa].
14. Izquierdo J, Del Río O, Rodríguez A. *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1988.
15. Criado MJ. *La línea quebrada. Historias de vida de migrantes*. Madrid: Consejo Económico y Social (CES); 2001.
16. Rostagnol S. *Las trabajadoras en el servicio doméstico*. Montevideo: Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo (CIEUR), Serie 3 "Mujer y Trabajo", no 4; 1988.
17. Puyana Villamizar Y. El familismo: una crítica desde la perspectiva de género y el feminismo Colombia. En *Familias, cambios y estrategias*. Colombia: Centro de Estudios Sociales (CES); 2007, pp. 263-278.
18. Mead M: *Sexo y Temperamento: En tres sociedades primitivas*. Madrid: Paidós Ibérica; 2006.
19. Izquierdo J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Ponencia presentada en Donostia, Instituto Vasco de la Mujer "Emakunde", 12 y 13 octubre de 2003.
20. Bubeck Diemut E. *Care, gender, and justice*. Oxford: Clarendon Press; 1995.
21. Bermúdez Quintana EM. *Mujeres inmigrantes y salud*. Valencia-España: Universitat de València; 2006.
22. Durán Heras MA. La conceptualización del trabajo en la sociedad contemporánea. *Economía y Sociología del Trabajo*; 1991; (13-14): 8-22.
23. Solé C, Parella S. Una revisión de la posición de las mujeres inmigrantes no comunitarias en el mercado de trabajo español. *Separata Revista Sistema*. 2006; (190-191): 193-215.
24. Atxotegui J. L'acció sanitària als immigrants. Ponencia presentada en las II jornades per a la integració, la convivència i la ciutadania, Centre d'Estudis Històrics Internacionals (Universitat de Barcelona), CRID, Barcelona, 2000.
25. Consejería de Salud de Almería. Programa "Cuidar a las cuidadoras" en el distrito sanitario de Almería-España. 2005. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
26. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18 (Supl. 2): 83-92.
27. Sarasa S, Mestres J. Women's employment and the adult caring burden. En Esping-Andersen G, editor. *Family formation and family dilemmas in contemporary Europe*. Madrid: Fundación BBVA; 2007.
28. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Gutiérrez P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
29. Bermúdez Quintana EM. *Historias de afecto y ternura, historias de desigualdad y discriminación: el discurso de mujeres inmigrantes internas en el servicio doméstico*. Trabajo de investigación social. Valencia, España: Fondo Social Europeo, Universitat de València, Fundación Ceimigra y Consejería de Bienestar Social e Integración Ajuntament de València y Agrupación de Desarrollo: "Enlaces"; 2007.
30. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal I. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2003; 19 (3).
31. Gómez, E. Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Ponencia presentada en la Octava Sesión de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe, Lima, 8-10 de febrero de 2000.



32. Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18 (Supl. 2): 24-35. Disponible en <http://www.scielo.es/ciii/pdf/gsv18s2/revision3.pdf>
33. Deven F, Inglis S, Moss P, Petrie P. Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. Informe final para la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
34. Diaz Berr X, Riquelme Medel J. Salud, género y trabajo: una relación difícil. Ponencia presentada en las Jornadas Participativas del Proyecto "Equidad, Género y Reforma de Salud" en Chile, OPS/OMS, 2001. Disponible en <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/healthandwork.pdf>
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado), recopilación de experiencias encuestas "Uso del tiempo en los países", 2010. Disponible en <http://www.eclac.org/oig/noticias/paginas/3/38403/TiempoTotalTrabajo.pdf>
36. Rico de Alonso A. Madresolterismo en adolescentes: determinantes socioculturales, contexto ideológico y recursos de supervivencia. El caso de Colombia. Argentina: Humanitas; 1987.
37. Connell R. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En Valdés T, Olavarría J, editores. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: Flacso, Fondo de Población de Naciones Unidas; 1998.

