

Inconmensurabilidad o commensurabilidad en la inclusión de género en distintas tradiciones médicas

Nidia Fernández

Patricia Morey

Pertenencia Institucional: FFyH – Univ. Nac. De Córdoba.

Correo electrónico: nidferna@gmail.com

patriciamorey@gmail

Resumen

Hay modelos médicos que explican la salud desde concepciones biológicas, tanto en la etiología de las enfermedades como en el tratamiento y en la organización de los sistemas de salud, y que históricamente han invisibilizado los factores de género. Otro modelo explicativo, considera que es necesario entender la enfermedad como un proceso multicausal y que entre los factores de diferenciación es fundamental incluir a las mujeres con su perfil de salud diferencial y al hacerlo se cuestiona el viejo marco teórico. Los nuevos datos y la perspectiva diferente falsean conocimientos sesgados y puede contribuir a la consolidación de un nuevo paradigma incompatible con el anterior.

1. Introducción

Algunos modelos médicos tratan de explicar las causas de la enfermedad y la salud a partir de una fuerte reducción a lo biológico y a etiologías únicas. Este modelo tiende a considerar a la mujer como un ser sexuado, especialmente en relación a su función maternal y lo abstrae de los condicionamientos psico-sociales que influyen en el proceso de salud- enfermedad de forma diferenciada.

Un nuevo paradigma ha ido creciendo en las últimas décadas. Las definiciones de organismos intergubernamentales, como la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) han desarrollado definiciones de la salud de complejidad mayor teniendo en cuenta una multicausalidad de factores que la producen en oposición a la etiología simple. En este nuevo modelo, los estudios sobre los procesos y necesidades

diferenciadas de hombres y mujeres han ido cobrando importancia, especialmente en países desarrollados. Además sugiere pautas específicas para la atención apropiada de la situación diferenciada.

Este nuevo marco teórico cuestiona seriamente los métodos de diagnóstico, terapias y la prevención de algunas enfermedades. Además, reconoce que los estereotipos de género han ocultado datos (caso de la enfermedad coronaria), que ha habido exclusiones sistemáticas de la mujer en los estudios epidemiológicos y que la falta de análisis de las diferencias es producto de tomar al cuerpo masculino como estándar. Como afirma Galaverna (2010), este fenómeno de sesgo ha invisibilizado problemas diferenciales, ha llevado a diagnósticos, subtratamientos, subregistros y medicalización errados.

Surge así un nuevo paradigma que muestra las diferencias en los procesos de salud-enfermedad entre hombres y mujeres que revelan diferencias biológicas e inequidades estructurales. Las cifras muestran que las mujeres tienen peor salud física y mental y padecen trastornos psicoafectivos con mayor frecuencia que los hombres. Aunque tienen menos mortalidad, paradójicamente, sufren de una mayor variedad de enfermedades crónicas, además de niveles más altos de depresión y desórdenes psiquiátricos (OSM, Denton *et al*, 2004). Los errores teóricos conducen a incrementar las desigualdades en la práctica: las mujeres han estado desatendidas en enfermedades que sólo recientemente se han mostrado que tienen una importante incidencia y en modalidades de padecimiento diferentes a los hombres.

Ahora bien, la diversidad de teorías en ciencias sociales es una constante, ya que los fenómenos sociales se definen de manera diferente, en muchos casos con metodologías distintivas, con modelos explicativos variados, con elecciones múltiples de las unidades de análisis y métodos de investigación. Sin embargo, ante esta situación, puede haber distintas relaciones entre teorías y disciplinas variadas: algunas coexisten y se desarrollan de forma independiente, algunas de ellas se complementan o se utilizan de forma pragmática; en otros casos se entrecruzan las disciplinas, o uniones interesantes entre desarrollos independientes. También es importante recordar los intentos de reducción a elementos componentes, pero hay casos en que los modelos teóricos son tan diferenciados que pueden hablarse de inconmensurabilidad al estilo Kuhniano. Algunas perspectivas en las ciencias sociales son tan diferentes que se presentan como mutuamente excluyentes, ya sea porque el modelo teórico anterior es falseado o superado (Morey,2003)

La variabilidad o transformación de la disciplina médica con la incorporación de una perspectiva que incluye a las mujeres no es única en medicina. La teoría de género ha impactado a las

ciencias sociales, con diferente intensidad. La sociología, la antropología y la historia han incorporado fuertemente la perspectiva de género, la economía, el habitat y la filosofía han aumentado el número de trabajos que la incluye, sin embargo no podría afirmarse que las ha transformado en profundidad. María Julia Palacios realiza preguntas que consideramos centrales para analizar a las ciencias sociales desde una perspectiva no sesgada: ¿Constituye la incorporación de las mujeres una renovación teórica profunda? ¿Supone una renovación metodológica o una renovación temática? ¿La disciplina con la nueva perspectiva, qué relación mantiene con la mirada estándar?

