

Invisibilización de las mujeres en materiales de aprendizaje: sesgo de género y mandato profesional

***PRADO NJ, *CALDERÓN, CA, ***DIEZ ER

*Instituto de Fisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

**Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo. CCT-Mendoza. CONICET.

✉ amor.camila12@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar mandatos sociales y sesgos de género en materiales de estudio de medicina, y evidenciar otras formas de androcentrismo y biopoder en la formación médica.

Materiales y métodos: Se analizaron textos de 25 casos propuestos para las actividades de aprendizaje basado en solución de problemas (ABSP) del ciclo lectivo 2016 de segundo año de la carrera de medicina y se revisaron los roles e interacciones de 102 personajes, mediante lectura y análisis en función a las categorías de sesgo y mandato de las Dras. VallsLlobet y Segato.

Resultados: Las autoras y autores reproducen los sesgos de género en cuanto a: menor representación de las mujeres como pacientes, exclusivo rol de cuidadoras/acompañantes, responsables de tareas del hogar y menosprecio de sus intervenciones. Un marcado mandato está presente ya que se refiere a “la enfermera” y “el Dr.” o “el médico”. Todas las interacciones ejercen biopoder desde la medicina hegemónica. Las enfermeras son anónimas en su mayoría y las médicas son una pediatra, una endocrinóloga, y una médica clínica (acompañante del paciente/marido), mientras que los profesionales varones están sobre representados (60 de 69 profesionales), ejerciendo autoridad y ostentando mayor jerarquía, lo que perpetúa los estereotipos de género.

Conclusión: Las mujeres predominan en las profesiones de salud pero son invisibilizadas en los materiales de estudio. El proceso salud enfermedad de las mujeres es menos estudiado. Sus roles están estereotipados y el excluirlas de las tareas profesionales generan en los/as estudiantes una nueva forma de mandato, el profesional.

Palabras clave: Mujeres profesionales, invisibilización, ABSP, género, fisiología

INTRODUCCIÓN

Las mujeres son las sanadoras a lo largo de toda nuestra historia, pero la mayoría de las tradiciones culturales intenta otorgarles un lugar de inferioridad. Durante milenios, la medicina ha pretendido ser asunto de hombres, pero fueron las mujeres las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Fueron las parteras, sabían procurar abortos, también actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus hierbas medicinales, saberes que se transmitían de unas a otras. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título, excluidas de los libros y la ciencia oficial. Aprendían entre ellas y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente las llamaba mujeres sabias, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas¹. En pueblos americanos como los Mapuches, las Machi han sido mayormente las mujeres sanadoras². La medicina forma parte de la herencia de

mujeres en la historia y como legado ancestral. Hoy en Argentina, las profesionales de la salud menores a 65 años son mayoría. Sin embargo, las mujeres no se reflejarían en los materiales de aprendizaje en los que se ejemplifican relaciones profesionales en el ámbito de la salud³.

El esfuerzo médico y político se ha concentrado en imponer las causas biológicas a las psicológicas, sociales y ambientales de la enfermedad. En las carreras relacionadas a la salud, se estudia el organismo humano y sin atender a las características diferentes en mujeres y hombres. Estas permanecen todavía invisibles para muchas y muchos profesionales de la salud y en los análisis de salud pública para el estudio de las poblaciones⁴. La visión mecanicista del ser humano, y más específicamente del cuerpo humano, favorece que la enfermedad se tome como de anormalidad. Hay una parte estropeada que debe ser reparada o sustituida o un agente externo que interfiere y debe ser neutralizado. La salud y el bienestar se relacionan

con la desaparición de los síntomas, y a los mismos se les niega el significado psíquico, social y ambiental que muy frecuentemente tienen. Con la desaparición del síntoma se cierra la puerta a las expresiones del sufrimiento y a sus determinantes sociales. Las pocas diferencias mujer/hombre se acotan a lo relativo a los órganos reproductores.

El Aprendizaje Basado en Problemas es una estrategia didáctica orientada a la promoción del aprendizaje autodirigido y el desarrollo de habilidades en la resolución de problemas. Existen muchas modalidades de implementación de esta estrategia. En nuestra unidad académica, según el material disponible en la página web, se justifica su implementación mencionando que “Su valor educativo reside en la posibilidad de que el estudiante enfrente problemas lo más semejantes a la realidad (contexto en salud) y que en el intento por resolverlos construya nuevos conocimientos integrando las ciencias básicas con la clínica”⁵.

