

COLABORACION ESPECIAL

UN MODELO ALTERNATIVO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD CON RELACION A LA MUJER *

Graciela Beatriz Colombo Mac Guire

Cátedra de Metodología II de Trabajo Social. Buenos Aires. Argentina.

* Estudio realizado mediante una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS), Madrid, 1991.

RESUMEN

Fundamento: El objeto de este artículo es presentar un modelo médico alternativo al modelo hegemónico, desde una perspectiva de género. Se entiende por género una construcción socio cultural que define los modos de comportarse hombres y mujeres en la sociedad, en un momento histórico determinado.

La consideración del género en el análisis epidemiológico, junto con otras variables sociales, constituye un nuevo enfoque en el conocimiento de las prácticas de las mujeres. Los valores de género son la base para transformar las relaciones sociales y el cuidado de la salud dentro del sistema sanitario.

La postura que presento incluye un nivel macrosocial: el Estado y las políticas sociales y un nivel microsocio: la mujer y su vínculo con el médico en el ámbito de la vida cotidiana.

Métodos: Se realizó un análisis de contenido de la bibliografía, recopilada desde una perspectiva de género.

Se tomó como referencia a un Centro Primario de Salud, perteneciente a un barrio marginal de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Resultados y Conclusiones: Como resultado del estudio se elaboró una tipología de atención a la mujer, resaltando las diferencias entre un modelo médico hegemónico y un modelo alternativo. Asimismo, se manejan conceptos que pueden guiar la construcción de un modelo alternativo al hegemónico.

Palabras claves: Género. Sociología de la Vida Cotidiana. Planificación para el Género: necesidades prácticas y estratégicas de género para la comprensión del proceso salud enfermedad.

ABSTRACT

An Alternative Model of Health Sciences in Relation to Woman

Background: The purpose of this article is to present an alternative medical model to the hegemonic model, from the point of view of gender. Gender is believed as a socio-cultural construction defining men and women ways of behaving in society at a definite historical time.

Gender consideration in epidemiologic analysis, together with other social variables, constitutes a new approach in the knowledge of women practices. Gender values are the basis to transform social relations and health care within the health system.

The position I show includes a macrosocial level: the State and social politics, and a microsocio level: woman and her connection with the doctor in her daily life scope.

Methods: A content analysis of the copiled bibliography was carried out from the point of view of gender.

A Primary Health Care Center belonging to a marginal district in the City of Buenos Aires, Argentine was taken as reference.

Results and Conclusions: As result of this study, a woman care typology, emphasizing the differences between an hegemonic medical model and an alternative model, was elaborated. In the same way, concepts, which may be a guide in the construction of an alternative model to the hegemonic one, are handled.

Key words: Gender. Daily Life Sociology. Gender Planning: gender practical and strategic necessities for the comprehension of the healths disease process.

INTRODUCCION

El objetivo del presente artículo consiste en presentar un modelo de atención a la mu-

jer, desde una perspectiva de género. En los últimos años se ha avanzado bastante en esta línea de investigación, pero aún falta profundizar en una perspectiva de análisis correspondiente a los estudios de género.

Referirse a la mujer es algo más que la simple identificación de un elemento empírico de la condición biológica de uno de los sexos. Es un concepto que forma parte de un cuerpo de conocimiento, relacionado con una construcción socio cultural que define los modos de comportarse y de ser varones y mujeres en un momento histórico determinado. Por la pertenencia a uno y otro sexo, se establecen normas socialmente aceptadas para sus actitudes y comportamientos y para sus relaciones afectivas, emocionales, culturales y sociales. El ser varón o mujer implica valoraciones diferentes, tanto en el mundo de lo público como de lo privado.

La inclusión del concepto de género en el análisis epidemiológico, junto a otras variables sociales, constituyen un marco de referencia alternativo para comprender y explicar los estudios sobre salud. Esta óptica incorpora la sociología de la vida cotidiana como metodología para entender la subjetividad femenina. Este nivel microsocio se complementa con una visión más totalizadora que incluye la interrelación con la variable política a fin de explicar el proceso salud enfermedad.

