

Autora: María Marta Zamora Rodríguez

Segundo lugar Profesional

Atención médica violenta y sesgada: la invisibilización de las condiciones socioculturales que inciden en la salud de las mujeres.

Al pensar en el tema de la salud como un espacio mediado por las relaciones de poder características del androcentrismo, es posible identificar cómo desde la ciencia médica también se ha minimizado, violentado y excluido a las mujeres de su campo de estudio y acción, lo que visibiliza su parcialidad, pues se neutraliza el término “ser humano” perdiendo con ello la identificación y atención de las necesidades y particularidades de la población femenina. Ellas, al ser igualadas a los hombres, vivencian la discriminación por parte de las y los profesionales en salud, quienes han omitido todas aquellas características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, etc., que las han colocado en un lugar distinto.

La forma en que las mujeres han sido tratadas, estereotipadas y oprimidas a través de la historia, debe ser sin duda un tema de interés para las investigadoras e investigadores, principalmente para quienes cuentan con una formación académica y humanista capaz de identificar las situaciones de vulnerabilidad a las que se han visto expuestas, producto de una sociedad desigual que las invisibiliza.

Por ello, para comprender la temática se debe tener en cuenta algunos hallazgos en los que es posible identificar el sector salud como un espacio más de violencia hacia las mujeres, pues se encuentra que debido a la existencia de padecimientos presentes mayoritariamente en las mujeres, y las diferencias en la expresión de síntomas respecto a los hombres, se propone la morbilidad femenina diferencial, la cual se define como:

“[...] el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino. Puede ser causada por las diferencias biológicas con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las

enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos.

(Valls, et al, 2008: 2)

La interpretación que se da de la existencia de padecimientos distintos entre hombres y mujeres es una razón más para cambiar el paradigma biologista de atención médica y adecuarlo a la realidad de la población femenina, considerando el contexto particular de cada una y eliminando los discursos de vergüenza y discriminación que se dan como producto de los procesos biológicos propios de las mujeres que son mencionados en la cita anterior.

Tal es el caso de la comprensión y abordaje de la menstruación, ya que este proceso biológico se ha considerado Tabú en distintas culturas durante décadas, donde las mujeres en su periodo eran aisladas de sus casas, porque se creía que la fase menstruante contaminaba la producción agrícola y alteraba el correcto crecimiento del ganado. Por estas creencias, se considera que en la ciencia médica se ha ignorado el estudio de este proceso hasta mediados del siglo XX, por lo que no se establecían cuales debían ser las características del ciclo menstrual. (Valls et al, 2008)

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

Siguiendo la línea de la atención médica dirigida a las mujeres, se encuentran también una serie de discriminaciones presentes en la relación establecida entre el personal de salud y la población femenina. Estas tienen su origen en la cultura androcéntrica, pues se valen de la supuesta y equívoca inferioridad de las mujeres respecto a los hombres, utilizando a los segundos como norma para valorarlas a ellas. Ejemplos de ellos son los siguientes:

“[...] elaboración de medicamentos, muchos de los cuales se experimentan en hombres, y posteriormente, se generalizan a las mujeres. Los síntomas del infarto del corazón han sido identificados por observación de los síntomas

desplegados en los hombres. Equipos ergonómicos, válvulas del corazón, prótesis o herramientas fueron diseñados teniendo como norma el cuerpo masculino [...]” (Ministerio de Salud, 2007: 44)

Esto es lo que sucede en un mundo definido para y por los hombres, permeando cada espacio de la vida de las personas e invisibilizando a las mujeres, ignorando sus especificidades, pues este pensamiento patriarcal no considera la experiencia femenina para su atención en la medicina y otras áreas.

Dicha visión sesgada de la medicina no sólo ha ignorado estas características biológicas de las mujeres, ya que tampoco ha considerado la importante incidencia que tienen las condiciones sociales y culturales en la forma en que las personas perciben su contexto físico y social, además de la forma de relacionarse con las y los demás. En este escenario, “[...] la salud como producto físico y social responde también a códigos culturales [...]” (Rodríguez, 2008: 5).

