

“Análisis desde el punto de vista feminista del rol de la medicina en el modelo de salud médico-hegemónico”

María del Carmen Antequera¹

Resumen

Corrientes feministas plantean que la salud de las mujeres depende de problemas de clase, culturales, socioeconómicos, de la discriminación y la violencia sufridas a lo largo de la historia.

La modernidad, su modelo científico el positivismo, en articulación con el patriarcado y el capitalismo, homologan la experiencia humana con la de varones, blancos, adultos, heterosexuales, clase hegemónica y país central; la construcción del género basada en la división sexual del trabajo, producción /reproducción.

Políticas públicas de salud estatales, siguiendo el modelo médico hegemónico estudian a mujeres fuera de sus condiciones sociolaborales; invisibilizando subjetividades.

Se discute el rol de la medicina, su función social y sus implicancias sociopolíticas, desde el punto de vista feminista. Ensayando críticas, reflexiones y estrategias en el marco teórico de autoras feministas, marxistas y aportes críticos de las ciencias sociales, la economía y la medicina. Proponiendo mujeres como hacedoras y beneficiarias de esta ciencia, haciendo una medicina transdisciplinar. Sin olvidar el cuerpo, foco de resistencia y motor de los cambios. El patriarcado como factor de riesgo en el sistema capitalista neodesarrollista, identifica la suma de amenaza y vulnerabilidad, las consecuencias sobre las vidas de comunidades y ambiente. Planteando objetivos de lucha colectiva. La despatriarcalización: un reto que desafía colectivas feministas y movimientos sociales.

¹ Docente Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo
Alumna Seminario Investigación Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo
Ariantequera@yahoo.com.ar

“Análisis desde el punto de vista feminista del rol de la medicina en el modelo de salud médico-hegemónico”

INTRODUCCION

En el siglo XX, algunas corrientes feministas plantean que la salud de las mujeres dependía de problemas sociales, culturales y económicos, de la discriminación y la violencia sufridas a lo largo de la historia.

La modernidad y su modelo científico el positivismo, en su articulación con el patriarcado y el capitalismo, homologan la experiencia humana con la de los varones, blancos, adultos, heterosexuales, de clase hegemónica y de país central.

El modelo médico hegemónico parte de la base de que biológicamente hombres y mujeres son “iguales”, y el problema diferencial está en la violencia socioeconómica, vemos que esto tiene además otras implicancias de clase, de género, etnia, cultura.

Las políticas públicas en salud en el marco del sistema capitalista con un modelo neodesarrollista, no están en función de estos problemas. No analizan la lógica del género inmersa en el orden social, basada en diferencias específicas.

En general las mujeres son estudiadas fuera de su entorno, de sus condiciones de vida y de trabajo, por lo que sus reacciones, su dolor, no se tienen en cuenta.

La base de la construcción del género se encuentra en una arcaica división sexual del trabajo, producción / reproducción, que hoy persiste.

El presente trabajo intenta discutir el rol de la medicina, su función social y sus implicancias sociopolíticas, desde el punto de vista feminista. Ensayando críticas, reflexiones y estrategias. Con motivo del Seminario: Estudios de Género y punto de vista feminista en el campo de las humanidades y las ciencias sociales. Tradiciones teóricas y nudos de debate; Doctorado en Ciencias Sociales. Año 2012 Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo. En el marco teórico de debates de autoras feministas, marxistas y aportes críticos a nivel de las ciencias sociales, la economía y la medicina, exponiendo su pensamiento transformador. Apuntando a la ciencia hegemónica y patriarcal. Pensando además la posibilidad de la función social de la medicina, proponiendo a las mujeres como hacedoras y beneficiarias de esta ciencia, en lo teórico y en la praxis diaria, en lo político.

¿Cómo articular una medicina como ciencia social en la praxis, que además tenga una perspectiva feminista desnaturalizadora de opresiones, que tenga en cuenta las implicancias del trabajo y el sistema económico en los cuerpos de las/os sujetas/os? ¿Esta forma de medicina colabora como parte de un proceso de cambio de estructuras sociales, subvirtiendo dichas opresiones? ¿Se encuentra la ciencia médica en función del Estado, a través de sus políticas públicas de salud, o en función del mercado?

La teoría económica se ha propuesto como neutral al género; sin embargo, el feminismo ha mostrado que el modo de producción capitalista interactúa con el modelo patriarcal dándole una posición de desventaja a la mujer en el sistema económico. Por tanto, el concepto de patriarcado ha sido fundamental pues ha permitido entender la manera en que se produce una división del trabajo que se fundamenta en una jerarquización que estratifica el mercado de trabajo en función de géneros, etnias, clases y edad, (Quiroga, 2010).