El ABSP, en el curso funcionamiento del organismo, consiste en sesiones de trabajo colaborativo de un grupo de 8 a 10 estudiantes guiados por un/a tutor/a. El punto de partida es un caso clínico que los/as estudiantes tienen disponible de forma escrita. Una vez que los estudiantes la han analizado, formulan preguntas y/o generan hipótesis explicativas, revisan los conocimientos previos que poseen y determinan sus necesidades de aprendizaje. Partiendo de los objetivos previamente establecidos por la institución, los estudiantes desarrollan estrategias de búsqueda de información que les permitan alcanzar dichos objetivos. Del conocimiento obtenido a través de las diversas fuentes consultadas extraen principios y conceptos que pueden aplicar tanto a la situación planteada como a situaciones análogas⁶.

No se puede ver todo, pero no justifica mostrar sólo un modo y hacer otros invisibles. El material que se presenta sesga el aprendizaje. Las omisiones de problemas que afectan a las mujeres pueden ser consideradas como un error debido al desconocimiento, o pueden ser intencionados como un *a priori* negativo hacia las mujeres. Lo que se enseña recorta las realidades, las representaciones, las ideologías, los discursos acuñados por las culturas y las prácticas de género para intentar imponer una economía simbólica, instalar un régimen jerárquico y reproducirlo.

Existe una morbilidad diferencial por sexos y también debida al género, que repercute en la forma de experimentar y expresar la enfermedad. Conocer y mantener presente las diferencias por sexo y género permitirá visibilizar, diagnosticar y atender con mayor eficacia la enfermedad en mujeres. En determinadas patologías (cardiovasculares, mentales, musculoesqueléticas, endocrinológicas), se tiende especialmente a considerar “atípica” la sintomatología de las muje-

res, y subdiagnosticarlas o retrasar los diagnósticos generando inequidad.

Esta “atipia” es una manifestación del androcen-trismo que establece al colectivo de mujeres como una minoría simbólica e inferior. Este colectivo no forma un todo homogéneo, sino que está compuesto por personas con múltiples diferencias, como ser la edad, la clase social, la etnia, la situación económica, la nacionalidad, la profesión, la orientación sexual, la apariencia física, la religión. Para referirse a las diferentes formas de ser, las visiones hegemónicas imponen, al menos, dos estrategias complementarias, la invisibilización y los estereotipos⁷.

Invisibilizar a las mujeres es el proceso de ocultar las diferencias, desigualdades y las consecuencias que tienen sobre las relaciones de subordinación, dominio y poder⁸. Las profesiones obtienen y mantienen su posición jerárquica gracias a la protección y al patrocinio de algunos sectores privilegiados de la sociedad según les ofrezcan algún interés especial. Las profesiones son una emanación de las posturas dominantes.

Los estereotipos colaboran activamente al establecer un sesgo cognitivo que incide en el procesamiento de la información de forma que distorsiona el modo de percibir y percibirse. El sesgo internalizado se puede configurar en mandatos. El mandato es un imperativo y una condición necesaria para la reproducción del género como estructura de relaciones entre posiciones marcadas por un diferencial jerárquico y una instancia paradigmática.

De esta manera, los materiales de aprendizaje no sólo describen una realidad sesgada, sino que prescriben las realidades futuras. En palabras de Freire: “Uno de los elementos básicos en la mediación opresores-oprimidos es la prescripción. Toda prescripción es la imposición de la opción de una conciencia a otra. De ahí el sentido alienante de las prescripciones que transforman a la conciencia receptora en lo que hemos denominado como conciencia que “aloja” la conciencia opresora. Por esto, el comportamiento de los oprimidos es un comportamiento prescripto”⁹.