El estudio de género permite comprender el impacto de las políticas estatales sobre las mujeres, y revela los componentes simbólicos del poder. La producción de formas apropiadas de comportamientos de varones y mujeres es una función central de la autoridad estatal, mediatizada por una compleja red de articulaciones con lo social, económico y político.

Los interrogantes que guían el presente estudio son los siguientes:

- * ¿Cuáles son las concepciones médicas que prevalecen en los distintos modelos médicos?

- * ¿Cuál es el rol específico de las mujeres en el mantenimiento o en la transformación de las relaciones de género en el vínculo médico paciente?

- * ¿Qué papel le corresponde al Estado en cuanto a la promoción de la igualdad para el género?

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una recopilación bibliográfica relacionada con la temática, teniendo en cuenta la salud de las mujeres. El análisis de contenido incluyó la perspectiva de género.

Los criterios utilizados fueron los siguientes:

1. Marco conceptual para la comprensión del proceso salud enfermedad.
2. Incorporación del concepto de género en los estudios de salud: concepción alternativa o convencional. En toda sociedad, en un determinado momento histórico, existen ciertas pautas implícitas acerca del comportamiento y actitudes del varón y de la mujer; dichas pautas constituyen los modelos dominantes o convencionales de género. Cuando las mismas se transgreden, estamos en presencia de concepciones de género alternativas a las dominantes.
3. Vínculo de autoridad entre la mujer y el médico.

Para la elaboración de los modelos médicos tuve en cuenta mi experiencia como becaria en un Centro Primario de Salud, perteneciente a un barrio marginal de la ciudad de Buenos Aires. Considero importante poder realizar en estudios posteriores un análisis comparativo con otras realidades.

La población que concurría a atenderse al Centro de Salud correspondía a los sectores marginales. Entendemos por sectores marginales "aquellos que en términos generales tienen acceso a ingresos y servicios

materiales, sociales y culturales que utilizan para la reproducción generacional y el mantenimiento cotidiano de sus miembros, de menor calidad y normalmente en menor cantidad que aquellos a los que acceden las familias de otros estratos medios y altos”¹.

RESULTADOS

Modelos médicos

En general existe conformidad en considerar que las prácticas vinculadas al área de salud constituyen una vía efectiva para la transmisión de concepciones ideológicas co-

rrespondientes a un determinado modelo de género. Se propone un discurso y se desarrollan acciones sobre el cuerpo de la mujer, sobre su capacidad reproductiva y sus características psíquicas².

En esta comunicación nos referiremos al modelo médico, basado en supuestos biológicos, y al modelo alternativo, que incorpora una visión integral del proceso salud enfermedad.

Modelo médico hegemónico

Parte de un enfoque individualista y biologicista que prioriza el concepto de enfer-

TABLA 1
Modelo médico hegemónico desde una perspectiva de género

<i>Médico</i>	<i>Mujeres</i>
<ul style="list-style-type: none"> El médico es considerado como la única fuente de poder y de conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres no son consideradas como sujetos en el proceso salud-enfermedad.
<ul style="list-style-type: none"> El médico impone a la mujer el diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres no tienen espacio para discutir el diagnóstico con su médico.
<ul style="list-style-type: none"> El médico prescribe comportamientos sin conocer el contexto en el que vive la persona, ni su historia de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres no le brindan información sobre su vida privada, debido a una falta de confianza, fruto de la asimetría en el vínculo médico-paciente.
<ul style="list-style-type: none"> El médico comparte una concepción de género convencional, que limita a la mujer a sus aspectos biológicos, sin reconocerla como sujeto en el cuidado de su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Se pueden distinguir distintas prácticas en la relación que la mujer establece con el médico: <ol style="list-style-type: none"> las que aceptan y legitiman el discurso hegemónico del médico. Las que muestran resistencias al modelo convencional y están proponiendo un discurso innovador de género.
<ul style="list-style-type: none"> En la explicación del proceso salud-enfermedad no se tiene en cuenta la socio-cultura, político y económico. 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres sienten que su problema no es comprendido en forma integral.
<i>Servicios de Atención</i>	
<ul style="list-style-type: none"> El hospital es la unidad de referencia. El criterio de funcionamiento es la centralización. En los servicios se carece de equipos interdisciplinarios. La técnica de análisis para la elaboración de planes, historias clínicas es fundamentalmente de tipo cuantitativo. 	

