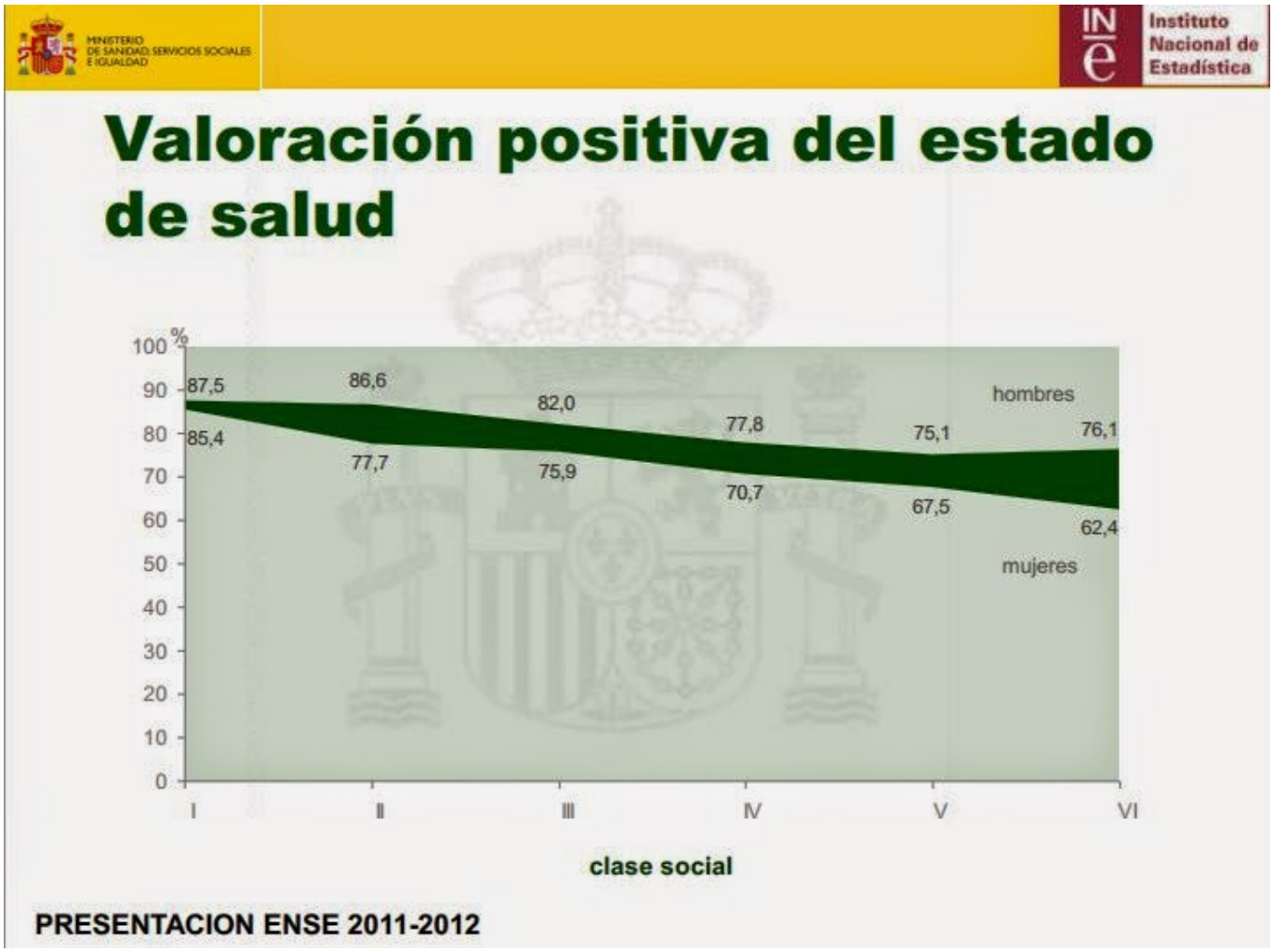
Si le preguntamos a la población cómo percibe su nivel de salud encontraremos dos patrones constantes en la distribución del tipo de respuestas:

1- La percepción de salud es peor cuanto más baja es la clase social.
2- Las mujeres tienen una peor percepción de salud que los hombres.

Una muestra de esto que decimos se puede ver en la siguiente gráfica, extraída de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.



