

GÉNERO Y PENSAMIENTO MÉDICO

HACIA UN NUEVO ENFOQUE DE LA SALUD FEMENINA

Dra. Reina Fleitas Ruiz

*Departamento de Sociología,
Universidad de La Habana*

ESTE TRABAJO REFLEXIONA EN TORNO A CÓMO LA MEDICINA HA IDO SUPERANDO POSTULADOS Y PRÁCTICAS QUE LA ENCERRABAN EN MARCOS DEMASIADOS ESTRECHOS Y, POR ENDE, POCO EFECTIVOS PARA PROPORCIONAR CALIDAD DE VIDA. SE ANALIZA LA INCIDENCIA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DESARROLLADA POR EL FEMINISMO EN EL AUTOMOVIMIENTO QUE PERMITIÓ A LA MEDICINA PASAR DESDE LA PERSPECTIVA BIOLÓGICO-INDIVIDUAL A LA MEDICINA SOCIAL Y PREVENTIVA.

El desarrollo humano desde hace mucho se asocia a la salud como uno de sus indicadores, pero los enfoques en el pensamiento y práctica médica no siempre han contribuido a alcanzar ese propósito cuando hacen de la salud una mercancía que sólo pueden comprar unos pocos.

La medicina como ciencia ha ido superando postulados y prácticas que la encerraban en marcos demasiado estrechos y, por ende, muy pocos efectivos para proporcionar calidad de vida. Desde lo biológico e individual se transitó a la medicina social y preventiva sin descuidar al individuo y la salud de su corporeidad.

Es propósito del presente trabajo reflexionar en torno a ese automovimiento y la incidencia que en él ha tenido la perspectiva de género desarrollada por el feminismo, la cual pretende una calidad de vida saludable para la mujer que la condiciona a una reconceptualización del ideal genérico de salud reproductiva.

El desarrollo humano en Cuba se resuelve en la práctica de la elaboración y aplicación de una política que ha tenido como propósito llevar la salud a todos sus ciudadanos, y cuyos resultados son constatables en indicadores que muestran— sobre todo— una calidad de vida bastante homogénea y elevada entre sus grupos sociales, para un país que vive las tensiones del subdesarrollo.

La historia de la medicina en Cuba en las últimas décadas se concreta en un proyecto de igualdad para la mujer que consolida su situación como agente de salud, en particular de la salud reproductiva. Un proyecto que se hizo realidad pero que aún no ha logrado remover todos los cimientos que reproducen la desigualdad de género en el sistema de salud y en la representación y práctica de la salud reproductiva, concebida como un estado del individuo que, para proporcionar bienestar requiere ser asumida con un sentido de mayor equidad.



La medicina ha sido desde siempre la ciencia que se ha encargado de reflexionar en torno a la funcionalidad del cuerpo humano, para así sentar las bases de una lógica de pensamiento que ha regulado la organización de las prácticas asociadas al diagnóstico y cura de las enfermedades y, en general, a la identificación de las disfunciones fisiológicas, la explicación de sus causas y tratamiento para superar el desequilibrio que ellas generan. El peso que la medicina, concebida como ciencia biológica, siempre tuvo en la reflexión sobre los temas de salud y la peculiar concepción que de ella se derivó como un contrario de la enfermedad, explica el enfoque naturalista que durante siglos primó en sus representaciones sobre la salud femenina. Las representaciones médicas sobre el cuerpo de la mujer y la interacción médico-paciente femenina se han orientado siempre en el sentido de una actividad cuyo objetivo esencial es el diagnóstico de una disfunción biológica que debe acompañarla un tratamiento para restaurar nuevamente el equi-



librio en el cuerpo; el papel de la psiquis y de lo social, no es valorado en el marco de ese paradigma que funcionó en la antigüedad, el medioevo y sigue aún vigente para explicar las causas de muchas enfermedades del cuerpo. Tanto la medicina clínica tradicional como las tendencias médicas actuales, que se centran en el diagnóstico de la enfermedad apoyándose en el desarrollo tecnológico moderno, han padecido de esos enfoques biologicistas que echan raíces en el saber médico transmitido a través de los planes de estudio y en el ejercicio de la práctica profesional.