medad, teniendo como objetivo fundamental curar a las personas, dejando de lado el promover y desarrollar condiciones de salud.

Dentro de estas prácticas médicas se establecen relaciones asimétricas, basadas en la superioridad del conocimiento médico por encima de otras disciplinas. Se coloca al individuo en una posición de subordinación (paciente-pasivo), donde se encuentra imposibilitado de actuar por sí mismo frente a la posible solución de sus problemas de salud.

La medicina ha gozado de poder en la sociedad, ya que determina qué es lo "sano" y qué lo "enfermo", teniendo en cuenta además que históricamente el conocimiento médico ha sabido dar respuesta a los problemas básicos de salud.

Respecto a la población femenina, la medicina desempeñó un rol importante en la transmisión de valores de género convencionales que limitan el accionar de las mujeres al ámbito de lo privado y a su función maternal, desconociendo otros aportes importantes por ellas realizados en la reproducción cultural y política de la sociedad.

El modelo tradicional parte de una concepción naturalista para analizar los modelos de género en la cultura, determinismo biológico que sitúa a la mujer en un plano de subordinación en la sociedad. Las raíces de esta subordinación se fundan en que la mujer, por sus características biológicas, está más cerca de la naturaleza que los varones, apareciendo una dicotomía entre el papel de la mujer dentro del mundo doméstico (lo privado) y el del varón, participando en diversos ámbitos de la cultura (lo público).

El papel del naturalismo, relativo a los modelos de género existentes, da lugar a la cultura de los estereotipos sexuales; los rasgos son calificados de masculinos o femeninos en función directa con su sexo, ya que, según esta óptica, cada uno de los sexos está predispuesto a ciertas tareas, originándose una diferencia muy acentuada entre lo que debe ser y hacer un varón y una mujer.

Este modelo médico soslaya el desarrollo de estrategias preventivas comunitarias y la recuperación de la mujer como sujeto, ya que se la coloca en la situación de paciente, en lugar de sujeto activo.

La relación entre la mujer y el médico se caracteriza por la falta de diálogo, por la asimetría, por el reforzamiento del poder médico. Este tipo de vínculo no da lugar a la retroalimentación y a un reconocimiento de las necesidades y del saber cotidiano que tienen las mujeres, fruto de la experiencia adquirida en largos años de trabajo invisible.

Modelo médico alternativo

Plantea la necesidad por parte del equipo médico de desarrollar modelos alternativos de atención a la mujer, posibilitando la expresión de sus sentimientos, necesidades, mitos y creencias dentro del ámbito de la cotidianeidad.

Si bien este modelo no ha obtenido total consenso ni de parte de los profesionales de la salud ni de la sociedad en su conjunto, se comienzan a perfilar pequeños cambios, tanto a nivel del discurso como de la práctica médica en algunos Centros de Salud.

Entre sus principales características podemos señalar la importancia de una relación médico paciente personalizada, considerando las condiciones socioeconómicas y culturales de cada individuo, adecuando así las prescripciones médicas de cada realidad particular.

Esta nueva perspectiva nos remite a una revisión del papel de la mujer, no sólo en el cuidado de la salud, sino como protagonista en todos los órdenes de la vida social y política. Las mujeres, a partir de su participación en el mundo público, comienzan a cuestionar un conjunto de normas y concepciones de género convencionales, hacen oír su voz, gozan de autoridad en el seno de la familia y, en el caso de tener una participación comunitarias, en su propia comunidad.