Habitualmente tendemos a hacer los análisis de desigualdades colocando al género como un eje más de desigualdad, equiparándolo con la clase social, la edad, los condicionantes geográficos o la etnia; sin embargo, en nuestra opinión el papel que juega el género en la génesis, distribución e interpretación de las desigualdades debería tener una condición de mayor transversalidad.

¿Importa mucho que las mujeres perciban que tienen una peor salud o es solo un dato anecdótico porque lo que importa es la verdadera enfermedad -más allá de lo percibido-? Sí. Mucho. Desde hace años tenemos estudios que muestran que "*La mala percepción de salud es un fuerte predictor de mortalidad, y esta asociación sólo se explica en parte por la historia médica, los factores de riesgo cardiovascular y el nivel educativo*" (Heistaro 2001). Desde hace más de 20 años sabemos que "*la percepción global de salud es un predictor independiente de mortalidad en casi todos los estudios*" (Idler 1997), aunque eso no haya hecho que en las facultades de medicina se le preste más atención que a la hiperhomocisteinemia o condiciones similares.

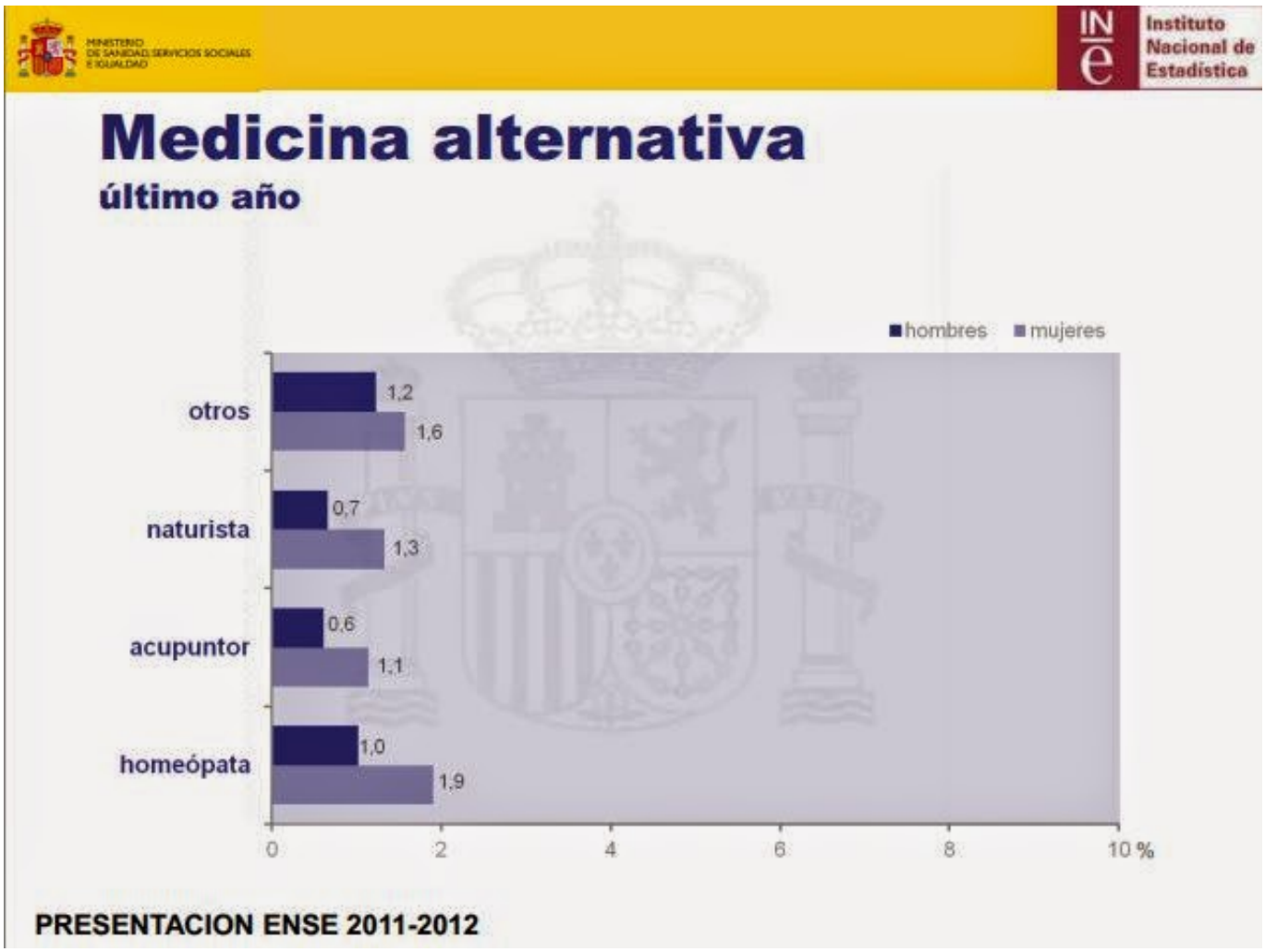
Hay quien podría blandir la hipótesis de que las mujeres de mediana edad, debido a la estructura social que las obliga a una doble jornada laboral y una situación de infra-reconocimiento sociolaboral y medicalización de cualquier padecimiento son las responsables de que veamos estas diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, el problema empieza mucho antes y no es un coto privado