El análisis del mandato lo planteamos desde una adaptación de dos ejes descritos por la Dra. Segato. Un eje vertical, de la relación jerárquica, abordada como saber-poder y un eje horizontal de la relación entre pares, semejantes en estatus. La condición de iguales que hace posible las relaciones de competición y alianza entre pares resulta de su demostrada capacidad de dominación sobre quiénes ocupen la posición débil de la relación de estatus. En el plano jerárquico, el saber-poder es detentado por la medicina sobre los saberes-poderes de las personas. La coincidencia y acuerdo entre pares que asimétricamente se relacionan con los desposeídos de saberes les niega el poder, y los domina⁵. La invisibilización de mujeres profesionales les niega el estatus de interlocutoras válidas y la

calidad de pares. Hipotetizamos que los materiales de estudio utilizados en la carrera de medicina generan, en los y las estudiantes, una nueva forma de mandato, el mandato profesional.

La noción de género que utilizamos en este trabajo es aquella que desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas convencionales de conocimiento y de las normas aceptadas del discurso biomédico hegemónico. Las “leyes de la naturaleza” que describen los funcionamientos de los organismos, no sólo no son fruto de la supuesta objetividad del conocimiento, sino que su concepción está determinada tanto por factores sociales, como por factores personales. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción intersubjetiva y social de una nueva configuración de la medicina, la historia, la sociedad, la cultura, la política desde las mujeres y con las mujeres.

OBJETIVOS

Identificar sesgos de género y mandatos en los materiales de estudio, e interpretar otras formas de androcentrismo y biopoder en la formación médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Desde una epistemología comprometida con la salud y la libertad de las mujeres se realizó un estudio cualitativo de los materiales siguiendo la metodología de estudios feministas para develar los sesgos de género y los mandatos relacionados al ejercicio de la profesión.

Se analizaron los textos de los casos propuestos para las actividades de aprendizaje basado en solución de problemas (ABSP) de un curso de segundo año de la carrera de medicina del ciclo lectivo 2016.

Se incluyeron 25 casos de ABSP y se analizaron los roles e interacciones de 102 personajes. El estudio se amparó en una circular del Consejo Directivo de la Institución que avaló esta intervención.

El muestreo fue no probabilístico, de conveniencia, orientado al análisis sistemático mediante lectura y comparación de los textos con saturación teórica de las categorías. El sesgo de género sigue la línea de teórica de la Dra. Valls Llobet, que debela la invisibilización de las mujeres tanto en el proceso de salud-enfermedad, como en lo referente a la atención, ya que despoja a las mujeres del rol de sanadoras. El mandado es interpretado, con adaptaciones, desde el aporte de la Dra. Segato en cuanto a las relaciones jerárquicas y entre pares.

En los extractos de los textos de estudio, los/las autores hemos destacado palabras en negrita para facilitar la lectura.

RESULTADOS

Las autoras y autores reproducen los sesgos de género en cuanto a menor representación de las mujeres como pacientes, exclusivo rol de cuidadoras/acompañantes, responsables de tareas del hogar y menosprecio de sus comentarios o intervenciones. La escasa representación de mujeres en los materiales de estudio, impide pensar y estudiar la salud de la mujer en el ámbito académico, e impone el supuesto de que el modo de sanar-enfermar del hombre es único y universal. El rol que representan las mujeres en estos materiales de estudio destaca y normatiza las relaciones de poder que existe entre hombres y mujeres.

Estereotipos de género: La mujer cuidadora, madre y ama de casa

Se puede ver cómo se reproducen estereotipos de género en el modo de plantear los problemas de salud. Se disminuyen las opiniones de las mujeres “Ya sé que no me hacés caso...”, “[Germán a la esposa médica]...yo no tengo nada, es la tensión! Vos no entendés!”. A la vez asumen un rol de cuidadoras y gestoras de la salud “[Dora]...mañana te pido un turno”, “[Matilda]...lo obligó a ir a ver al Dr. Pérez...”.

En los siguientes fragmentos se ve en contexto lo expresado al representar a Dora, Matilda y Mirta, personajes de casos de ABPS, como las responsables del cuidado de la salud de sus esposos, encargadas de pedirles turnos médicos y acompañarlos a las consultas y se manifiesta el menosprecio de sus consejos y opiniones.