El feminismo ha mostrado las asignaciones diferenciales y el reconocimiento desigual que tienen los varones y las mujeres en los espacios de la producción, en su mayoría mercantilizados, y de la reproducción, en su mayoría desmercantilizados. Esta dicotomía da cuenta de la necesidad de incorporar una perspectiva feminista en los análisis socio-económicos.

Este campo ha contribuido a develar que equiparar lo económico con el mercado ha llevado a que el trabajo que garantiza la reproducción inmediata de la vida humana y su mantenimiento en el sistema capitalista, el que fundamentalmente han hecho las mujeres, sea considerado extraeconómico, y por esta vía despojado del reconocimiento social y de los recursos necesarios para su desenvolvimiento.

Medicina, Ciencia y Mercado

Las ciencias naturales constituyen un objeto reciente del examen feminista. Sin embargo y a pesar de la falta de una sola teoría, existen cinco líneas de investigación que suscitan problemas políticos y conceptuales, centradas en:

a) la masiva oposición histórica a que las mujeres accedan a una educación, títulos y trabajos semejantes a los de los hombres.

b) el uso de la ciencia al servicio de proyectos sociales sexistas y clasistas, políticas reproductivas opresoras, la discriminación de los homosexuales y su cura médica.

c) la existencia real de las ciencias puras y la definición de los problemas a investigar, que tiende a excluir los problemas de las mujeres.

d) la lectura de la ciencia como un texto y la mantención de dicotomías rígidas producto de necesidades e intereses de los hombres.

e) las epistemologías dominantes que justifican las formas de búsqueda del saber versus la epistemología feminista que relaciona el saber con el ser.

La historia de la medicina no escapa a los sesgos patriarcales de las otras ciencias, y de la genealogía oculta y de los sesgos de género en su contenido. Ha olvidado muchas veces que el objetivo de la disciplina se refiere a los seres humanos, quienes hoy son objetos dentro de la oferta y demanda sanitaria, en vez de ser protagonistas de su salud.

En el contexto histórico-cultural del imaginario que impregna el ambiente intelectual en el cual se da la constitución de las disciplinas de las ciencias sociales. La cosmovisión que aporta los presupuestos fundantes a todo el edificio de los saberes sociales modernos tiene como eje articulador central la idea de modernidad, noción que captura complejamente cuatro dimensiones básicas:

1) la visión universal de la historia asociada a la idea del progreso (a partir de la cual se construye la clasificación y jerarquización de todos los pueblos y continentes, y experiencias históricas);

2) la "naturalización" tanto de las relaciones sociales como de la "naturaleza humana" de la sociedad liberal-capitalista;

3) la naturalización u ontologización de las múltiples separaciones propias de esa sociedad; y

4) la necesaria superioridad de los saberes que produce esa sociedad ('ciencia') sobre todo otro saber.

Teniendo en cuenta, en relación a las ciencias sociales, un análisis crítico a la supuesta neutralidad y objetividad de la Ciencia es oportuno mencionar el Informe Gulbenkian. Tal como lo caracterizan Immanuel Wallerstein y el equipo que trabajó con él. En el cuerpo disciplinario básico de las ciencias sociales -al interior de las cuales continuamos hoy habitando- se establece en primer lugar, una separación entre pasado y presente: la disciplina historia estudia el pasado, mientras se definen otras especialidades que corresponden al estudio del presente. Para el estudio de éste se acotan, se delimitan, ámbitos diferenciados correspondientes a lo social, lo político y lo económico, concebidos propiamente como regiones ontológicas de la realidad histórico-social. A cada uno de estos ámbitos separados de la realidad histórico-social corresponde una disciplina de las ciencias sociales, con su objeto de estudios, sus métodos, sus tradiciones intelectuales, sus departamentos universitarios: la sociología, la ciencia política y la economía. La antropología y los estudios clásicos se definen como los campos para el estudio de los otros.

Existen tres posturas políticas fundamentales en relación con las mujeres y las ciencias: el esencialismo, el feminismo liberal y el feminismo cultural, entre otras. Las /os esencialistas postulan que las mujeres no pueden hacer un trabajo científico tan bien como los hombres, que hay en su naturaleza física o psicológica, algo que les restringe la labor intelectual creativa. Las /os feministas liberales desde el siglo XVII, discuten con los esencialistas qué es lo "no natural", lo que explica el mal papel de las mujeres en las ciencias. Las/os feministas culturales adhieren a pensar en cómo se pueden reformar las instituciones, objetivos y prioridades investigadoras de las ciencias, tomando en consideración la experiencia de las mujeres, ya que esta es una perspectiva que se ha descuidado.