TABLA 2
Modelo médico hegemónico desde una perspectiva de género

<i>Médico</i>	<i>Mujeres</i>
<ul style="list-style-type: none"> • El médico reconoce a las mujeres como fuente de poder y de conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres participan activamente en el cuidado de su salud.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico comparte una concepción de género alternativa a la convencional que reconoce a la mujer como sujeto en el cuidado de su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres le cuentan al médico aspectos de su vida privada porque le tienen confianza.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico informa y a la vez reconoce el conocimiento cotidiano de las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres se sienten escuchadas y sus voces adquieren legitimidad social.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico no elabora etiquetas acerca de comportamientos "normales o enfermos", sino que son las propias mujeres las que definen los parámetros salud-enfermedad de acuerdo a sus propias concepciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres, al dialogar con el médico ponen en cuestión sus propias concepciones de género convencionales.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico incorpora el contexto sociocultural en la elaboración de estrategias preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres sienten que el médico las escucha y que tiene en cuenta las historias particulares.
<ul style="list-style-type: none"> • El médico incorpora el conocimiento cotidiano al conocimiento científico en la explicación y comprensión del proceso salud-enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres valoran el conocimiento adquirido en su vida diaria.
<i>Servicios de atención</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios están basados en la descentralización y en la planificación participativas. • El énfasis estará puesto en la prevención. • Se forman equipos interdisciplinarios de trabajo. • La técnica utilizada en la elaboración de planes y programas son de naturaleza cuanti-cualitativa. 	

Este cambio insinuado a nivel social incide sobre los avances del conocimiento científico, ya que aparecen nuevos enfoques que cuestionan el saber tradicional en razón de que ya no puede dar respuestas adecuadas a las actuales necesidades de la población.

La cuestión así planteada nos coloca frente a una línea teórica: la investigación, acción participativa que incorpora una nueva relación entre el investigador y el sujeto objeto del conocimiento. Este proceso de investigación se distingue por la ruptura de la distancia entre los investigadores y los sujetos de la comunidad, ya que los miembros de la misma coparticipan en el proceso de inda-

gar, reflexionar, describir y explicar su propia cotidianeidad. Los tradicionales objetos de estudio son aquí considerados sujetos capaces de conocer su propia realidad y hacerse cargo de la misma³.

Esta perspectiva de análisis incorpora a los sectores sociales como sujetos políticos. Distinguímos, entonces, el protagonismo (decisión en forma autónoma y reflexiva acerca de asuntos, personas y comunales), del concepto de agente. Este concepto alude al que obra por otros. En la terminología usual, formar o capacitar agentes de salud implica que los mismos deben ser capaces de

ejecutar lo que los expertos consideran conveniente ⁴.

Este nuevo enfoque alternativo consiste en presentar a las mujeres como gestadoras de transformaciones que se consolidan, en base a los conocimientos transmitidos, pero también incorporando su saber emanado de la experiencia cotidiana. ¿Cómo se puede definir o caracterizar este saber cotidiano que tienen las mujeres?

Ellas son las principales guardianas de la salud de los grupos familiares y de la comunidad. Han implantado en su vida diaria un conjunto de estrategias de prevención en salud que las convierte en las principales intermediadoras entre el Estado, la familia y la comunidad. Pero este saber queda circunscrito al ámbito de lo doméstico, ya que los poderes públicos no toman conciencia del mismo. Este tipo de prestaciones que realizan las mujeres es tan importante en tiempo y disponibilidad que, sin él, el sistema sanitario institucional no podría funcionar.

Este enfoque pertenece al campo de las Ciencias Humanas y Sociales, se inscribe en una línea de investigación de naturaleza fundamentalmente cualitativa. La sociología de la vida cotidiana nos acerca a este modelo de las ciencias de la salud que incluye una perspectiva de interacción simbólica, abarcando el estudio del contenido de los discursos y de las prácticas sociales.