Es por la influencia de la visión androcéntrica, que la salud se caracteriza por ser de carácter monocultural, es decir, desde esta práctica se juzgan los conocimientos y prácticas de “lo otro”, desligando lo biológico de la realidad que permea a las personas, invisibilizando las desigualdades presentes en las relaciones sociales, como la social, de género, étnica, etc., valorando como norma y universalidad los conocimientos de la ciencia médica positivista.

Lo anterior ha conllevado a la objetivación de las mujeres, es decir, su experiencia y vivencias no son consideradas a la hora de la investigación y por ende, del abordaje de sus condiciones, siendo el criterio parcial del personal médico el eje de las intervenciones. Como consecuencia, actualmente siguen siendo violentadas, mediante el no reconocimiento de sus particularidades, pues los resultados de la realización de múltiples labores cotidianas, así como las diferencias biológicas de las mujeres, tienen secuelas físicas y emocionales importantes las cuales siguen siendo medicalizadas.

De ahí la importancia de reconocer que las condiciones sociales que inciden en la salud “[...] suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la

población [...]” (Agudelo et al, s.f: 14). La organización social, tal y como se ha conocido, está fundada de tal forma que los hombres sean jefes de hogar, dueños del ámbito público, encargados de la economía familiar, etc. Y por otro lado, se mira a las mujeres como las encargadas de los afectos, del cuidado de la familia, de realizar las labores domésticas y atender las necesidades de quienes habitan bajo el mismo techo y otros familiares que requieran atención de otras personas.

En ese contexto, las mujeres no contemplan la necesidad de autocuidado, debido a la ocupación en las necesidades de las demás personas, más que en las propias. Asimismo, se gesta un imaginario de dependencia hacia la figura masculina, el cual se reproduce social y estructuralmente, al no facilitarse opciones para la población femenina que, por una u otra razón, encabeza el hogar y no posee las condiciones necesarias para hacerlo sin ver insatisfechas sus demandas y las de quienes viven con ellas.

Todas estas condiciones se ven reflejadas en su estado de bienestar y en el acceso a servicios médicos para atender sus dolencias, padecimientos o cualquier proceso de salud necesario, ya que la atención médica también posee obstáculos que impiden valoraciones acordes con sus contextos e intervenciones libres de juicios de valor y estereotipos, pues “[...] la salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva y este enfoque ha impedido abordar su salud desde una perspectiva integral [...]” (Valls et al, 2008: 10)

Esta ausencia de investigaciones respecto a las características propias de la salud de las mujeres da paso a que la información con la que se cuenta en la ciencia médica esté sesgada y generalizada, cuando ellas presentan ciclos propios y reacciones distintas a medicamentos que únicamente fueron probados en hombres.

Por lo anterior, es preciso aludir a las barreras socioculturales que determinan el acceso y uso de servicios médicos, principalmente por parte de las mujeres, quienes presentan actitudes resistentes frente a temas que han estado ocultos y se han mirado desde estereotipos y prejuicios. Entre estos impedimentos se encuentran:

“[...] las actitudes y creencias frente a los servicios y el personal médico; el pudor de hablar de determinados temas o de ser auscultados; el miedo a

procedimientos y técnicas médicas; la falta de autonomía para la toma de decisiones; la violencia intrafamiliar; los roles de género que ubican a las mujeres en actividades exclusivas del hogar (por ejemplo el cuidado de los hijos); las brechas generacionales; el nivel educativo; entre otros aspectos [...]” (Agudelo et al, s.f: 21)

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

Todos estos obstáculos corresponden a la reproducción de la lógica androcéntrica, ya que las mujeres son educadas desde pequeñas para interiorizar creencias y opiniones respecto a determinados temas considerados ajenos a su realidad como población femenina. Tal es el caso del disfrute de una sexualidad plena, sin ser coaccionadas a comportarse de determinada forma por simplemente ser mujeres. Asimismo, la toma de decisiones es generalmente permeada por las opiniones de sus familiares y del personal médico, limitando la libre elección de lo que desean y les conviene.