de las mujeres de mediana edad; en un texto publicado en 2012 en el BMC Public Health (Wiklund 2012) llegaron a los siguientes resultados:

> "*Existe una clara diferencia de género: entre dos y tres veces más chicas que chicos mostraron quejas subjetivas de salud tales como dolor de cabeza, cansancio, trastornos del sieño o dolor músculo-esquelético, así como tristeza y ansiedad. (...) El estrés percibido debido a presión y exigencias -por parte de la escuela- se correlacionó de forma intensa con quejas de salud (r=0.71) y ansiedad (r=0.71)*

Es decir, en nuestro país podemos observar cómo se reproduce una desigualdad que se relaciona de forma directa -e importante- con la mortalidad, haciendo que mujeres y personas de clase social más baja -por no hablar de la intersección "mujeres de clase social baja"- se sitúen en el segmento más desfavorecido en esta inequidad.

Pero más allá de la relación entre la percepción de salud y la mortalidad, la Encuesta Nacional de Salud arroja un dato que nos ha parecido curioso porque creemos que ayuda a trazar una de las líneas de la fallida relación entre el sistema sanitario y una parte importante de las mujeres: la utilización de consultas de medicinas alternativas (nombre que no nos gusta nada, por cierto).



Mientras que las mujeres acuden al médico de familia entre un 10% y un 30% más que los hombres, la visita a consultas de medicina alternativa se sitúa en torno a un 100% más. Podríamos plantear dos hipótesis para explicar esto:

- Por un lado, las medicinas alternativas explotan con mayor intensidad aún que la medicina convencional el papel de la mujer como producto sanitario y agente de consumo. El concepto de "la mujer sana" se convierte en un producto que vender a base de apelar a falsas ilusiones de certeza ("sin efectos secundarios") y el fetiche de *lo natural*.
- Por otro lado, la ciencia médica, como cuerpo de conocimiento y como práctica clínica, es profundamente androcéntrica (posiblemente el culmen del androcentrismo lo encontramos en aquellas patologías como el infarto agudo de miocardio, en las que se denomina como "presentación atípica" lo que es la presentación típica en las mujeres... esto es, ser mujer es lo "raro") y ha fracasado a la hora de dar respuesta a parte de las demandas -y necesidades- de las mujeres en materia de salud. Hemos generado una oferta de servicios que lejos de solucionar las demandas y necesidades existentes, relacionadas con los malestares de la vida, ha generado todo un mundo de demandas y necesidades en torno a productos mórbidos generados apriorísticamente. La diferencia entre la oferta de servicios/cuidados/acompañamientos/respuestas y la demanda para suplir necesidades es un campo enorme que aprovechan las medicinas alternativas para ofrecer *otra cosa*, *cosa* que escudándose en un cambio del marco epistemológico consigue adelantarnos por la derecha generando más mal que bien -a la par que contribuyendo a gran velocidad a la mercantilización de la salud y de las relaciones (pseudo)médico-paciente-.

Hemos normalizado la peor percepción de salud de las mujeres hasta un punto en el que no nos interpela directamente y cuando lo hace lo resolvemos apelando a *esencializaciones* rancias (que

aluden, por lo general, a la condición de la mujer como ente psiquiatriforme y "dismorfosaludfóbico"). Una vez más, habrá que empezar por revisibilizar.
Aprovechando que hoy es día de recomendar libros, no podemos terminar sin recomendar uno que nos parece clave en asuntos de género, feminismos, reproducción y cuidados: "Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas", de Silvia Federici, donde podemos leer esta cita de Peter Linebaugh en *The Magna Carta Manifesto:*

"*La reproducción precede a la producción social. Si tocas a las mujeres tocas la base*".

Etiquetas:
salud pública, género, feminismos