En este trabajo se mostrará el contraste entre la medicina hegemónica y la nueva perspectiva que incluye al género como una variable principal. Se mostrará cómo en los últimos años se ha ido conformando un nuevo paradigma constituido por nuevas observaciones, que llevan a mostrar las diferencias en los procesos de salud-enfermedad entre hombre y mujeres y las influencias psicológicas, sociales y económicas que influyen en esta trayectoria, lo que significa una nueva mirada sobre la mitad de la población que sufre enfermedades específicas y comunes. Finalmente, se analizará hasta qué punto esta nueva mirada, no constituye solamente una acumulación de nueva y necesaria información sino un verdadero cambio de paradigma, que en algunos aspectos falsea imágenes distorsionadas y es inconmensurable con el anterior.

2. Dificultades frecuentes en la relación género y salud entre distintas tradiciones teóricas

Distintas posturas o racionalidades médicas no han cesado en el intento de explicación de lo que constituye la salud, la enfermedad y su forma de atención. Algunas, de un modo simplista y lineal, tratan de explicar las causas de la enfermedad y la salud a partir de etiologías reduccionistas, como las de la era bacteriológica, fundándose en una causa única, el microorganismo y una terapéutica única, el antibiótico. Es un modelo de explicación poco complejo y un tanto mecánico.

A pesar de los intentos por ampliar las formas de investigar, desarrollar prácticas de atención y organizar mejor los sistemas y servicios de salud, estas perspectivas colocan al médico y al medicamento como centro de la atención de los servicios de salud. Está basado en un modelo de tipo curativo, que no sólo es sumamente costoso, sino que es de baja eficacia. En su naturaleza estos modelos han sido calificados por Eduardo Menéndez como reparativos, curativos y no preventivos,¹ mostrando claramente una curva paradójica de gastos donde el grueso del presupuesto está en las terapéuticas más sofisticadas y un escaso porcentaje en la amplia base de la prevención.

Fue imponiéndose de manera casi única en la medicina de occidente *junto al sistema capitalista* y sigue siendo importante en la medicina actual aunque existen muchas maneras de enfocarlo e intentos

¹ Menendez, E.

de transformarlo. En este modelo medicalizado hegemónico, se ha logrado que la población recurra a la consulta médica una vez que su caso está fuera de control, en lugar de prevenir el daño ante los primeros síntomas. Al fuerte biologismo y mecanicismo se le suma una pretendida neutralidad valorativa, una supuesta imparcialidad por el ropaje aparentemente científico de sus interpretaciones. Este modelo ha reproducido el sesgo sexista de las ciencias sociales.².

3. Diferencias hombre-mujer en el proceso salud-enfermedad

Ha habido un tratamiento asimétrico en la investigación sobre la situación diferencial de hombres y mujeres en relación al proceso de salud-enfermedad. La ciencia médica, como otras disciplinas sociales, tuvo una ceguera de género que invisibilizó a las mujeres. Hoy se considera que aunque tienen una esperanza de vida superior, se enferman más en todo el ciclo de vida.

Los problemas relacionados con su capacidad reproductiva: la menstruación, los embarazos partos, muertes por abortos y menopausia han estado históricamente sub-informadas, sub-atendidos y sub-financiados. Para dar unos pocos datos: la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 19 años en los países de la región de América Latina son debido a complicaciones durante el embarazo y el parto. El SIDA, es la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. Las niñas y las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por el VIH atribuido a una interacción de factores biológicos y desigualdades de género. El aborto es la principal causa de mortalidad materna en América Latina y en Argentina, aunque es fácilmente prevenible, como lo demuestra la política pública en Uruguay que hace cuatro años no registra ninguna muerte por aborto.

Pero la salud de las mujeres, es más que la relacionada con los problemas específicos y esos son los que han sido estudiados en los últimos años, aunque no son lo suficientemente conocidos. Recién en los últimos años se descubrió que sufren de más condiciones crónicas, padecen más migrañas, artritis, anemia, enfermedades celíacas, mientras que los hombres tienen formas más severas de cáncer y especialmente cáncer de pulmón.