Cada individuo, en su entorno, construye socialmente su realidad, incorpora un conjunto de hábitos, de ideas, necesarias para tener una visión totalizadora del proceso salud enfermedad.

Planificación para el género

En la elaboración de políticas sociales es fundamental recuperar el papel de intermediación de las mujeres, consideradas como sujetos, no objetos, en cuanto al diseño y desarrollo de las mismas. La planificación de políticas no incluye habitualmente a las organizaciones intermedias de la comunidad

como sujetos, tanto en la identificación de las necesidades barriales como en sus soluciones. Además, el contenido de los programas se basa en una concepción naturalista de género que ubica a la mujer en su quehacer reproductor biológico, sin apreciar su protagonismo en la transformación política y cultural de toda sociedad.

Esta concepción ideológica, presente en los contenidos de las políticas, no reconoce el triple papel que realizan desde lo cotidiano: el trabajo reproductivo (crianza y educación de los hijos), el productivo (empresas informales localizadas en el hogar o en la comunidad) y por último la gestión comunal. Solamente el trabajo productivo es valorado socialmente, mientras que el reproductivo y de gestión comunal quedan como algo invisible, improductivo ⁵.

La planificación de políticas desde una perspectiva de género requiere por lo tanto de una reconceptualización del papel que la mujer tiene en la sociedad: solo así, la política estratégica nacional y local podrá desarrollarse sobre bases más igualitarias. Este enfoque sugiere la necesidad de un acercamiento más integral, que considere las necesidades no solo prácticas sino también estratégicas de género. Estas últimas se definen a partir del análisis de la situación de subordinación de la mujer y, en consecuencia, con vistas a una reformulación e identificación de una alternativa más equitativa, desde el punto de vista de la estructura y la naturaleza de las relaciones entre hombres y mujeres.

Las necesidades prácticas de género se derivan del mandato por cumplir con los papeles que le son asignados a las mujeres por la división sexual del trabajo tradicional.

Las mujeres, al realizar acciones comunitarias, comienzan a poner en crisis sus concepciones convencionales de género, adquieren poder y autoridad no solo dentro de sus grupos familiares, sino también en el ámbito comunitario local; ya no aparece ligada solo a sus funciones reproductivas, sino que se la

reconoce como sujeto capaz de dialogar con el Estado.

Las mujeres generan un conocimiento cotidiano innovador que se tendría que incorporar en el diseño de las políticas sobre ellas; en este sentido, el Estado no aparecería como lugar sacralizado, sino como formando parte de esta concepción, que otorga una nueva dimensión al concepto de cultura política.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Estas son algunas de las conclusiones que se desprenden del estudio realizado y que tienen como finalidad plantear interrogantes que pueden orientar futuras investigaciones sobre la temática:

Modelo alternativo

- * La relación sujeto-objeto se modifica a través de la relación sujeto-sujeto.
- * Se cuestiona la noción de poder en las ciencias médicas; surge la necesidad de realizar una revisión crítica al determinismo biológico de la medicina.
- * Se recupera la noción de medicina comunitaria, se deja de lado al hospital como centro de referencia y se propone una intervención en los niveles primarios de atención.
- * La tecnología debe estar al servicio de la humanización de la medicina, en vistas a recuperar el conocimiento cotidiano de los usuarios en la planificación de programas comunitarios.
- * Se incorpora una perspectiva microsocial que incluye el análisis de los discursos a fin de conocer el cuestionamiento de las mujeres, en relación a las prácticas convencionales y a la paulatina creación de prácticas innovadoras de género.

Planificación para el género

- * Se debe instrumentar una revisión crítica de las políticas sobre las mujeres y del

modo en que han sido formuladas hasta la actualidad.