Mario responde, alzando un poco la voz: “¡Que no puedo leer el diario!”. “¿No se te habrán acortado los brazos, papi?” – pregunta Dora en tono de broma, y prosigue más seria: “Ya sé que no me hacés caso, pero tenés que ir al oculista para que te recete anteojos. Si querés, mañana te pido un turno”.

... Apenas salen de la visita al oftalmólogo, Dora – más preocupada que Mario – solicita un turno con el clínico...

Cuando logró levantarse de la cama y tras encenderse un cigarrillo para calmar la ansiedad, comenta lo ocurrido a Matilda, la cual lo retó por fumar “sin importarle nada” y lo obligó a ir a ver al Dr. Pérez, su médico de cabecera, al cual no visita desde hace un año.

Mauro, muy asustado, siente que se asfixia... ¡le falta el aire! Llama a su esposa y le dice: “Ay Mirta... ¡ayúdame, siento que algo me aplasta el pecho...!” Cándido, como ya tiene acostumbrada a Matilda, dejó su consejo de lado y siguió con su vida rutinaria.

...por lo que la esposa lo convence de hacerse un chequeo.

Partiendo de muy abajo, las mujeres han de tender a ser perfectas, a cumplir con el deseo del otro para poder ser aceptadas, ya que por sí mismas no creen que sea posible, pues no tienen valor. De allí, que en los textos se las represente en relación a un otro (madre, esposa, hija, hermana) y no como una persona realizada fuera de estas interacciones. Se sienten obligadas a seguir un modelo, un modelo de perfección, sea moral o impuesto socialmente y al final autoimpuesto de unas formas corporales determinadas, un modelo que obedece a los mandatos de ideal materno y del ideal social de lo que ha de ser la feminidad. El perseguir siempre modelos de perfección las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan. Este mandato a seguir responde a los mecanismos de dominación y control de la vida y las formas de vivir, biopoder, producidos por el sistema capitalista a fin de mantener a las mujeres en la esfera reproductiva para un correcto funcionamiento del sistema.

En los siguientes casos, se refleja la adjudicación del rol de madre, cuidadora de la familia de la mujer "...mamá guarda todos los papeles..." "...ama de casa y madre de dos hijos", "La mamá le pregunta a la Dra. Flores..."

"El Dr. Bonnesang le pregunta a Camila si tiene los análisis que le realizaron hace dos años. La joven responde que sí, "porque mamá guarda todos los papeles por las dudas".

La mamá le pregunta a la Dra. Flores si Verónica necesitará el tratamiento de por vida. La pediatra le contesta que no es posible saberlo en este momento, pero que, a menudo, los niños asmáticos con el tiempo "vencen" la enfermedad, en cuyo caso no requerirá tratamiento.

En el siguiente fragmento vemos que, incluso cuando la mujer trabaja, se hace hincapié en el rol de cuidadora del hogar "[Graciela]...mientras trabajaba en la viña...". Esto no es un dato menor, ya que probablemente se esté invisibilizando la doble jornada laboral, ama de casa y trabajadora rural, a la que se ven expuestas las mujeres.

Graciela F. es una señora de 38 años, ama de casa y madre de dos hijos, que vive en una zona rural de nuestra provincia.

La paciente refirió que algunas heridas sufridas con herramientas, mientras trabajaba en la viña, no le provocaban mayores molestias o dolores. También se jactó de poder tomar con sus manos ollas calientes sin padecer sensación de quemadura, y ni hablar de las veces que el agua caliente del mate se derramaba en sus manos y "ni la sentía".

Incluso se manifiesta, en los textos, el mandato de maternidad promovido desde la infancia. "... mientras estaba al cuidado de su hermanita Ángela de 10 años".

Visto en contexto:

La pareja le relata al Dr. Peral, médico de guardia, que, al volver al hogar tras la jornada de trabajo, se enteraron de que 6 o 7 horas antes, y mientras estaba al cuidado de su hermanita Ángela de 10 años, Huguito (4 años) había ingerido un número desconocido de Aspirinetas.

Huguito vomitó la leche que Ángela le había dado.