La filosofía médico-naturalista estuvo asociada también a un enfoque individual de la práctica médica y de la salud. La medicina se concebía como una profesión que debía ejercerse privadamente y buscar las causas de la enfermedad en el cuerpo del individuo enfermo. Era un servicio que disfrutaban sólo pocas personas con suficientes recursos para pagarlo. La época era también difícil para la ciencia, las reglas sobre sexualidad normaban, en particular para la mujer, la práctica de la consulta con un médico, que era preferiblemente el de la familia o excepcionalmente, alguien del sexo femenino que no tenía entonces preparación académica.

La superación progresiva de ese enfoque individual por una concepción social de la medicina abrió el camino a una nueva perspectiva de la salud y a la intervención de otras ciencias en ese saber monopolizado por la medicina en torno al tema general de la salud. El primer paso hacia la superación de enfoques tan individualistas se dio con el nacimiento de la higiene ambiental y la filosofía de la prevención. La nueva escuela de medicina se interesó por buscar las causas a problemas de salud en gérmenes bacteriológicos que habitaban en el ambiente y que eran transmisibles; los hábitos higiénicos personales y colectivos inapropiados se concebían como estimuladores de la transmisión de esas enfermedades. La prevención de la enfermedad descansaba en el saneamiento individual y colectivo y la causa se buscaba fuera del cuerpo humano aunque en determinantes biológicas.

Pero la filosofía médico-sanitaria siguió prosperando en sus enfoques cuando se planteó el progreso de la higiene en términos sociales. La carencia de higiene empezó a representarse asociada no sólo a la falta de hábitos sino sobre todo a la ausencia de recursos materiales y espirituales para superar esa situación. Pobreza e ignorancia se asumieron en el discurso como variables determinantes en la explicación de una variedad de en-

interpretaciones en el pensamiento feminista resultaron un tanto mecánicas y se movieron hacia un sentido más culturalista, al punto que llegaron a despreciar la importancia de lo biológico¹, concepciones más modernas y dialécticas sobre la relación entre lo sexual y lo genérico (entre lo biológico y lo cultural) contribuyen a descubrir unilateralidades en los enfoques médicos tradicionales. La interdisciplinariedad que ha caracterizado a los estudios de género en la última década, ha ayudado a consolidar una visión analítica de las relaciones entre los géneros mucho más equilibrada en cuanto a la explicación de las posibles causas que determinan la realidad de la construcción de las identidades sexuales y de su estado de salud. La visión de la salud femenina desde diversas disciplinas consolida la línea, ya iniciada por la medicina preventiva, de una concepción social de la salud que ahora también se intenta legitimar como viable para comprender las enfermedades o disfunciones del cuerpo femenino.

Lo que señala el discurso feminista es, cómo el saber médico tradicional se representaba a la mujer como un ser inferior, incompleto, génesis del pecado, más frágil e impura y derivaba esas cualidades de su distintividad fisiológica. La menstruación se explicaba como un momento de impureza en la mujer que debía por ello vivirlo aislada de la sociedad para no contaminarla; las características anatómicas del sexo femenino se percibían mutiladas frente a los genitales masculinos, el alma femenina se ubicaba en el vientre que es, además, el lugar del deseo. El útero era para la medicina tradicional, fuente de los trastornos fundamentales en la salud de la mujer; el papel de los órganos reproductores en las enfermedades se magnificaban y las terapias recomendadas se asociaban al uso de esos órganos. Si hoy la maternidad temprana se concibe por la medicina como un problema de salud, en épocas pasadas se proponía como regulador de la sexualidad para evitar «las visiones, delirios y angustias que la sangre impura, que no tenía salida, provocaba en la mujer».² La violencia sobre la mujer se llegó a materializar hasta en prácticas quirúrgicas sobre los órganos femeninos (oblación del clítoris, histerectomía), las mujeres que practicaban la medicina ilegalmente eran acusadas de brujerías y castigadas, y a las comadronas que debían atender los partos para ocultar el «pudor femenino» de los ojos masculinos no se les permitía acceder a las universidades. El discurso médico se apropió de los postulados androcéntricos que sobrevaloran la función reproductora de la mujer y que la