Un ejemplo de esto son las tradiciones orales, retransmitidas muchas veces de madres a hijas, no son atribuibles a un método de trabajo científico. Adrienne Rich rescata esta tradición en su libro "Nacemos de Mujer" de 1976, donde parte de la experiencia personal para hacer una crítica a la institucionalización de la maternidad. Comenta la relación madre e hija como un vínculo intenso y primario que ha sido negado y roto a lo largo de la historia. Esto implicó la pérdida de saberes y la apropiación de estos por parte de la medicina (Rich, 1976). Gloria Anzaldúa rescata también las tradiciones orales entre las mujeres latinoamericanas como formas legítimas de construcción de conocimiento (Anzaldúa, 1998).

Sandra Harding en su libro "Ciencia y Feminismo", analiza las contradicciones de género dentro de las ciencias, y el androcentrismo en biología y en las ciencias sociales, señalando de qué forma se utilizan las ciencias al servicio de proyectos clasistas, sexistas, racistas, homófobos, o cómo el diseño y la interpretación de las investigaciones se han desarrollado, una y otra vez de forma sesgada a favor del género masculino. "La física y la química, las matemáticas y la lógica, llevan consigo las huellas de sus creadores culturales

característicos, en no menor grado que la antropología y la historia. Una ciencia máximamente objetiva, natural, o social, será aquella que incluya un examen auto consciente y crítico de la relación entre la experiencia social de sus creadores y los tipos de estructuras cognitivas promovidas en su investigación. En las disertaciones morales y políticas encontraremos los paradigmas del discurso racional y no en los racionamiento científicos que afirman haber prescindido de la moral y la política” (Harding, 1996).

Evelyn Fox Keller discute la cuestión de si el conocimiento científico es objetivo o relativo. “Pero si la verdad es relativa, si la ciencia está separada de la naturaleza y está conjugada, en cambio con la cultura, entonces el estatuto privilegiado de esa autoridad está fatalmente minado” (Fried Schnitman et. al., 1995).

Para Longino las personas que participan en la producción del conocimiento científico están histórica, geográfica y socialmente situadas y sus observaciones y razonamientos reflejan su situación. Este hecho no pone en peligro la empresa normativa de la filosofía, sino que requiere su ampliación para incluir dentro del ámbito de aplicación de las interacciones sociales, dentro y entre las comunidades científicas. Lo que cuenta como conocimiento está determinado por estas interacciones.

La asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, según Rosi Braidotti, es introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial. El hecho de abandonar toda investigación sobre las condiciones sociales y laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres es un sesgo que debemos combatir para evitar una nueva invisibilidad de los condicionantes de las enfermedades de los seres humanos.

Otro límite al reconocimiento de la autoridad científica es la fórmula de la publicación de los resultados de las investigaciones en medicina. Se ha impuesto en Latinoamérica el modelo europeo, con una evaluación de los datos que publicar, por medio de dos o más asesores “independientes” (contratados por la misma revista), que discuten con los autores/as hasta conseguir un mínimo de calidad que cada grupo editorial fijado de antemano. La manera de exponer los datos se ha estandarizado de tal forma que incluso el lenguaje que se utiliza en las publicaciones deja poco lugar a la aportes de lo cualitativo, e incluso a la descripción del medio exterior e interior de cada grupo o problema analizado. Esto hace que hoy comparemos poblaciones latinoamericanas con resultados y tablas de evaluación europeas, tomando importantes decisiones diagnosticas y terapéuticas. Legitimando resultados muy ajenos a nuestras realidades en los países condenados al subdesarrollo.

Pero incluso este aparente método riguroso ha sufrido: desde la falsificación de resultados, a la no publicación de los ensayos clínicos negativos, o la publicación sin declarar los intereses económicos que han pagado la investigación. Mostrando una vez más una ciencia médica desvirtuada en función del mercado.

La apariencia de libertad en el ejercicio de la medicina y en la organización de la investigación, ha estructurado de diversas formas la asistencia sanitaria y la acumulación de conocimientos médicos: ha hecho estudiar a indigentes en los hospitales en beneficio de las ciencias o estudiar a los seres productivos después de las guerras, y a las mujeres durante el embarazo (su momento productivo), olvidando: el aborto, el pos parto y el resto de su salud en etapas no fértiles de la vida. La salud de las mujeres se ha estudiado en su aspecto

reproductivo solamente y con la presunción de que todo lo demás estaba ya estudiado, habiendo estudiado a los hombres.