Otro ejemplo de mandato surge cuando se introduce a una mujer en el relato, se destaca en su descripción su estado civil y se la personifica, en la mayoría de las veces, en relación con un otro (pareja, hijos). A diferencia de cuando aparece un personaje masculino, que su descripción se basa en su actividad profesional. "Graciela.F (...) ama de casa, madre de dos hijos..." "... Clara y Gertrudis, dos hermanas solteras de 60 y 56 años..." "Carolina S.(...) Casada, de 54 años ama de casa y madre de 7 hijos"

En el siguiente ejemplo, si bien se presenta a la paciente como profesional, hay un mayor énfasis su bienestar asociado a un otro "felizmente en pareja".

Liliana R. es una Profesora de Literatura, soltera, de 34 años, que mide 1,55 m y pesa 60 kg. Felizmente en pareja y a 4 meses de su boda, decidió bajar de peso... Al principio notó cierto grado de disnea durante sus períodos de ejercicio, pero se lo adjudicó a "la falta de estado...", "a los nervios...". Dora se defiende: "Ah sí, como estoy algo rellenita estoy tomando Nuribán, que me recomendó una amiga". Mario vuelve a la carga: "No sé para qué. A mí me gustás como estás, y además hace rato que lo estás tomando y no has adelgazado nada."

Mandato Profesional

Hoy en Argentina, las profesionales de la salud menores a 65 años son mayoría.³ Sin embargo, las mujeres no se reflejarían en los materiales de aprendizaje en los que se ejemplifican relaciones profesionales en el ámbito de la salud. Dentro del desarrollo profesional en el ámbito de la salud existe un marcado mandato sobre en cuáles profesiones puede desempeñarse una mujer y en cuáles no. B. Ehrenreich y D. Englishen describen en su libro "Brujas, Parteras y enfermeras" que tras la histórica exclusión de las mujeres del ámbito de la práctica médica, desde la caza de brujas, hasta la exclusión legal de sus prácticas y la restricción del acceso de las mujeres a las escuelas de medicina, la posibilidad de acceso a este ámbito laboral no fue posible hasta la aparición de "las enfermeras". La figura de la enfermera, "Enfermera Nightengale", era simplemente la Mujer Ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta,

virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil, pero firme disciplina de un ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre. La mayor parte del trabajo de las enfermeras era simplemente trabajo doméstico mal pagado y muy pesado.¹ En los textos de estudio de ABPS se mantiene este mandato ya que se refiere de forma diferencial a “la enfermera” y “el Dr o el médico”.

La enfermera de la noche, es una joven enfermera que se hace llamar “la señorita Cora”, para marcar una distancia con sus pacientes. Ella visitó la habitación controlando temperatura, suero, y colocando el antibiótico solicitado por **el Dr. Marolis**.

... su jefe ha comenzado a quejarse de fuertes dolores de cabeza y musculares. Sale en busca de la enfermería; en el pasillo encuentra a **la señorita Cora** y ambos regresan a la habitación. La temperatura se ha incrementado súbitamente a 39,5 °C y la piel está fría. Decide llamar al médico de guardia, **el Dr. Adolf Weil**, quien ingresa a la habitación, revisa la historia clínica y examina al paciente. Además de los síntomas descritos por Cora, encuentra que las extremidades inferiores del paciente presentan numerosas manchas rojas que semejan petequias... Actualmente, **Noemí** tiene 26 años. Pesa 50 kg y mide 1,60 m. Está sin medicación, aunque debe continuar con una dieta libre de gluten estricta. Se ha recibido de **médico** en nuestra Facultad y actualmente es residente en el Hospital Central.

La enfermera le aplica un analgésico intramuscular tipo salicilato, lo recuesta en una camilla en decúbito dorsal y le afloja la ropa para disminuir las presiones y que el médico lo pueda examinar.

Sólo participan como profesionales dos médicas, una pediatra y una endocrinóloga. La médica clínica mencionada es subestimada en su condición de médica y acallada a la relación de acompañante. Es colocada en una situación de menor estatus que sus pares. Esta subestimación de la médica mujer, analizada a partir de los ejes planteados por R. Segato, repercute en las estudiantes de los grupos de estudio de las sesiones de ABSP, ya que se les niega el estatus de interlocutora válidas y son colocadas en una situación de menor estatus que sus pares.