En este escenario, desde el sector salud se contribuye a la perpetuación de discursos de culpa, vergüenza e inseguridad, respecto a diversos temas, como la salud sexual y reproductiva, en los cuales las mujeres no saben cómo actuar y terminan cediendo a la voluntad ajena, contraponiéndose a sus propios deseos.

Igualmente, las instituciones se caracterizan por reproducir relaciones de poder en detrimento de las mujeres, como en los casos donde se ven sujetas al criterio de profesionales en salud, para poder someterse a ciertos procedimientos médicos, como la esterilización quirúrgica o el aborto terapéutico, siendo consideradas incapaces de decidir sobre sus cuerpos y además, son coaccionadas a cumplir con lo que socialmente se le ha

asignado de acuerdo a su sexo biológico, pues no deben ni pueden violentar el orden social existente.

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

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

Bajo el criterio de corrección de conductas señalado en el párrafo anterior, se comprende que la normalización de la actividad y vida humana está dada desde numerosas áreas de la cotidianidad, no siendo una excepción el campo de la salud, donde además se establecen relaciones violentas, principalmente hacia las mujeres.

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

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que en la medicina, las relaciones de poder adquieren un sentido algo distinto, las cuales se expresan de diversas formas de control. Una de ellas se da mediante el condicionamiento de las acciones de las personas, lo cual se facilita cuando se establecen relaciones desiguales entre quienes solicitan la atención médica y las profesionales y los profesionales en salud.

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

Estos condicionamientos se identifican en el momento en que personal médico se encarga de impartir normas durante el diagnóstico y/o tratamiento de los padecimientos de las personas, se les posiciona así como agentes de control social, al señalar cuales conductas o rutinas deben seguir, medicalizando el malestar o los síntomas de quien consulta. En el caso de las mujeres, esta condición es aún más marcada, pues no se les valora tomando en cuenta su entorno ni los factores sociales, culturales y materiales que podrían estar originando determinado padecimiento.

Bajo esta lógica, las personas suelen ceder al criterio de la o el profesional médico, pues son ellas y ellos quienes tienen el conocimiento científico que les permite atender sus padecimientos. Sin embargo, cuando son las mujeres quienes consultan, se suman a la valoración médica los discursos de vergüenza, los tratos desiguales y las ofensas, por el hecho de ser mujeres y atravesar etapas distintas a la de los hombres, como la menopausia, el parto, la menstruación o dolencias asociadas a la ejecución de labores diarias desgastantes, las cuales suelen ser descalificadas o subvaloradas por considerarse “comunes” en las mujeres.

De este modo, se identifican algunos de los mecanismos que hacen posible la opresión hacia las mujeres en el sector salud. No obstante, no debe dejarse de lado el factor económico, como condicionante del bienestar de la población femenina en una sociedad capitalista, que mercantiliza los derechos que el Estado ha cedido al mercado, dejando de garantizarlos universalmente y limitando aún más la posibilidad real que tienen ellas de acceder a la atención médica, pues para quienes poseen recursos limitados, la salud no puede ser una prioridad por el gasto que implica.

En este contexto, el dinero funciona como mecanismo de poder hacia las mujeres que no poseen los medios económicos para acceder a una consulta médica privada (aunque ello no garantiza que el trato sea menos sesgado, sí le asegura la atención inmediata de sus afectaciones), Así, el personal médico, valiéndose de la condición socioeconómica de la población femenina de bajos recursos, descarga sobre ésta todos aquellos prejuicios, tratos violentos y criterios moralistas inherentes al androcentrismo y a la lógica patriarcal.

Sin embargo, este contexto no es estático ni rígido, pues todas las condiciones expuestas hasta acá pueden ser modificadas. Algunos cambios pueden darse, por ejemplo, efectuando una evaluación más compleja de la influencia del medio en la salud de las personas. Como señala Sen et al (2005)

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

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

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

El género como categoría analítica, es una forma epistémica de conocer a las mujeres desde ellas mismas, sus necesidades, sentires, saberes, y desde su experiencia en la sociedad machista que las discrimina en todos los espacios, incluyendo el sector salud. La incorporación de este análisis permite que se visibilice la necesidad de atender a las mujeres como seres humanas con particularidades que no deben negarse ni invisibilizarse.