La investigación promovida por la salud pública no se realiza en contacto con las/os profesionales clínicas/os, ni se basa a veces en las encuestas que se realizan sobre la salud de la población, por lo que se termina separando las intervenciones de salud pública de las necesidades de la población o en función de una agenda de estado. Pero en la investigación médica se han alzado otros muros, ya que una necesaria división del trabajo pero llevada al extremo, ha separado a los que investigan y enseñan y aquellos médicos/as que realizan labor asistencial.

Resultando de esto, una separación entre asistencia e investigación epidemiológica. Desconociendo los conceptos básicos sobre epidemiología socio cultural que ofrece una alternativa para superar las limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y propone la necesidad de un enfoque multidisciplinario teniendo en cuenta el contexto de la persona y sus problemáticas particulares y de la comunidad. Y el rescate de los saberes propios de cada cultura.

El poder de los Estados modernos se convierte así en un bio-poder, el poder de hacer vivir y dejar morir, y se ejerce como una capacidad de administrar y gestionar la población. También permite decidir quién puede trabajar y en forma más sutiles quién debe vivir y a quién se le deben dar las condiciones para vivir o no. Esta permanente opresión también se ejerce sobre las mujeres, que según las necesidades del mercado se ven impulsadas a ser madres o no serlo, sin autonomía sobre sus cuerpos; a escoger trabajos precarios o cumplir doble o triple jornada laboral para conciliar el cuidado de la familia. La medicina pasa a ser este contexto una forma de control social y se aleja del respeto a los derechos humanos.

La crítica al androcentrismo en la Ciencia en general, y en la medicina en particular, la abolición de la discriminación son las asignaturas pendientes, aún con la incógnita de si el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres a nivel biológico o de salud, va a matizar la afirmación de Simone de Beauvoir que “no nacemos mujer”, sino que hay una construcción socio-histórica de la categoría “mujer”. Como así también su crítica al esencialismo naturalista, una “biología que es destino”. La oportunidad de las mujeres de decidir sobre su propia vida y futuro, asumiendo los riesgos que deseen asumir, pero con información veraz y no prediseñada, ya no deben ser un proyecto del “otro” (Beauvoir, 1949).

Perspectiva Feminista en salud

Hay dos modelos dominantes de salud. El que se llama positivista relacionado con una promoción idealista de un estado de bienestar psíquico, físico y social; según la definición de la OMS. El modelo bio-médico, que se refiere a la prevención de enfermedades. Ninguno de ellos, está suficientemente implicado con los problemas de la equidad. Un modelo alternativo describe a la salud como libertad en el que se unen elementos de los dos conceptos anteriores, pero hace énfasis en la necesidad de potenciar la capacidad de decisión personal, el empoderamiento de los individuos, el acceso a los recursos para tener unas vidas más saludables, más que dar informaciones o medicaciones para combatir riesgos que podrían cambiar modificando hábitos de vida.

Carme Valls Llobet, española, introduce el concepto de “salud para disfrutar” o “salud para vivir”, para entender un nuevo concepto de salud ligado a la potenciación de energía de las personas, a mejorar su rendimiento físico e intelectual. (Valls Llobet, 2008).

Débora Tajer, argentina, habla de disminuir la vulnerabilidad psicosocial a nivel del sistema de salud nacional, mediante políticas públicas que respondan a las necesidades de la población, y un “...presupuesto con enfoque de género” (Tajer, 2009).

Conceptos de salud relacionados con la calidad de vida, con la capacidad de trabajar en mejores condiciones, pero no sólo entendiendo el cuerpo como productivo, sino como un cuerpo de seres capaces de gozar del ocio, de la sexualidad, de la sensualidad, de las relaciones humanas permite pensarnos fuera de esta sociedad heterosexista y patriarcal, como un ideal a seguir.

Las ciencias de la salud han sido investigadas y analizadas con miradas que contienen sesgo de género. El primer modelo de estudio de la medicina ha sido el que plantea que las enfermedades no tienen sexo, que hombres y mujeres son iguales y que no hay diferencias en el proceso de enfermedad, ni por razones biológicas, ni por razones sociales. Quedaba implícito que las enfermedades causadas por agentes externos o cambios internos, no tenían matices diferenciales al evolucionar en un bio-hombre o en una bio-mujer. Ni los tratamientos tampoco. Estudiando a los hombres ya estaban estudiadas todas las mujeres, menos en el embarazo y el parto; esta era la única diferencia que formaba parte de los estudios básicos de medicina y profesiones sanitarias.

Uno de los problemas al abordar la salud de las mujeres y su empoderamiento (el derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas) se relaciona con quiénes han impartido o han decidido cómo era la salud. Han sido fundamentalmente los programas de estudios que han postulado las facultades de medicina, los que han iniciado la concepción del estado de salud y de lo que es la enfermedad. Estos estudios han nacido principalmente a partir de personas hospitalizadas, que en su mayoría han sido hombres. Por lo tanto, la mayoría de los conocimientos médicos provienen de las patologías masculinas.