evalúan sólo como una identidad con un cuerpo y psiquis inferior al sexo masculino. A ella se le atribuyó el rol de cuidadora, justificado por un esencialismo expresivo que adorna su naturaleza psíquica y que nace de su especial función en la procreación humana.

Poner al descubierto la esencia ideológica de un discurso que usó la ciencia para legitimar un orden de cosas, ha sido el objetivo del nuevo discurso del feminismo en el campo de los estudios sobre la salud humana. Los estudios de género en la salud pretenden explicar el origen de las desigualdades genéricas actuales que operan en esta esfera de la acción humana: cómo las políticas sociales de salud no siempre benefician por igual a los géneros; en qué medida la feminización de la pobreza limita el acceso de la mujer a esos servicios, intentan descubrir la desigual participación de hombres y mujeres en los servicios de salud a través del ejercicio de diversos roles aprendidos culturalmente e impuestos desigualmente para hombres y mujeres; se interesan por conocer cómo el poder masculino se trasluce detrás de un saber y un control político sobre los recursos que pautan esas desiguales maneras de participar; cómo la desigual participación de hombres y mujeres en lo público y lo doméstico impacta en la salud física y psicológica diversa de los sexos; explicar por qué la mujer es la mayor demandante de atención médica y consumidora de antidepresivos y analgésicos como muestran resultados de investigaciones.

Para el discurso femenino, comprender las desigualdades y sus causas es sólo una forma de alcanzar objetivos más ambiciosos; uno de ellos es provocar la ruptura de ese discurso mediante su evaluación ideológica y científica, y el segundo, y más importante, el renovar la práctica de los sistemas de salud bajo el postulado de la equidad, que se entiende como igualdad de derechos, de posibilidades, de participación, de equilibrio relacional entre los sexos. Una igualdad que reconozca las diferencias biopsíquicas entre los sexos y que, por atenerse a ellas e identificar científicamente su alcance, pueda respaldar la promoción de una política de salud con equidad de género y un tratamiento médico que indudablemente debe ser diferenciado y requiere de atención especializada, pero diferente al que actualmente se organiza.

Posturas más radicales en el feminismo no sólo interpretan los problemas de salud de la mujer desde la variable género, pues consideran que la identidad femenina no es una colectividad homogénea, sino más bien un grupo también estructurado según las diversas ocu-

paciones que sus miembros femeninos desempeñan en la vida laboral y doméstica, el salario que devengan, el prestigio que ostenten, la familia de donde procedan, la raza o etnia a la cual pertenecen y la postura política que defiendan. Cada uno de ellos, indicadores que norman las posibilidades de consumo en los servicios de salud, que se produce de manera desigual. Esos indicadores también explican la prevalencia de enfermedades en algunos grupos de mujeres y su ausencia entre otros que, por la posesión de recursos, gozan de un bienestar físico y psicológico más elevado y cuentan con una esperanza de vida más prolongada.