- * Es necesario proponer un cambio en la concepción de género naturalista, presente en los contenidos de las políticas.
- * Es importante retomar supuestos básicos, tales como la descentralización, la participación ciudadana y la conformación de las mujeres como sujetos en el cuidado de su salud.
- * Se debe recuperar el concepto de planificación participativa desde una concepción de género, a fin de considerar las necesidades no solo prácticas, sino también estratégicas de género en el diseño y formulación de las políticas sociales.

Sería importante que los modelos presentados puedan ser incorporados como unidades de observación para futuras investigaciones. Debido al tiempo acotado para la concreción de mis estudios de beca, no fue posible desarrollar otra etapa del proyecto, que considero sumamente rica: poder extraer conclusiones a partir de casos basados en la experiencia y realizar estudios comparativos con otras realidades.

La línea de investigación desarrollada ha sido abordada por varios autores. El modelo social de la salud (Kickbusch, 1981), resaltó la importancia de las variables sociales para la elaboración de estrategias de prevención.

María Angeles Durán describe diferentes perspectivas sociológicas en el estudio de la salud enfermedad⁶.

La perspectiva social de la salud, reconoce la incidencia que tienen los factores físicos, socioeconómicos y culturales en la salud de la comunidad⁷.

En el Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, elaborado por la OPS en el año 1990, se señala la importancia de la consideración del género en los estudios epidemiológicos⁸.

En los últimos años la medicina se ha convertido en una ciencia social⁹.

El análisis de los modelos médicos desde una concepción de género permitió responder a los interrogantes planteados en la introducción, presentándose un conjunto de categorías que pueden contribuir a la creación de un modelo alternativo en las ciencias de la salud.

La revisión crítica del material referido a políticas sociales permitió reflexionar acerca de algunas cuestiones fundamentales en el cambio hacia la construcción de un diseño innovador de género.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en forma especial a la Dra. Sagrario Mateu Sanchis, por la dedicación y esmero puestos en el desarrollo de mi estudio.

- La línea de investigación y estudio del presente trabajo continúa un orden conceptual acerca de la temática iniciado en la Subsecretaría de la Mujer del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en la Dirección Nacional de Estudios, Proyectos e Investigaciones, durante los años 1987-90.
- Mi inserción como becaria en la Secretaría de Salud Pública durante el período 1985-1988, me permitió iniciar una reflexión sobre los modelos médicos de atención a la mujer.
- Mi participación como investigadora en un estudio sobre prevención de los sectores populares en un barrio carenciado de la ciudad de Buenos

Aires, me permitió continuar una línea de investigación sobre la salud de las mujeres de los sectores populares (Fundación Convivir, CONICET, Comisión Nacional de Drogadicción, Buenos Aires, 1987-1989).

BIBLIOGRAFIA

1. Borsotti C, Braslavsky C. Fracaso escolar en familias de estratos populares, Buenos Aires: Programa Flacso, 1985.
2. Ramos S. La maternidad y los sectores populares: un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: CEDES, 1986.
3. Di Marco, Colombo, Gigliotti, Zelicman. Investigación participativa: reflexiones teóricas y metodológicas. Buenos Aires: Boletín de Investigaciones CONCONAD 1988; 4: 19-25.
4. Di Marco, Colombo, Gigliotti, Zelicman. Las mujeres en un enfoque alternativo de prevención: una modalidad de trabajo en sectores populares. Boletín de Investigaciones CONCONAD 1989: 21-27.
5. Moser, Levi: Género, Capacitación y Planificación en: De Vecinas a Ciudadanas. Lima, Perú: 1988: 48-50.
6. Durán María Angeles. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: Tecnos, 1983: 15-30.
7. The National Women's Health Policy. Canberra: Australian Government, 1989: 6-15.
8. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Perfil Epidemiológico de la Salud de la Mujer en la Región de las Américas. Washington: CPS, 1990: 1-3.
9. Rodríguez J. Miguel Jesús M. Salud y Poder. Madrid: CIS, 1990.