A partir de los años 70 y 80 del siglo XX, una corriente científica, fundamentalmente feminista, empezó a plantear que la salud de las mujeres dependía de problemas sociales y culturales, de la discriminación y de la violencia que habían sufrido y que por lo tanto los problemas de salud eran fundamentalmente sociales y estaban en directa relación con el respeto a los derechos humanos. Aunque partían de la base de que biológicamente hombres y mujeres, eran iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia social o en la discriminación social, hoy vemos que esto tiene además otras implicancias de género, etnia, cultura, nivel socio-económico, etc.

Algunas de estas corrientes generaron estudios para entender la relación entre el cuerpo y la subjetividad, que desde hace años se acercan a la realidad corporal desde diversas aproximaciones. Entre ellas A. Rich plantea la lucha por la autonomía del propio cuerpo como un objetivo político. Grafica partiendo de la experiencia personal la alienación del cuerpo de las mujeres, dado que a través de la historia, hemos perdido esta autoridad. La cual pasó a mano de la medicina en el siglo XVII. “La maternidad como institución, cuyo objetivo es asegurar que el potencial reproductivo, permanezca bajo el control masculino. Esta institución ha sido la clave de muchos y diferentes sistemas sociales y políticos. Ha impedido a la mitad de la especie humana tomar las decisiones que afectan a sus vidas; exime a los hombres de la paternidad en un sentido auténtico, crea el peligroso cisma entre la vida privada y la pública.

En la contradicción más fundamental y asombrosa, por causa de esta institución las mujeres nos hemos privado de nuestros cuerpos y quedamos encarceladas en ellos” (Rich, 1976).

Históricamente la naturaleza del poder médico, se constituyó negando la experiencia y sabiduría de las matronas y sanadoras, que fueron consideradas brujas, negando la presencia de las mujeres en la ciencia médica, aunque existe constancia de su ejercicio desde la más remota antigüedad, señalan Ehrenreich y Rich.

Cuando la ciencia médica se hace institución, el poder se ejerce en el contenido de las ciencias, cicatrizando los síntomas y las demandas de las mujeres, negando que puedan existir diferencias y excluyéndolas de los ensayos clínicos para la investigación. Generando relaciones de normativización condicionamiento, regulación y control de los cuerpos, de las/os pacientes y desoyendo sus derechos.

Las relaciones de poder han encontrado instrumentos normativizadores que esconden las diferencias y directamente las niegan. Son los actuales ejes del control de la salud de las mujeres, que colaboran en su inferioridad y en la invisibilización de sus síntomas y del camino para su mejoría: la protocolización, la medicalización, y la privatización. Las mujeres y sus padecimientos no entran en los actuales protocolos normativizados para medir el colesterol o el riesgo cardiovascular en los varones. La privatización incrementa la desigualdad, y además estimula la medicalización y la indefensión aprendida de las mujeres, que no tienen recursos para saber contestar a las ofertas de intervenciones múltiples sobre sus cuerpos, en contrapartida la salud pública carece de recursos básicos y esta excedida de protocolos internos. Conformando en sí misma un riesgo para la salud. Generando a veces una gran inoperancia de las leyes vigentes y resaltando la falta de otras, como por ejemplo la legalización del aborto en Argentina.

Salud, género y trabajo

En la actualidad, para Edgardo Lander, el neoliberalismo es debatido y confrontado como una teoría económica, cuando en realidad debe ser comprendido como el discurso hegemónico de un modelo civilizatorio, esto es, como una extraordinaria síntesis de los supuestos y valores básicos de la sociedad liberal moderna en torno al ser humano, la riqueza, la naturaleza, la historia, el progreso, el conocimiento y la buena vida. Este modelo posee un tiempo histórico "normal" y universal que es el europeo. La modernidad entendida como universal tiene como modelo "puro" a la experiencia europea. En contraste con este modelo los procesos de la modernidad en América Latina se dan en forma "contradictoria" y "desigual", como intersección de diferentes temporalidades históricas (¿temporalidades europeas?). ” (Lander, 2000).

