

VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

La relacion medico - paciente desde la perspectiva de genero.

Campos, Silvia Susana y Tapia, Silvia Alejandra.

Cita:

Campos, Silvia Susana y Tapia, Silvia Alejandra (2004). *La relacion medico - paciente desde la perspectiva de genero*. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/240>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA RELACION MEDICO - PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO

Campos, Silvia Susana y Tapia, Silvia Alejandra

Sociología de la Universidad de Buenos Aires.

sofiatiziano@hotmail.com / aivlisat@yahoo.com.ar

RESUMEN

La medicina científica se ha mantenido como la disciplina con legitimidad para actuar en el campo de la salud. En efecto, su definición del proceso de salud-enfermedad no ha cambiado ya que continua privilegiando ciertos rasgos que reducen la practica medica al tratamiento de la enfermedad como un fenómeno biológico, individual, ahistórico y asocial.

Desde la Sociología podemos cuestionar este sesgo asistencialista planteando aquellos aspectos que expresan diferentes formas de interpretar la realidad de acuerdo a valores y saberes preexistentes, que hacen referencia a distintos orígenes económicos y socioculturales tanto de los médicos como de los pacientes.

Consideramos que estos modos disimiles de entender el proceso de salud-enfermedad pueden traducirse en una relación médico-paciente asimétrica que supone una actitud subordinada del paciente.

En este sentido, la propuesta es analizar si las expectativas de roles masculinos y femeninos por parte de los médicos generan un mayor control del cuerpo femenino que del masculino.

Puesto que la desigualdad de género en salud es una de las dimensiones sociales que se manifiesta actualmente, incorporar la mirada de género garantiza la solidez de las políticas desarrolladas en los procesos de reforma de los sistemas de salud

desde aquellos que brindan servicios de salud.

ABSTRACT

The scientific medicine has become the discipline legitimated to act in health's field.

In fact, its definition of the health-disease process hasn't changed because it continues to favor certain aspects that reduce medical practise to the treatment of disease as a biological, individual, non-historical and a non-social phenomenon.

From Sociological science we can discuss this asistencialistic slant by establishing those aspects that express different ways of understanding reality based on values and pre-notions, which refer to different economical and culture backgrounds as much in doctors as in patients.

We consider that this different ways of understanding the health-disease process might turn into an asymmetrical doctor-patient relationship which suppose a subordinate attitude of the patient.

In this way the proposal is to analyse whether doctor's expectations of male and female roles produce a greater control in women's body than in men's.

Because of the gender disparities in health are one of the social dimension which is expressed nowadays, to includes gender's view guarantees the solidity of the politics developed in the reform processes of health's system from those who offer health's services.

INTRODUCCION

Cada disciplina científica para ser definida como tal precisa distinguir cuales serán las características específicas que determinarán su objeto de estudio y cual será la forma de abordarlo y estudiarlo. En el caso del proceso salud-enfermedad a partir del sXIX en las sociedades occidentales, la disciplina legitimada para definirlo casi en su totalidad, es la medicina reconocida como científica. Como lo afirma Freidson (1978), la Medicina también ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y consecuentemente como debe actuar la gente para ser tratada como enferma.

Por lo tanto se ha ido conformando una concepción de salud entendida como la mera ausencia de enfermedad, reducida al plano de lo biológico e individual, pensada como objetivamente observable. No obstante, la afección es siempre un símbolo de desorden y las categorías medicas del sufrimiento y el mal funcionamiento no son nunca descripciones neutras y científicas de la perturbación. Al contrario, ellas expresan las centrales cuestiones políticas, morales y sociales de la época. La enfermedad es siempre una metáfora de la enfermedad personal. Aunque la medicina moderna clama que es neutral y científica, ésta incorpora e institucionaliza la noción de la vida buena. (Turner, 1989: 16)

Distintos niveles de mortalidad y morbilidad, entre otros aspectos, en diferentes contextos y momentos históricos nos permiten pensar en las cuestiones sociales, económicas y culturales que atraviesan este fenómeno. De este modo, entre otras variables a ser tenidas en cuenta como el sector social de pertenencia o el origen étnico y cultural, consideramos que las diferencias de género constituyen un eje importante de análisis, no sólo en cuanto a la diferencia en los índices de morbimortalidad, sino también en lo que hace al tratamiento desigual de los mismos

desde los servicios de salud.