La especialidad médica que se encarga de garantizar la salud sexual y reproductiva es la ginecología. Muchos de los prejuicios que pesaban sobre ella limitando su desarrollo, han sido superados; hace ya algún tiempo que esa especialidad forma parte de los planes curriculares que deben vencer los estudiantes de medicina y a ella se dedican hombres y mujeres sin restricciones sexuales de ningún tipo. Las explicaciones que esta ciencia brinda hoy sobre los procesos que atañen a la sexualidad y la reproducción, se hacen apelando a criterios más científicos apoyados en el desarrollo de la tecnología moderna y de la experiencia médica acumulada a partir de la observación, experimentación y actividad clínica general. La secularización del pensamiento médico en este campo, fue un paso muy importante para avanzar en un conocimiento de la sexualidad humana sobre bases científicas y que no se proyectara con tanta violencia sobre la mujer, como lo hizo en sus primeras etapas. También se constata un enfoque más social en el conocimiento de la sexualidad y en la organización de sus servicios; la eficiencia de la vida reproductiva se trata de comprender a partir de las condiciones ambientales del medio social, de los hábitos alimenticios y de la superación de la pobreza; enfermedades sexuales se explican a partir de conductas promiscuas en las relaciones sexuales y los servicios de atención ginecológica se interesan por elevar la calidad de la atención al paciente.

A pesar de los avances constatados, aún persisten en el mundo prácticas discriminatorias de esta especialidad que se somete a la globalización mercantil y encarece sus servicios, para con ello impedir que, en una diversidad de culturas, hombres y mujeres reciban un tratamiento médico de igual calidad y algunos incluso ni los más elementales. Las altas tasas de mortalidad materna de algunos países subdesarrollados obedecen a que la feminización de la pobreza genera niveles

altos de embarazo en mujeres que no tienen acceso a los métodos anticonceptivos, pero tampoco a los servicios de atención materno-infantil. La privatización y el desentendimiento del Estado sobre la seguridad social se traducen en profundas desigualdades en el desarrollo tecnológico de los servicios ginecobiológicos que garantizan la calidad de la atención organizada en las instituciones privadas y públicas; el monopolio de los recursos que poseen las instalaciones privadas favorece la calidad de su atención en detrimento del sector público al que tienen acceso las mayorías.

La mercantilización de los servicios de salud reproductiva y su privatización a quien más perjudican es a la mujer que es su principal consumidora; y también una fuerza de trabajo importante que participa en el desarrollo de los programas de atención ginecológica y materno-infantil. La desigualdad de oportunidades se acentúa ante un proceso creciente de feminización de la pobreza en el Tercer Mundo.

Uno de los problemas más antiguo del género femenino, sigue siendo el cuestionamiento del derecho de la mujer a decidir sobre bases racionales lo que puede y debe hacer con su sexualidad y sobre la solución más conveniente para su salud reproductiva. De ese derecho están despojadas muchas mujeres en el mundo porque las legislaciones prohíben el aborto o las instituciones privadas encarecen tanto los servicios que los hacen inaccesibles, y la mortalidad materna se mantiene elevada por abortos clandestinos que se realizan en pésimas condiciones higiénico-sanitarias que afectan la salud biológica y psíquica de la mujer; otras se ven obligadas a prostituirse y vender su cuerpo para someterse a un mundo de violencia y promiscuidad sexual, muchas otras que arriban a edades tempranas al ejercicio de una maternidad no deseada que les impone la renuncia a la realización personal en otros espacios que no sean los domésticos, más los trastornos sociopsicológicos de los conflictos con la familia, la sociedad y el padre que no muestran actitudes de apoyo y sí de desentendimiento e inculpação.

Las tres situaciones significan una carencia de autonomía del sujeto femenino que afecta a la salud reproductiva en todos los niveles de su definición: somático, psíquico y social. Todas son situaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, que traen trastornos ginecológicos y psíquicos y que con una alta frecuencia se producen en un marco de relaciones sexuales conflictivas. La infertilidad en muchas ocasiones es provocada por abortos que se realizan en condiciones

inapropiadas desde el punto de vista médico o por prácticas promiscuas que desatan enfermedades transmisibles sexualmente y que no tienen un tratamiento eficiente. La mortalidad materna e infantil y los partos prematuros que afectan el crecimiento posterior de los niños se asocian a la fecundidad temprana.