Otros datos sobre formas de enfermedad diferenciada:

- Durante años las enfermedades coronarias fueron consideradas masculinas, considerando que las mujeres están más protegidas hormonalmente contra las enfermedades coronarias. Sin embargo, esto no es así. La primera causa de muerte de las mujeres la constituyen los problemas cardíacos. Como afirma Saez de Lafuente la sintomatología es diferente y durante años hubo

² Maffia, D. (2000) Mujer y Ciencia, Buenos Aires.

errores en la prevención, diagnóstico y terapéutica.. La hipertensión, por ejemplo es un factor de riesgo mayor en la mujer que en los hombres.

El Informe realizado para el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo de España indica que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres en España y similarmente en occidente europeo. En EEUU fallece una mujer por minuto debido a esta causa³. Hay evidencias que muestran que las mujeres no se benefician de los mismos tratamientos que los hombres en caso de infartos (Mortensen et al, 2007).

- Las mujeres padecen doblemente el síndrome de colon irritable, cuyos mecanismos de producción no están aun suficientemente investigados. Según el Instituto de Fisiología del Hospital de Vall d'Hebron en Barcelona, es probable que sea producto del estrés que afecta a las mujeres.⁴ Esta enfermedad que es la más común de los desórdenes gástricos de los países desarrollados, tiene un altísimo costo directo en relación a la atención médica e indirecto en relación a la alteración de la calidad de vida de los pacientes. Los síntomas y el tratamiento son diferentes en hombres y mujeres según varias investigaciones recientes. (Ver Heitkemper *et al*, 2003).

- La ansiedad y los trastornos de los estados de ánimo están indicados con mayor frecuencia entre las mujeres, así también el consecuente consumo de tranquilizantes. En los estudios realizados en Canada, utilizando datos del Canadian National Population Health Survey, las mujeres responden sobre mayor cantidad de eventos estresantes en su vida, incluyendo traumas en la niñez y stress crónico (Denton et al., 2004).

- Las mujeres de edad, tienen más posibilidades de sufrir una enfermedad crónica que los hombres. Las patologías de tiroides son más frecuentes en las mujeres, se calcula que de cuatro personas que padecen esta enfermedad, tres son mujeres.

- El Alzheimer es un problema desproporcionadamente femenino. Dos tercera parte de quién sufre esta enfermedad son mujeres. Además, 60% de quienes cuidan a los pacientes con Alzheimer, son mujeres, por lo tanto afecta más a la mitad de la población. Muchos creían que eran consecuencia de la falta de hormonas por lo que se prescribía estrógeno, sin embargo se ha mostrado las peligrosas consecuencias secundarias de la Terapia de Reemplazo Hormonal por sus efectos secundarios.

- Por otra parte, la artritis reumatoidea tiene mayor frecuencia en las mujeres que en varones en una relación de 2 a 3 mujeres por cada hombre⁵. Esta enfermedad es a veces invalidante, pero en condiciones de carga física tiene peores consecuencias y produce la muerte temprana.

³ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

⁴ Enfermedades Crónicas: "Síndrome del intestino irritable más frecuente en mujeres", *MediSur Rev Científica* <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/announcement/view/4983>

⁵ Rozo Uribe, R.; Alvarado Bestene

4. Metodología

La metodología en estos estudios incorporan sistemáticamente los cuestionarios de auto percepción de salud de las mujeres, los relatos de vida y las autobiografías, tomando en consideración las apreciaciones subjetivas sobre la salud. Por ejemplo un estudio en Suecia con mujeres de edad entrevistadas sobre su buen estado de salud, respondían que el humor, la estética y la belleza en el hogar y el cariño de los otros eran fundamentales para su sensación de bienestar y salud. Por el contrario, en otro trabajo de investigación cualitativa con la participación de mujeres mayores casadas (Forssen y Carlstedt, 2006), donde se les preguntaba sobre las estrategias desarrolladas para lograr un bienestar psíquico y físico, afirmaban que la presión del tiempo constante atentaba contra la posibilidad de un equilibrio: sus estrategias para lograrlo era intentar tener “espacio y tiempo” para ellas. No sólo el cuarto para ellas solas, sino formas de autonomía como la de empleo, cuartos separados y amistades propias eran fundamentales como refugio de privacidad necesarias para resguardarse de las presiones familiares.

Como se ha dicho anteriormente, los datos han surgido por la presión del movimiento de mujeres, con la incorporación de mujeres académicas en las universidades, con la conciencia de género y con la llegada de algunas mujeres a puestos de dirección estratégicas.