En este sentido la perspectiva de género puede resultar una herramienta valiosa para indagar como, aún cuando se supone neutral, en la relación médico-paciente intervienen diferentes componentes valorativos, creencias, prejuicios y prenociones que pueden condicionar la percepción o no, de ciertos aspectos del proceso de salud-enfermedad.

En particular, nos interesa destacar aquellas representaciones ligadas a las expectativas de roles masculinos y femeninos por parte de los proveedores de los servicios de salud, los cuales se asocian al reconocimiento de ciertos signos y síntomas considerados legítimos para definir enfermedades como propias de cada sexo, ya que como consecuencia, es posible que se pasen por alto algunos de ellos poniendo en riesgo la salud tanto de los hombres como de las mujeres.

SALUD Y GENERO: HERRAMIENTAS PARA EL ANALISIS

El proceso de salud/enfermedad como objeto de estudio es entendido como la expresión emergente de procesos que reconocen su determinación en el plano económico social y que se visualiza a través de formas concretas de enfermar y morir los grupos humanos según su anclaje estructural. Al decir de Menéndez el proceso de salud/enfermedad/atención es una dimensión "testigo" de las contradicciones y efectos de un desarrollo social desigual (Biagini, 1996:12)

Sin embargo, debido a la consolidación del saber de la ciencia médica como el discurso hegemónico en Occidente, se impuso una concepción del cuerpo por la cual éste quedó reducido a lo anatómico, a un conjunto de órganos semejantes a las piezas de una maquina que deben cumplir ciertas funciones para que mantener el

equilibrio del mismo. En virtud de esto se dejó de lado lo simbólico, las representaciones sociales del mismo, sus rasgos individuales, el entorno social, en suma, quedó alienado de su origen social y subsumido por la dicotomía que separa el deseo de la razón, el cuerpo de la mente. Así como también, quedó fuera del análisis las desigualdades sociales y las luchas de poder.

Por lo tanto, al tomar sólo estos aspectos, se estaría dando prioridad al estudio de la enfermedad, como modo de desviación biológica, y no a la salud. En efecto, ésta termina explicándose tan sólo como ausencia de patología, como el buen funcionamiento de los órganos. Se piensa que la enfermedad se presenta siempre del mismo modo, se la homogeneiza y estandariza, no teniendo en cuenta la subjetividad y particularidad de los individuos que la portan; cuando en realidad, ya sea la salud o la enfermedad, pueden ser consideradas como tales cuando son reconocidas y definidas por determinada cultura.

En otras palabras, si bien la enfermedad como tal puede ser una afección biológica, la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es el modo en que los seres humanos responden a ella. (Freidson, 1978:213) La propia percepción del cuerpo de cada sector social establece diferencias en su cuidado y en la atención a los síntomas mórbidos. Como resultado, en los sectores populares donde se presta menor atención a los síntomas, o no se los asocia con la enfermedad, la aparición de las enfermedades se experimenta como algo que irrumpe de manera que compromete al cuerpo de forma irreversible, inesperada y repentina, y no como un proceso.

Por el contrario, desde los servicios de salud, debido a la concepción que tienen de la relación médico-paciente basada en lo asistencial, que espera y estimula una actitud pasiva y dependiente del paciente, a través de un estilo asimétrico, unidireccional y verticalista de comunicación (Biagini, 1992), se suele transmitir

información de forma muy acotada o expresada de una manera que resulta muy difícil de ser codificada. Así el lenguaje se presenta como un sistema organizador de prácticas culturales según el cual las personas representan y entienden el mundo. Palabras y textos no tienen un significado unívoco pero el sentido construido fija modelos de interpretación e impide utilizar otros.

En la situación de consulta, el médico trata de evitar la transmisión de sus conocimientos o al menos, la información que provee es muy escasa como para que se cuestione sus prácticas o el diagnóstico de tratamientos. En consecuencia, se excluye no sólo a otros saberes sino también al propio paciente, el cual debe tener una participación pasiva, y hasta subordinada, en relación con el médico.

Por lo tanto, se podrían identificar diversas maneras de percibir y clasificar tanto los signos y síntomas, como la propia enfermedad, las cuales están determinadas por características tales como la clase social, el género, el origen étnico cultural, entre otras cosas. En consecuencia, en virtud de que la concepción de la salud es construida socialmente y de maneras diversas según el contexto histórico en el que ésta surja, es preciso tener en cuenta que en dicha definición se entrecruzan distintos saberes, creencias, valores o normas; por lo cual su análisis debe considerar la influencia que los mismos tienen en ella.