“La gente no entró a la fábrica alegremente y por su propia voluntad. Un régimen de disciplina y de normatización cabal fue necesario. Además de la expulsión de los campesinos y los siervos de la tierra y la creación de la clase proletaria, la economía moderna requería una profunda transformación de los cuerpos, los individuos y de las formas sociales. Como producto de este régimen de normalización se creó el hombre económico”. (Lander, 2000)

En este marco social occidental y de tensiones de temporalidad. Los seres humanos que tienen una genética, biología, fisiología, endocrinología y una psicología diferentes, no solo entre mujeres y hombres, sino dentro de cada grupo genérico se ven afectados por los

condicionantes que suponen, la clase social, la etnia, y es posible que también la opción sexual en las manifestaciones biológicas. Y afectan a unos organismos que tienen una historia personal y una biografía, que ha condicionado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percepción, dependiendo de las familias en que han vivido, y de la escuela y la sociedad en que han desarrollado su aprendizaje. La percepción de una baja valoración, por parte de las mujeres en la cultura patriarcal, es realidad desde el momento del nacimiento y puede influir también durante el desarrollo fetal.

La relación de la salud y el cuerpo, con las condiciones de vida y de trabajo, y las discriminaciones que limitan, son analizadas en extensos trabajos por diversas autoras feministas, como Celia Amorós, Teresa del Valle, Valls Llobet, Marta Lamas y Donna Haraway.

El cuerpo es un vehículo para el cambio psicológico y un instrumento para un efecto más profundo, la lucha por este cambio. Lo que hay que cambiar son las actitudes, las creencias, los valores, más que el cuerpo en sí. Discute Valls Llobet que es muy difícil y para algunas mujeres, casi imposible, cambiar actitudes y valores, en un cuerpo cansado, agotado, por la doble jornada o por las violencias cotidianas, en el trabajo y en las relaciones personales; o por las carencias nutricionales, o las disfunciones endócrinas, las menstruales y las provocadas por el medio ambiente o la medicalización excesiva del cuerpo.

Marta Lamas por otro lado nos marca la dificultad para analizar la lógica del género inmersa en el orden social, basada en las diferencias biológicas y sobre todo en la división del trabajo de procreación y reproducción. El género, como simbolización de la diferencia sexual define a la mujer y al hombre como seres “complementarios”, con diferencias “naturales” propias de cada quién. La base de la construcción del género se encuentra en una arcaica división sexual del trabajo, que hoy, en virtud de los adelantos científicos y tecnológicos resulta obsoleto. Y aunque “...el género se ha ido construyendo y modificando a lo largo de siglos, persisten todavía distinciones de género, que tienen su origen en dicha repartición de tareas. La simbolización que se ha desarrollado en torno a tal división laboral le da fuerzas y coherencias a la identidad de género...” (como estereotipo) (Lamas, 2007).

Ha sido un gran avance estudiar la salud en relación con las condiciones de trabajo y comenzar a concientizar y denunciar las falencias. La salud laboral constituye un cuerpo científico cuando se tienen en cuenta las condiciones físicas, químicas, ergonómicas biológicas y psicosociales. Pero en general a la hora de investigar nuevos tratamientos, la medicina tradicional, aísla a las mujeres estudiadas de su entorno, de sus condiciones de vida y de trabajo, por lo que sus reacciones, su dolor, o su cansancio, se estudian como saliendo de su problemática de mujeres, no como una interacción con el medio. Cabe mencionar también a las enfermedades laborales entre las cuales se destacan los hechos de violencia o el acoso laboral.

Según Marcela Lagarde “...se cree que con decir género, se adquiere por arte de magia una visión particular, incluso está en boga, aplicar recetas de género a políticas institucionales. El trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser, experimentado como una concesión a las mujeres: Tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas, ya que no son significativas, ni realmente importantes. Lo que está claro en fondo, es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales, económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia, son asuntos masculinos. Aunque se logre visibilizar a las mujeres descorriendo un pequeño velo de su opresión y exclusión, casi nunca, se profundiza en las causas que las han originado. Se intenta pasar de puntillas sobre el origen para no tocar

nada de las fuentes de dominio que han originado la opresión, para no plantear ni promover cambios genéricos, en los hombres, ni en las instituciones que ellos han creado” (Valls Lobet, 2008).

CONCLUSIONES

La política neoliberal ha incrementado los problemas de la salud de las mujeres porque ha hecho más invisible la ideología y ha cambiado la orientación con una visión más pobre sobre las diferencias. Las mujeres se han convertido en víctimas de los centros médicos privados y sus voces y quejas se han silenciado así como las voces de las personas que están investigando y formando sobre diferencias de género. La salud pública debe ser orientada hacia el género y contribuir a hacer visibles las diferencias reales para que se puedan desarrollar los procesos de prevención apropiados y respetar los derechos de las mujeres de una forma más efectiva.