La tesis de «Salud para todos» debería dejar de ser una consigna para convertirse en una realidad que exigiera la responsabilidad a todos por la salud de cada ser humano; dado que la salud reproductiva tiene que ver con múltiples problemas que escapan a sus instituciones, es esencial que en su organización se involucre al Estado, única entidad con posibilidades de que su acción tenga un efecto de totalidad interviniendo con políticas que promuevan una real salud reproductiva para todos.

Por otro lado, el pensamiento médico y la atención ginecobstétrica clínico-quirúrgica deberían resignificar el postulado de que la mujer es la mayor responsable en el proceso de procreación y del control de la fecundidad, no quitándole sus derechos (que no siempre tiene) a participar o acceder a la salud, pues la diferencia es tangible y su papel en la reproducción es esencial, pero sí involucrando más a la figura masculina en los servicios de atención ginecológica y materno-infantil; así como en la familia la responsabilidad paterna necesita ser valorada desde otros ángulos para lograr una equidad funcional o distribución de las tareas que competen al ejercicio del rol de cuidador; lo cual quiere decir resignificar la maternidad y la paternidad.

La planificación familiar no puede seguir siendo un problema a solucionar exclusivamente por un sujeto que constantemente se ve intervenido en ese derecho. La sociedad debe otorgarle a la mujer el derecho real a controlar su fecundidad, pero como la reproducción es un problema que involucra a ambos sexos debe exigirle responsabilidad al hombre, creando medios tecnológicos y de servicios que lo comprometan en la actividad reguladora de la fecundidad y de la prevención de enfermedades transmisibles sexualmente.

La intervención de instituciones que se dedican a la comunicación social resulta necesaria para poder cambiar la percepción que aún persiste entre hombres y mujeres sobre diversos papeles que se le achacan asimétricamente a los sexos en el ejercicio de la función de procreación y de control de la natalidad, y que determinan también el uso desigual que de los servicios de salud ginecobstétrica ellos hacen; la legislación debe crear cobertura jurídica para promover equidad en la partici-

pación del rol de cuidador, y el sistema de enseñanza donde se forman los especialistas de esta área, debería potenciar un discurso y práctica médica más democráticos en lo referente a la sexualidad humana.

El enfoque social en la organización de los servicios de salud reproductiva está reñido tanto con el androcentrismo en el uso de los servicios, como con la distribución desigual de los recursos laborales y monetarios en ese subsistema.

En la mayoría de las sociedades actuales sigue imperando una desigual distribución de los recursos, que no siempre proporciona a la mujer en la esfera laboral el placer de la realización, no siempre está justamente remunerada, ni siquiera en condiciones de un empleo igual que el hombre; le es más difícil escalar puestos más atractivos en la estructura laboral y de dirección, por la realidad de la doble jornada y por los prejuicios que sobre la mujer imperan en el medio. La competencia intelectual que el medio genera se torna difícil de sobrellevar para ella si no es sacrificando uno de los espacios donde realiza su vida cotidiana y se reproduce una división sexual del trabajo, porque la mujer renuncia a participar en actividades médicas que exigen tiempo y disponibilidad, que es lo que casi siempre le falta a la mujer intelectual para proyectarse en el campo de la ciencia. O quizás, se estanca intelectualmente y los resultados de su trabajo dejan de ser eficientes y creativos.



¹Véase para una lectura crítica de esas posiciones feministas que desprecian la importancia del cuerpo, la obra de **Giulia Paola di Nicola**: *Reciprocidad hombre/mujer. Igualdad y diferencia*. Cap. «La diferencia ocultada». Narcea, S.A., Ediciones Madrid, 1991, pp. 133-135.

²Véase **Eva Giberti**: «Mujer, Enfermedad y Violencia en Medicina» en *Mujer y Violencia*, Buenos Aires, 1992.