5. Variables sociales

El peor estado de salud de las mujeres está determinado por factores socio-culturales. Como afirma el estudio de Denton, Prus y Walters (2004), la inequidades basadas en género están muy documentadas pero es necesario establecer la relación entre éstas y las variables conductuales, sociales y estructurales. Hombres y mujeres viven trayectorias de vidas diferentes, diferentes estilos de vida, tienen experiencias particulares producto de factores psicológicos inmersos en diferencias económicas, responsabilidades familiares y apoyo social.

Los roles sociales desfavorables incide fuertemente en el estado de salud. Las mujeres están subatendidas en todo lo que se relaciona con su salud reproductiva. La pobreza, la falta de educación y la violencia afectan tanto a hombres como a mujeres pero la incidencia es diferenciada. La mujer es la más pobre entre los pobres, la que tiene menor educación especialmente en “países subdesarrollados” y la que tiene la responsabilidad de hijos y hogar en muchos casos combinado con una función productiva, lo que aumenta la exigencia y la vulnerabilidad física. También las posiciones sociales y las

actitudes culturales hacia el género aumentan el patrón de desigualdades acrecentando la aparición, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades.

Numerosos estudios han demostrado que las personas expuestas a eventos estresantes están en un mayor riesgo de tener desordenes psicológicos y peor salud física y abuso de sustancias peligrosas. En la vida de las mujeres los estresores crónicos son la violencia estructural y la familiar (la física y la psicológica, que incluye el maltrato y el menosprecio o la disminución de la autoestima). El sufrimiento en la vida conyugal, la baja autoestima y sentido de autodominio (“sense of coherence” y “mastery” en Denton *et al*), tienen efectos en el proceso de salud-enfermedad.

Análisis multivariados indican, según estudios basados en Canadá, que hombres y mujeres tienen una diferencia en la vulnerabilidad a algunos determinantes sociales de salud. Específicamente, altos ingresos, el trabajo de tiempo completo y cuidado de la familia y tener un soporte familiar son predictores más importantes de la salud de las mujeres que de los hombres. También el sobrepeso y la inactividad física en las mujeres son predictores más importantes en las mujeres. El fumar y el consumo de alcohol son determinantes de la salud de los hombres. Las mujeres tienden a reaccionar ante los problemas de los otros (familiares y amigos, enfermedades y roles maritales), mientras los hombres reaccionan a los problemas económicos.

Otro determinante importante es la del trabajo. El trabajo pesado provoca en las mujeres diferentes formas de enfermar, por sus exigencias físicas, la falta de adecuación de los lugares de trabajo y la consecuente producción del daño según la duración de la jornada laboral⁶. Las mujeres ganan menos, tienen trabajos de menor nivel y muchas de ellas realizan el doble rol que les insume más tiempo y preocupación⁷. Además la concentración de mujeres trabajadoras en ocupaciones particulares conduce a características específicas de lesiones y enfermedades. Las medidas generales, afirma la Organización Mundial de la Salud, dirigida a todos los trabajadores no siempre tienen los beneficios deseados para las condiciones de trabajo específicas de las mujeres trabajadoras.

6. Conclusiones

Hay varios modelos teóricos que explican la salud, la enfermedad y la atención médica, que no son claramente definibles, ya que hay cierto eclecticismo en su desarrollo histórico, sin embargo es posible diferenciar entre un modelo individualista y biologista que no incorpora a las mujeres y otro

⁶ “Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación” OIT, Ginebra. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf [consultado 02-06-2011]

inclusivo en relación a su ontología, metodología, alcance y prácticas. El primero, es cercano a un modelo económico que tiene al lucro más que la equidad como objetivo, lo que además tiene consecuencias desastrosas en la práctica. El modelo alternativo supone revisar los estilos de vida, desde las pequeñas prácticas cotidianas hasta la forma de distribución social de los recursos, por lo que es un tema de científicos sociales y política macro, no sólo de médicos y recetas.

En el primer modelo las mujeres han participado poco. Pocas médicas, metodologías no participativas de recopilación de datos, invisibilidad de las necesidades de las mujeres, ausencia de mujeres en lugares de dirección. En las últimas décadas han aumentado las profesionales, las entrevistas a mujeres en sus propias experiencias de vida y la relación con la autopercepción de su cuerpo, las mujeres ocupan más cargos directivos y la militancia de género ha influido en la investigación. Un factor importante en la legitimación de este nuevo paradigma son las organizaciones internacionales, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas, que resaltan la información sobre las formas diferenciales de enfermera y morir y delinean políticas y objetivos que revierten la inequidad que resulta de la distorsión teórica.