Todos los indicadores sociales, políticos y económicos lanzan señales claras de que la división social del trabajo se ha ido modificando en los espacios públicos, pero que siempre se sostiene sobre la base de una división sexual del trabajo que sufre pocos cambios en las denominadas esferas privadas. Y que finalmente continúa gobernando los imaginarios personales y colectivos en todos los ámbitos de la vida y especialmente de lo económico.

Es importante destacar que los sesgos de género y la violencia de género están presentes en la medicina en relación con:

- La invisibilidad de las mujeres en la investigación
- La tendencia a aplicar tratamientos o vacunas que no han sido suficientemente investigados.
- La dificultad para obtener diagnósticos y el sesgo en los procedimientos de investigación.
- La invisibilidad de las quejas y los síntomas.
- Tratamientos que pasan de la asistencia a la medicalización.
- Reduccionismo de las etiologías.
- Negación de la diversidad sexual y cultural.
- Mala atención de ancianas.
- Falta de posibilidades de decidir una intervención sobre el propio cuerpo.
- Violencia institucional, etc.

El aporte del feminismo a las ciencias sociales, entre ellas la economía y a las ciencias de la salud no se ha limitado sólo a hacer visibles las relaciones ocultas o desenmascarar conclusiones tendenciosas, sino que las formas de investigar se han puesto en cuestión. ¿Qué hemos de hacer al investigar? ¿Reunir datos o producir datos? Teniendo en cuenta que el/la observador/a está por necesidad implicado/a en el proceso de producción de datos, no significa que se los invente, sino que los datos no existen como tales hasta que la persona los hace visibles, en un contexto particular y con un objetivo definido. Con una impronta

ideológica determinada. Por ello, en el contexto de una ciencia androcéntrica, los datos relacionados con el tema de género permanecen ampliamente invisibles, más aún las lesbianas, transexuales y travestis; como ha ocurrido en la ciencia de la medicina, en la que las mujeres han sido tradicionalmente invisibles.

Harding propone métodos feministas, para identificar y formular las preguntas para la investigación, se han creado, dentro de la investigación feminista en ciencias sociales y naturales, patrones de conocimiento distintos. Hay que identificar en qué condiciones, dentro de las relaciones naturales y/o sociales, se necesita investigación y qué es lo que puede ser útil (para las mujeres) que se interrogue de estas situaciones. Así, aunque esta vía para producir conocimiento no es normalmente lo que la gente que piensa en "métodos" de investigación tiene en mente, sería, sin embargo, razonable sostener que existe un "método" específico producido por los feminismos (Harding, 1996).

El modelo masculino como universal se aplica al campo de salud colectiva. Esta homologación expresada en la ecuación ser humano = varón, opera dificultando la identificación de especificidades según el grupo al cual se pertenezca, manteniendo una expectativa de que todos se comporten como el grupo elegido como metro patrón. Aquellos que no lo hagan son catalogados como infantiles, subdesarrollados, inespecíficos, patológicos, débiles, anormales, etc.

Esa ecuación ha obstaculizado el relevamiento de las condiciones de subordinación de las mujeres en el patriarcado y como se vuelve un determinante social de su salud. Pero a la vez ha presentado efectos mutiladores para concebir las condiciones de vida ligadas al imperativo del ejercicio del poder en tanto determinante social de salud de los privilegiados del modelo, los varones. De este modo hemos asistido además, a una valoración de los espacios de construcción de la vulnerabilidad de algunos varones oprimidos, reducidos fundamentalmente a la esfera del trabajo y al estrés laboral. Con esta esfera se ha identificado y naturalizado, la construcción imaginaria de la masculinidad social en la modernidad.

Recuperar desde la memoria histórica a la mujer dentro de la medicina debe vincularse con la búsqueda de una nueva historia, no la que nos dicen únicamente quiénes fueron los privilegiados hombres que fundaron en la razón una nueva disciplina de curación, sino de aquella que busque las causas y las determinaciones de por qué la mujer quedó excluida de la vida social, cultural, política y académica. Esta "nueva historia" no favorece al hombre como sujeto pensante y racional; por el contrario, muestra las determinaciones irracionales de una sociedad misógina, sexista y antidemocrática, donde el poder dependía de la representación de la masculinidad al tiempo que reprimía y marginaba socialmente a la mujer.

Cómo hacer efectivo el uso de las leyes promulgadas y lograr el reconocimiento legal de actuales reivindicaciones en función de los derechos humanos en especial de las mujeres, son algunos de los desafíos actuales.

El aporte y la ayuda de los feminismos de todas las ciencias, es importante en el momento de hacer una ciencia cada vez más interdisciplinar, que no separe cuerpo y mente, ni psicología y sociedad, pero que no olvide el cuerpo como organismo, que al final ha de ser el foco de resistencia y el motor de los cambios para nuestro futuro.