Verónica concurre, acompañada por sus padres, a consultar a la Dra. Flores,... La Dra. Flores le pregunta a la mamá si alguien fuma en la casa. Laura dice que Roberto, su marido, fuma alrededor de un atado de cigarrillos por día, y “apesta la casa cuando está”. Roberto dice que está “tratando de dejar”. El médico solicita un análisis de laboratorio, incluyendo: dosaje de hormonas tiroideas, una ecografía de la glándula tiroidea y finalmente, indica a Carolina consultar con los resultados a la Dra. Cauco, endocrinóloga.

Su esposa, médica clínica del Hospital Británico de la Capital, ha notado ciertos cambios, por ejemplo, suele sentir sensación de plenitud y apenas ha comido, acidez estomacal y bastante irritabilidad. Los dolores de cabeza se han acentuado, por lo que la esposa lo convence de hacerse un chequeo. Germán, bastante inseguro con tal consulta protestaba: “yo no tengo nada, es la tensión! Vos no entendés!

Los profesionales varones están sobrerrepresentados (60 de 69 personajes), ejercen la autoridad y ostentan mayor jerarquía, lo que perpetúa los estereotipos de género.

Todos estos ejemplos, generan un patrón de aprendizaje sesgado por estereotipos de género. El modelo se transforma en un mandato para la futura práctica profesional.

Hegemonía médica como mandato profesional

En la interacción con los médicos se manifiesta la jerarquía y en varias situaciones el menosprecio de los saberes, en particular de las mujeres. A la vez que se ejerce biopoder desde la medicina hegemónica. La relación médico paciente que predomina es la de una medicina hegemónica, sesgada, altamente estructurada y estereotipada. Esta relación anula la participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y su cuerpo. En los siguientes fragmentos se puede ver cómo las decisiones de los actos médicos las toma el profesional de salud, en lugar de informar correctamente a el/la paciente y que esta tenga completa participación y autonomía a la hora de tomar decisiones “Y señora, por favor: ni un comprimido más de esos que toma para adelgazar, porque pueden estar afectando su audición.”, “Vas a tener que tomar hierro por varios meses”, “Sra. Macto, vamos a internar a Juancito en cuidados intermedios...”, “...Por eso voy a solicitar una interconsulta con un neurólogo...”, “... en todo caso será el neurólogo quien decida.”

Aquí presentamos y analizamos más en profundidad estos fragmentos puestos en contexto:

En el próximo ejemplo la paciente (Dora) intenta participar activamente de la consulta, y en lugar de recibir una correcta explicación, el especialista le responde de manera condescendiente, ridiculizándola. Durante toda la consulta se deja en manifiesto la relación asimétrica de poder entre la paciente y el profesional, representada también a través del uso de un lenguaje técnico, sin adecuación del mismo a los conocimientos de la paciente “...su esposo no tiene otros defectos de refracción...”. Además, en todo momento, se minimiza la palabra de Dora y se la corre del plano de decisión.

“¿Y no necesitará bifocales?” – pregunta Dora. El especialista sonríe y le responde: “No. Afortunadamente, su esposo no tiene otros defectos de refracción; es el caso más simple posible”.

...En el interrogatorio, el especialista pregunta si Dora toma habitualmente algún medicamento. Dora contesta que no, pero Mario pregunta: “¿Y esa pastilla que tomás para adelgazar?” Dora se defiende: “Ah sí, como estoy algo rellenita estoy tomando Nuribán, que me recomendó una amiga”. Mario vuelve a la carga: “No sé para qué. A mí me gustás como estás, y además hace rato que lo estás tomando y no has adelgazado nada.”

Antes de que Dora y Mario se retiren, recalca: “Y señora, por favor: ni un comprimido más de esos que toma para adelgazar, porque pueden estar afectando su audición.”

El siguiente fragmento es un ejemplo cotidiano en una consulta médica, en donde la conducta a seguir es imperativa, definida por el médico y no consensuada.

Camila recibe del Dr. Bonnesang la indicación para corregir su anemia. “**Vas a tener** que tomar hierro por varios meses”, le dice, “y vamos a seguir tu evolución con las pruebas de laboratorio”.

Denisa se decía, “¿habrá tomado frío?, que raro, lo voy a llevar al Centro de Salud en cuanto venga el Rómulo y se quede en la finca.” Mientras tanto, trabajó el resto de la mañana.