Si estos análisis son asumidos por el personal médico, su lectura del mundo daría apertura al análisis de valores y estereotipos que permean a hombres y principalmente a las mujeres, brindando una atención más completa de las condiciones médicas presentes en las consultantes de los servicios de salud.

Asimismo, se daría paso a la planificación y ejecución de Políticas Públicas dirigidas al sector salud, en el que se contemple la especificidad de la condición de las mujeres, y deje de enfocarse la salud de la población femenina como lo sexual y reproductivo, donde ni siquiera se aborda de manera idónea, pues no se brinda la posibilidad de realizar el aborto como un derecho a decidir sobre sus cuerpos. Igualmente, la fertilización in vitro debería ser una opción médica disponible para quienes requieren asistencia médica para la concepción de un feto. Y en el caso de los partos, no se sigan cometiendo prácticas de violencia obstétrica, donde se les obliga a realizar labores de parto vaginal, aunque con antelación se conozca la necesidad de una cesárea. Estas situaciones mencionadas, aunque no representan la totalidad de escenarios violentos, permiten entrever que éstas están más orientadas a la comodidad del personal médico, colocándose como un espacio de violencia hacia ellas.

Por ello, el análisis de la salud desde la categoría de género que se implemente durante toda la formación académica de las y los profesionales en salud, y el quehacer de ellas y ellos, así como en las instituciones donde se prestan servicios médicos, sin importar que sean Clínicas u Hospitales especializados, generaría importantes cambios en el paradigma de percepción y atención de las mujeres en los centros médicos. Por ejemplo, se realizaría una medición más completa de las causas biopsicosociales que aquejan a la población femenina, dejando de objetivar los diagnósticos. También, se tendrían que realizar cambios en los equipamientos (que se elaboran con base en la figura masculina) y medicamentos otorgados a ellas, pues debido a las diferencias biológicas, no se da el mismo procedimiento de asimilación de productos químicos que en los hombres.

Por último, entre otros aspectos, se incluirían a las mujeres en investigaciones médicas, sin señalar que sus procesos biológicos (menstruación, embarazo, lactancia y menopausia) son un obstáculo para obtener resultados menos certeros. Por el contrario, se debe considerar el momento del ciclo vital en que se encuentran, con el fin de no otorgar medicamentos o aplicar procedimientos que dañen la integridad de la población femenina.

En síntesis, es importante analizar la evidencia expuesta respecto a esa doble opresión que vivencian las mujeres en la atención médica: por cuestión de género y por cuestión de clase, lo cual se debe resaltar, tomando en cuenta que este accionar, también da cuenta de una

serie de contradicciones presentes en el modo de producción capitalista, donde la salud es vista como una mercancía, a la que no todas las personas pueden acceder, especialmente a partir de las transformaciones que trae consigo el neoliberalismo en el sector salud en Costa Rica.

Bibliografía

- Acuña, Brenda, et al (2012) “Control social y relaciones de poder en la interacción equipo de salud-usuario”. Archivos de medicina familiar y general. Argentina. Vol.9. Recuperado de: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/104/96>
- Agudelo, Marcela, et al (s.f) “Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León- Guanajuato (México)”. Recuperado de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9256.dir/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf
- Lafaurie, María Mercedes (2011) “¿Por qué pensar en la salud de las mujeres?”. Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Colombia. Recuperado de: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero1/salud_mujeres_revista_salud_bosque_voll_num1.pdf
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud (2007) “Análisis Basado en Género: Una herramienta metodológica para la planificación en Salud”. San José, Costa Rica. Material didáctico.
- Rodríguez, Lilia (2008) “Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en Políticas de Salud sexual y reproductiva”. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Argentina. Recuperado de: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
- Sen, Gita; George, Asha; Östlin, Piroska (2005) “Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas”. Harvard Center for

Population and Development Studies. Recuperado de:
http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf

Valls, Carme; Banqué Marta; Fuentes Mercé; Ojuel, Julia (2008) “Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres”. Anuario de Psicología Vol.39. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de:
<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758>