Pensar el patriarcado como un factor de riesgo para las y los oprimidos/as en el sistema capitalista neoliberal, permite identificar por definición la suma de la amenaza y la vulnerabilidad, y sus consecuencias sobre las vidas de las comunidades y del ambiente en el

que se desarrollan estas vidas. Permitiendo plantear fundamentales objetivos de lucha colectiva. La despatriarcalización es un reto y plantea el desafío a las colectivas feminista, a los movimientos sociales, y por qué no a la sociedad toda, ya no es suficiente solidarizarnos e internacionalizarnos como pares en las diversas historias y geografías, sin paralelamente transitar las propias consientes despatriarcalizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Adelstein, Gabriela. “*Nacemos de Mujer de Adrienne Rich*”. 1986. En línea. Consulta 2012. Traducción. www.rima.com
- Ariza Andraca, Carlos. (2004) .“*Medicina interna en la mujer*”. (México: McGraw Hill).
- Bernstein, B. y Kane, R. (1991). “*Physicians attitudes toward female patients*”. *Medical Care* 19. (pp. 600-608).
- De Beauvoir, Simone. (1949) “*El Segundo Sexo*”. (Buenos Aires: De Bolsillo).
- Ehrenreich, Bárbara y English, Dreidre. (1988). “*Brujas, comadronas y enfermeras*”. (Barcelona: Editorial LaSal).
- Federici Silvia. (2010). “*Calibán y la bruja. Mujeres cuerpo y acumulación originaria*”. (España: Traficantes de sueños).
- Fried Schnitman comp 1995. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. (Buenos Aires Paidós): 143-173.
- Foucault, Michel. (2008). “*El nacimiento de la clínica*”. (Buenos Aires: Siglo XXI Ediciones).
- Gamba, Susana Beatriz. (coordinadora) (2009). “*Diccionario de estudios de Género y feminismo*”. (Buenos Aires: Editorial Biblos).
- Haraway, Donna. (1991). “*Ciencia, Cyborgs y Mujeres*”. (Valencia: Ediciones Cátedras)
- Harding, Sandra. (1996). “*Ciencia y Feminismo*”. (Delaware: Editorial Morata).
- Harding, S. (1987) “*¿Existe un método feminista?*”. (Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press).
- Harding, Sandra. “*Del problema de la mujer en la ciencia al problema de la ciencia en el feminismo*” – Base de datos Isis.
- Jornada de encuentro e intercambio. Seminarios de investigación. 2012. Facultad de Ciencias Políticas Universidad Nacional de Cuyo. 23 de noviembre de 2012.
- Lamas, Marta. (2007). “*Cultura y Género*”. (Portugal: V Campus Euroamericano de Cooperación Cultural).
- Lander, Edgardo. (2000) “*Ciencias Sociales: saberes coloniales y eurocéntrico*”. (Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales,)
- Longhino, Helen. (2002). “*Las dimensiones sociales del conocimiento científico*”.
- Menéndez, E. (2009). “*De Sujetos, Saberes y Estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*”. (Buenos Aires: Ed. Lugar).
- Palla, Jonathan. “*Marxismo y feminismo*”. 2012. [en línea]. [Consulta: 11 de setiembre de 2012] <<http://www.revistafurias.com>>
- Piédrola Gil, (2009). “*Medicina Preventiva y Salud Pública*”. 11ª Edición. (España: Ed. Elsevier).
- Rosales y De Gante. Salvador (2004). “*La mujer en la medicina. Una historia clínica de misoginia.*”. *Revista Nueva época*. Volumen 3 N° 31
- Schnitman, D. (Eds) (1995) “*Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*”. (Buenos Aires: Paidós: pp. 143-173).
- Tajer, Débora. (2009) “*Heridos Corazones- Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*”. (Buenos Aires: Ed. Paidos).

Valls Llovet, Carme (2010). “*Desigualdades de género en salud pública*”. (Barcelona España: Manuscrito no publicado).

Valls Llovet, Carme. (2008). “*Mujeres invisibles*”. (España: Editorial de Bolsillo).

Valls-Llovet, Carme. (2010). “*Mujeres, salud y poder*”. (Madrid: Ediciones CátedraUniversitat de València Instituto de la Mujer).

Vargas González, Livia. “*Feminismo y marxismo. O la condición de mujer en el capitalismo y en el socialismo*”. 2007. [En línea]. [Consulta: 12 de setiembre de 2012].
<<http://www.aporrea.org/actualidad/n41702.html>>

Wallerstein, Immanuel. (coord.) (2006). “*Abrir las Ciencias Sociales. Informe Gulbenkian*”. (Buenos Aires: Siglo XXI).