Al mediodía, le llamó la atención que Juancito no llorara, pues siempre lo hacía pidiendo su leche, “como un chanchito” (según la expresión de Denisa). Como observó que el niño seguía poco activo y con algo de “moco” pero sin fiebre, decidió ir al Centro de Salud, segura de que se le había resfriado...

Luego de escuchar a Denisa, el pediatra revisó a Juancito y diagnosticó laringitis aguda. Le dijo a Denisa que la enfermedad es causada por un virus y le indicó nebulizaciones.

...El médico de guardia le informó a Denisa: “Sra. Macto, **vamos a internar** a Juancito en cuidados intermedios, para estabilizarlo y tratar su deshidratación. ¿Quiere hacerme alguna pregunta?”

Denisa, sin atinar a preguntar nada, se retiró a la sala de familiares a esperar. ¡**No entendía nada**, sólo que su niño estaba grave! Muy triste se repetía, “¿Qué voy a hacer? ¡No entiendo, estaba bien y ahora esto!”

Médico: “Señora, piense bien antes de contestarme, porque es muy importante. ¿Cuántas veces le cambiaba el pañal al nene antes de esto?”

Denisa: “Ah, 5 a 6 veces al día, doctor, depende...” Al Dr. López le agradaba Clara, la grandota siempre alegre y dispuesta a cumplir estrictamente sus indicaciones. En esta ocasión la acompañaba su ángel guardián, Gertrudis, que no era tan expresiva pero sí muy educada.

“Por lo que me describe, usted padece no de mareo sino de vértigo. Por eso **voy a solicitar** una inter-

consulta con un neurólogo. Si es lo que yo pienso, su problema no es grave y tiene solución” Gertrudis se apresura a preguntar si no hará falta una audiometría y una resonancia magnética. El Dr. López responde que él cree que no serán necesarias, pero en todo caso **será el neurólogo quien decida**.

Ella sigue pensando en los problemas que esto le ocasiona, pero el profesional le explica...” No hay que preocuparse Liliana, hay que OCUPARSE...y es lo que usted está haciendo, así es que vamos para adelante, si?”

“Cuando tengas los resultados **pedí un turno** con el doctor Micheletti, que **es endocrinólogo y de los que saben**”

DISCUSIÓN

En este trabajo intentamos mostrar el sesgo en la atención y los estereotipos que se pueden encontrar en los materiales de aprendizaje. La invisibilización impuesta ha dificultado la exploración de nuevas estrategias que cambien esta desfavorable situación.

Es necesario que la medicina revise su percepción de las enfermedades frecuentes en el sexo femenino, las características en la que se presentan los síntomas, la efectividad de los tratamientos y los efectos adversos en mujeres y otros grupos poco representados en las investigaciones clínicas. Los juicios sobre qué fenómenos vale la pena estudiar, cuáles son los datos que van a ser tenidos en cuenta y sobre cuáles son las mejores teorías que los explican dependen de la práctica social, lingüística y científica de quienes hagan los juicios en cuestión.

La razón de médicas/médicos menores de 65 años es de 1,01 en argentina, y a pesar de la tendencia a la feminización de la profesión, nuestros materiales de aprendizaje no las representan.³ Si bien se menciona una pediatra y una endocrinóloga, ambas profesiones de altísimo índice de feminización, se trata de una pediatra entre otros doce pediatras y de una endocrinóloga entre otros tres mencionados. La situación de la clínica médica es más alarmante, ya que inicialmente se la prestigia como una trabajadora de un importante hospital de la argentina, pero se la denigra en su saber por parte del marido, previa a la desaparición en el relato. Una forma específica de invisibilización y mandato que se dan en forma conjunta sería que ninguna de las mujeres atiende en consultorios autónomos o centros de salud, como jefas de servicios y en ninguno de los casos de menciona a médicas/médicos de familia o medicina general. Al igual de que no se representa en los textos de estudio otras formas de ejercer la profesión como por ejemplo, investigadora o gestora en salud.