Aunque es necesario contar con más datos desagregados y más investigaciones, esta nueva perspectiva teórica parece falsear la anterior y presentarse casi como un modelo que no sólo corrige sino que permite “ver fenómenos diferentes”. Existen diferencias en las necesidades y en la frecuencia de algunas enfermedades que en muchos casos son resultados de una posición diferencial en la estructura social de hombres y mujeres. Es una nueva mirada sobre la realidad social, incipiente pero profundamente transformadora, lo que constituye una renovación teórica profunda. Un paradigma que sea ciego a las diferencias y a la relación entre enfermedades y determinantes sociales es reducido y en su pretensión de explicación total, falso. Por lo tanto, consideramos que ante la pregunta epistemológica sobre la relación entre ambas formas de concebir la enfermedad, hay una inconmensurabilidad kuhniana, una ontología, metodología, criterios y valores gestálticamente diferentes.

Bibliografía

- Aresti Esteban, N. (1998) Pensamiento científico y género en el primer tercio del siglo XX. [on line] Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/vasconia/vas25/25053072.pdf>
- Borrella C., García-Calventeb, M. del M., Martí-Boscàc, J. V. (2004) La salud pública desde la perspectiva de género y clase en: Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. Direcció General de Salut Pública. Generalitat Valenciana. Valencia. *Gac Sanit; 18(Supl 1):2-6*. [on line] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400002&script=sci_arttext

- Denton, M.; Prus, S.; Walters, V. (2004) "Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health" *Soc Sci Med.* 2004 Jun;58(12).

- Enfermedades Crónicas: "Síndrome del intestino irritable más frecuente en mujeres", *MediSur Rev Científica* [on line] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/announcement/view/4983consultad> (consulta 20 de julio de 2011)

- EQUIDAD DE GENERO Cuaderno Político. PNUD [on line] Disponible en: <http://www.pnud.cl/areas/Genero/CuadernoPoliticoPNUD.pdf>

- Fernández, N. (1999) "Espacios múltiples de análisis versus individualismo metodológico. Creencias y representaciones sobre salud", *Rev Estafeta* 32, (1):25-27.

- Galaverna, A. (2010). La invisibilidad de las mujeres en la Medicina. En Foro Nacional Interdisciplinario, San Carlos de Bariloche, Río Negro, República Argentina. CD

- Garma, A. (2005) "Thomas Khun y la racionalidad científica. Incomensurabilidad y verdad". *A Parte Rei Revista de Filosofía* 40 [on line] Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/amanda40.pdf>

- González Reyes, A. H. (2010) La mirada clínica sobre los cuerpos femeninos. *Caderno Espaço Feminino* 23 (1-2): 19-41

- Heitkemper, M.; Jarrett, M. (2003) Impact of Sex and Gender on Irritable Bowel Syndrome *Biological Research for Nursing.* 5 (1) 56-65

- Kuhn, Thomas (1981) *La estructura de las revoluciones científicas* Madrid: FCE.

- Menéndez, E. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. [on line] Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/bibliografia/BiblioComun/Modelo_Hegemonico.pdf (consultado 04-08-2011)

- Menéndez, E. (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos, Roberto Compilador. *La Antropología médica en México.* (pp. 97 - 114). México: Antologías Universitarias. Tomo I.

- Morey, P., Rainero, L. (1998) *Paradigmas de Género* CICSA: Córdoba

- (2003) *Pluralismo Limitado. Un modelo para explicar la variabilidad en teoría social* publicado por la Facultad de Filosofía y Humanidades. Colección Tesis de Post-grado. Universidad Nacional de Córdoba Editorial Universitarias. 2003

- Mortensen, O; Bjorner, J; Newman, B. "Gender differences in health-related quality of life" *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* Feb. vol 14 no 1.

- OSM. El salto de la autonomía de los márgenes al centro. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. En: Informe Anual 2011. [on line] Disponible en: http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/INFORME_OIG_2011.pdf

-OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. [on line] Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf

- OMS. Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS. Informe de Secretaría

- Páramo, J. A. (2009) Diferencias de sexo y enfermedad arterial coronaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España. *Clin Invest Arterioscl.*; 21(6):190-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/15/15v21n04a13140583pdf001.pdf>

- Rozo Uribe, R.; Alvarado Bestene J. (1998) Medicina Interna tomo III. Prácticas y procedimientos Facultad de Medicina Pontificia Univ Javeriana. cap. 1

- Suxo A. M.; Caballero, D. (2009) Determinantes sociales: género y salud. Guía para el manejo de la información con enfoque de género Serie OPS/OMS: Documentos Técnicos, La Paz – Bolivia
Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nge30729.pdf>