De esta forma es posible pensar al género, entendido como una categoría dinámica y relacional que también se construye socialmente y que refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos (Lamas, 2002:52), como una variable que condiciona tanto la percepción del proceso de salud enfermedad, así como también los motivos por los cuales las personas se enferman y mueren, entre otras cosas.

En otras palabras, el género constituye un sistema conceptual organizador de un código de conductas atribuibles según el sexo al que se pertenezca. Por un lado, la categoría de género permite definir lo masculino y lo femenino como una construcción social, y no como un atributo biológico o natural. Las formas aceptadas de ser hombre o mujer en una cultura determinada, condicionan la percepción social constituyéndose como un principio organizador de la realidad que se interioriza y naturaliza a lo largo de nuestras vidas a través de diferentes mecanismos de socialización como la familia, la escuela, etc.

En este sentido, las imágenes de género actúan, no sólo en tanto medios para describir la realidad, sino más bien como normas que definen significados y valores atribuidos a las diferencias, determinando además cuales son los patrones de conducta esperados para cada sexo. La construcción del género es el producto y el proceso de la representación y de la auto-representación.

Por otra parte, es preciso tomar en cuenta que las diferencias de género no pueden estar desconectadas de otras mediaciones sociales tales como la clase social, la edad, la etnia, entre otras cosas. En efecto, las relaciones de género expresan también relaciones de poder en cuanto expresan asimetrías y desigualdades que condicionan la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su cuidado.

¿CUERPOS DISTINTOS? ¿ENFERMEDADES DISTINTAS?

La sociedad prescribe y normatiza expectativas de roles de género que asocian lo femenino a lo pasivo, débil, sensible, maternal y lo masculino a la fuerza, la virilidad,

la actividad; los cuales influyen de manera directa o indirecta sobre la salud; incluso el acceso diferenciado a recursos y decisiones. Los diversos estilos de vida determinados por los estereotipos y roles creados por el sistema de género implican necesidades y condiciones de bienestar diferentes.

Los estereotipos de género condicionan la vida de todas las mujeres, y también de los hombres, limitando su derecho a la salud. Dominan la investigación, el control y la atención de las enfermedades, impidiendo el establecimiento de programas de salud equitativos y eficaces. Si bien desde el paradigma médico se enfatiza en el aspecto curativo y asistencialista, es posible advertir la predominancia de ciertas áreas de diagnóstico y tratamiento diferenciadas para el cuerpo de varones y mujeres que en gran parte devienen de la asociación de las imágenes de género con las supuestas necesidades de atención a ciertas patologías surgidas de aquellas. Ésta división del cuerpo y ésta medicalización diferenciada puede ser explicada teniendo en cuenta la perspectiva de género ya que existen diversos mecanismos a través de los cuales la asignación social y la construcción de subjetiva de las identidades de género pueden afectar la salud (Szasz, 1999:110)

Por un lado, la construcción de la identidad de género se expresa en la misma percepción del propio cuerpo, lo cual influirá en su uso y cuidado. Precisamente, las pautas culturales determinan un rol femenino asociado a una sexualidad pasiva, ejerciendo una presión hacia las mujeres para que establezcan conductas sexuales que pueden implicar riesgos para su salud como es la falta de control de su propia sexualidad (Szasz, 1999:112) No obstante, en el caso de los varones, ciertos mandatos sociales también pueden afectar su salud, y poner en riesgo además la salud de sus parejas.

Por otra parte las relaciones de género expresan también relaciones de poder en

cuanto expresan asimetrías y desigualdades que condicionan la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su cuidado. Estas relaciones se expresan en distintos ámbitos como la familia, el trabajo o los servicios de salud.

En el ámbito doméstico, la violencia suele ser una expresión extrema de la dominación masculina, existiendo situaciones de servidumbre, dependencia y temor por parte de las mujeres, no obstante que no existan expresiones de violencia física que pueden afectar la autonomía, la capacidad para tomar decisiones y los cuidados a la salud. (Szasz, 1999:114)

En el ámbito laboral las desigualdades que pueden afectar la salud de hombres y mujeres debido a que existen asimetrías tanto en las posibilidades de acceso al mercado de trabajo, en las condiciones en que se trabaja, los recursos que se obtienen, como también en la distribución de las tareas o la valoración social de las mismas.