Otra forma de mandato pone de manifiesto la situación de opresión para las mujeres implícita en la profesión de enfermera. Como describen Ehrenreich y English una larga tarea de construcción del mandato en la enfermería viene desde Florence Nightengale y sus discípulas. Los elementos victorinos se reflejan en el personaje de “la señorita Cora”. La profesión viene creciendo con protagonismo determinante en la conformación y las acciones de los equipos de salud. Sin embargo, lo que predomina en nuestros materiales de estudio es la invisibilización y en segundo orden, la aparición de enfermeras anónimas que sólo ejecutan las órdenes impartidas por los médicos.

Ninguna otra profesión de la salud es mencionada, ni saberes que no provengas de la medicina hegemónica son tenidos en consideración.

Para las y los profesionales de las ciencias de la salud se abre un camino de trabajo, cooperación mutua y revisión del corpus científico androcéntrico hacia una ciencia que aborde la salud de las personas desde un enfoque integral, sabiendo que el camino tiene obstáculos, incomprensiones y limitados recursos para la investigación diferencial.

Es necesario visibilizar patologías prevalentes que son más sensibles al género. Estas son las que están muy condicionadas por los determinantes de género y, por tanto, intervenir sobre esos determinantes consigue mejorar la eficiencia. Y, además, porque son proclives a sesgos en la atención, por lo que visibilizar y modificar estos sesgos, producirá mayor gradiente de equidad.

Estos procesos son variables en unos contextos y otros, y también variarán según el avance del conocimiento sobre los determinantes. En este momento, las principales patologías prevalentes, y sobre las que se conoce suficiente como para priorizar la intervención sobre los determinantes y los sesgos de género son: la salud mental, el dolor crónico, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades endocrinológicas y autoinmunes y las tradicionalmente abordadas desde la gineco-obstetricia.

Nos animamos a proponer algunas estrategias para intentar transformar personal y socio-culturalmente los materiales de aprendizaje desde una perspectiva de género, como ser: formular interacciones profesional-paciente con redistribución del poder en la relación; visibilizar los problemas de las mujeres; evitar la patologización y medicalización de procesos fisiológicos de las mujeres; visibilizar el sexo y las condiciones de género de las personas atendidas; reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad; mostrar empoderamiento, autonomía y autorresponsabilidad de las mujeres; sensibilizar a los hombres en la perspectiva de género; promover la sociabilidad;

introducir en la práctica la interacción de factores de estratificación social.

Sin ánimo de cerrar una discusión, sino de abrirla, compartimos esta reflexión de la Dra. Segato:

“Haber guetificado todo aquello que nos pasa a las mujeres, pensar que la violencia es un problema de las mujeres cuando nos habla de toda la sociedad. Aceptar la expulsión de todo lo que pasa a las mujeres, que se convierta en un tema minoritario y no entender que ahí hay luz para entender la época, la civilización, la sociedad, la economía e, inclusive, la marcha del capital”.¹⁰

CONCLUSIONES

Las mujeres predominan en las profesiones de la salud pero son invisibilizadas en los materiales de estudio. La salud y los problemas de salud de las mujeres son menos estudiados. Los roles de las mujeres están estereotipados y el excluirlas de las tareas profesionales generan un mandato. Estos resultados podrían servir de base para reflexionar y mejorar nuestros materiales de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ehrenreich, B y English, D, *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona, Edición española de Ed La Sal, 1981.
2. Nanculef J, Montecino S, Huisca R et al. *El conocimiento: Ese cántaro quebrado. Taller de Epistemologías Indígenas y Académicas*. Universidad de Chile: Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Chile, 2016.
3. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, 2018
4. E. Arcos, J. Poblete, I. Molina Vega et al, Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Revista Médica Chile* 2007; 135: 708-717
5. Aprendizaje Basado en Problemas <http://fcm.uncuyo.edu.ar/estudios/posgrado/211> Acceso 10/02/2019
6. Branda, L. “Aprendizaje Basado en Problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad”, en Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001, Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud 79-101
7. Valls Llobet C, *Mujeres Invisibles*. Barcelona, DeBolsillo, 2008.
8. Valls Llobet C, *Mujeres, Salud y Poder*, Madrid, Cátedra, 2010.
9. Freire P, *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires, Ed. Tierra Nueva y Siglo XXI Argentina Editores, 1972.
10. Segato R, *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre a antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.