Como resultado de la división de roles por el sistema de género, las mujeres generalmente deben ocuparse del trabajo doméstico de forma no remunerada y altamente desvalorada, o incluso, complementarlo con trabajo fuera de su casa. En virtud de esto, se restringe el cuidado de la salud, al acceso a los servicios o no se tienen en cuenta los efectos negativos que tienen tanto en lo físico como en lo emocional. No obstante, debido a estos estereotipos de género la asociación de lo masculino con la fuerza expone también el cuerpo de los varones a ciertos riesgos. En cuanto a los servicios de salud, es evidente una mayor medicalización en el caso de las mujeres, lo cual implica el control social e ideológico por medio de la regulación de las conductas sobretodo de los procesos corporales y reproductivos, y de la definición de lo que es o no enfermedad, como también de quienes son

asistibles y bajo que condiciones. (Esteban, 2001) Medicalización que no sólo implica la utilización del medicamento como la principal forma de intervención, sino también la búsqueda de control y soluciones médicas para problemas de comportamiento. Se definen y etiquetan ciertas conductas “anormales” como enfermedades que necesitan la intervención médica a través de la prescripción de tratamiento; intervención que se traduce en una forma de control social ya que busca regular, modificar o eliminar, entre otras cosas, tales comportamientos. (Conrad, 1982)

Existen además diferencias en el trato y actitud de los médicos que tienden a ser paternalistas frente a las mujeres lo cual se traduce en una relación medico-paciente que tiende a reproducir y asignar al género femenino el ámbito de lo doméstico, la maternidad y las practicas derivadas de ella como destino natural de las mismas (entendiendo la maternidad no como un producto inmediato de la capacidad reproductora de la mujer, sino como un ejercicio que está articulado con los discursos ideológicos dominantes y con sus variaciones a través del tiempo, mientras que el maternaje sería la práctica aprendida para "la crianza, el cuidado y la responsabilidad de los hijos e hijas". En tanto que maternazgo sería además, otra forma en que las mujeres se convierten en “madres de los demás”, es decir, que socialmente a las mujeres se les ha consignado las responsables del cuidado de sus familiares aún por encima de sus propias necesidades).

El cuerpo de la mujer ha sido ginecologizado a lo largo de los años y atrapado en su función reproductiva. La mujer es pensada, básicamente, desde su función reproductiva con énfasis en las funciones fisiológicas del embarazo, parto y puerperio; ha sido objeto de programas y acciones planteadas e impuestas desde este saber y con frecuencia es expropiada de su capacidad de decidir en los eventos

de su salud y su enfermedad. No se incorpora a la mujer como participante activo en cuestiones de prevención y

promoción de la salud, especialmente en cuestiones que hacen a su salud reproductiva ya que, por el contrario, las indicaciones son generalmente de tipo normativas o incluso de sanción, sobre la base de una transmisión asimétrica de información sobre que lo que pueden hacer y lo que no. De esta manera, el sistema de salud y las instituciones formadoras han considerado a la mujer como inversión o vehículo para el bienestar de otros, aun a costa de su propio bienestar.

Sin embargo, el mayor control y atención a los procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, se enfrentan además a cierta paradoja al no traducirse en menores índices de morbilidad o mortalidad, así como tampoco en mejores condiciones de vida sino que por el contrario, las principales causas de morbimortalidad están asociadas a estas áreas.

Así se desatienden otras áreas del cuerpo de la mujer que pueden reflejar complicaciones más acuciantes que en los hombres, por ejemplo los ataques cardíacos en el caso de las mujeres que podrían presentar síntomas más difusos e imprecisos, como pueden ser aquellos similares a los de una gripe. En cambio en el caso de los hombres, si bien por causa de las expectativas del rol masculino como el fuerte y proveedor, muchas veces se expone también el cuerpo de los varones a ciertos riesgos y se dejan de lado ciertas cuestiones como las reproductivas, la mayoría de los controles dirigidos a ellos parecen estar más vinculados al cuidado de su persona específicamente.

Aunque debemos tener presente también la menor frecuencia de hombres en las consultas clínicas como un factor a tomar en cuenta, es preciso mencionar como tal vez muchos hombres educados para ser fuertes, aguantar el dolor, valerse por si

mismos, no pedir ayuda y salir adelante, acostumbran a negar o minimizar sus problemas de salud hasta que estos se agravan.

En este sentido los consejos médicos hacia los hombres parecen tener un carácter menos asimétrico y menos unidireccional en tanto que se apela más a su criterio en las decisiones que hacen al cuidado de su salud en cuestiones tales como el tabaquismo, el colesterol, hipertensión.

REFLEXIONES FINALES

Desde que nacemos a través de distintos mecanismos de socialización como la familia, la escuela, los medios, aprendemos categorías, roles, valores y normas que nos sirven como esquemas para clasificar y ordenar la realidad pero que muchas veces se traducen en prejuicios y estereotipos que naturalizan tanto las desigualdades sociales como las diversas formas de subordinación.

Como en otros ámbitos de la sociedad, en el campo de la salud también se expresan relaciones de poder y control en la cotidianeidad de la relación médico-paciente como producto de la supuesta autoridad del médico como portador del conocimiento válido. Esta distancia además, suele ser mayor cuando existen diferencias de clase, género, edad, entre ellos.

De esta forma sería importante reflexionar sobre la manera en que éstas diferencias se tornan en desigualdades y su influencia no sólo se expresa en el trato y la calidad de atención diferencial para hombres y mujeres, sino también en la trivialización de ciertos malestares o incluso, la invisibilización de los mismos sobretudo en el caso de las mujeres en cuestiones tales como el no reconocimiento de lesiones psíquicas y físicas que pueden resultar de la violencia familiar o la aparición de cáncer de órganos no reproductivos.

Resulta preciso destacar además que, debido a las imágenes de género que manejan los servicios de salud que dan por sentado la heterosexualidad, las indicaciones y recomendaciones no tienen en cuenta la existencia de la diversidad de identidades sexuales por ejemplo en las recomendaciones en anticoncepción, dando lugar a un inadecuado cuidado de la salud de las personas.

En este sentido, pensamos que sería preciso poder incorporar la perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud a fin de ir promoviendo una visión más amplia sobre el proceso de salud/enfermedad en hombres y mujeres.

Podría ser una tarea a llevar a cabo desde todas las instancias posibles como marco para conocer distintas propuestas y elaborar los mecanismos realizarlos a través de estrategias de intervención en diferentes ámbitos de lo social en las que participen además, los propios destinatarios de la atención.

Se trata entonces de priorizar tanto la prevención y la atención, como la promoción de la salud. Es decir, abordar la promoción de la salud atendiendo a las necesidades e inquietudes de las personas tomando como referencia sus condiciones sociales de vida y sus hábitos, en la que la perspectiva de género atiende a la reducción y posterior eliminación de estereotipos que dificultan la atención en salud y prescriben ciertos roles y acciones a diferentes sectores de la población.

Sabemos que no es una tarea sencilla pero desde distintos sectores de la salud se están promoviendo distintos estudios que demuestran la importancia de dejar de lado las referencias específicas a los géneros.

La meta de la atención integral y promoción de la salud debe estar dirigida hacia el logro de una población saludable sin diferencia de géneros

BIBLIOGRAFIA

- Biagini, G. (1996) La conformación del objeto de estudio de la sociología de la salud. Publicación Interna, Cátedra de Sociología de la Salud, No. 2.
- Biagini, G. (1992) La significación social de la enfermedad, Public. Cátedra S/Salud, FCS UBA.
- Boltanski, L. (1973) *Los usos sociales del cuerpo*. Bs. As. Editorial Periferia.
- Conrad, P. (1982): "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social" en Ingleby, D. (comp.): *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona. Ed. Crítica.
- Esteban, M. (2001) El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Miqueo, Tomas, Tejero, et al. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid. Minerva Ediciones.
- Freidson, E (1978) *La profesión médica*. Barcelona. Ed. Península.
- Martínez, M. "El maternazgo como grillete al desarrollo femenino" publicado en Red Informativa de Mujeres de Argentina (www.rimaweb.com.ar)
- Rosenberg, M. "Maternidad" publicado en <http://www.agendadelasmujeres.com.ar/Canales/FamiliasyVidaCotidiana/Maternidad/palabramaternidad.htm>

- Lamas, M. (1997): "La perspectiva de género", en Aguilar Gil, J. y Mayén Hernández B.; *Hablemos de Sexualidad. Lecturas*. CONAPO-Mexfam. México
- Menéndez, E. (1987): Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención, Caracteres estructurales. Buenos Aires. Publicación de las I Jornadas de Atención Primaria de la Salud.
- Szasz, I. (1999): Género y salud: propuesta para un análisis de una relación compleja. En: Bronfman y Castro (Eds.): *Salud, cambio social y política*. México. EDAMEX.
- Turner, B. (1989) *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México. FCE.