

Aproximación desde la Antropología Social y Cultural a los procesos de salud, enfermedad y atención

Maribel Blázquez Rodríguez,

miblazquez@cps.ucm.es

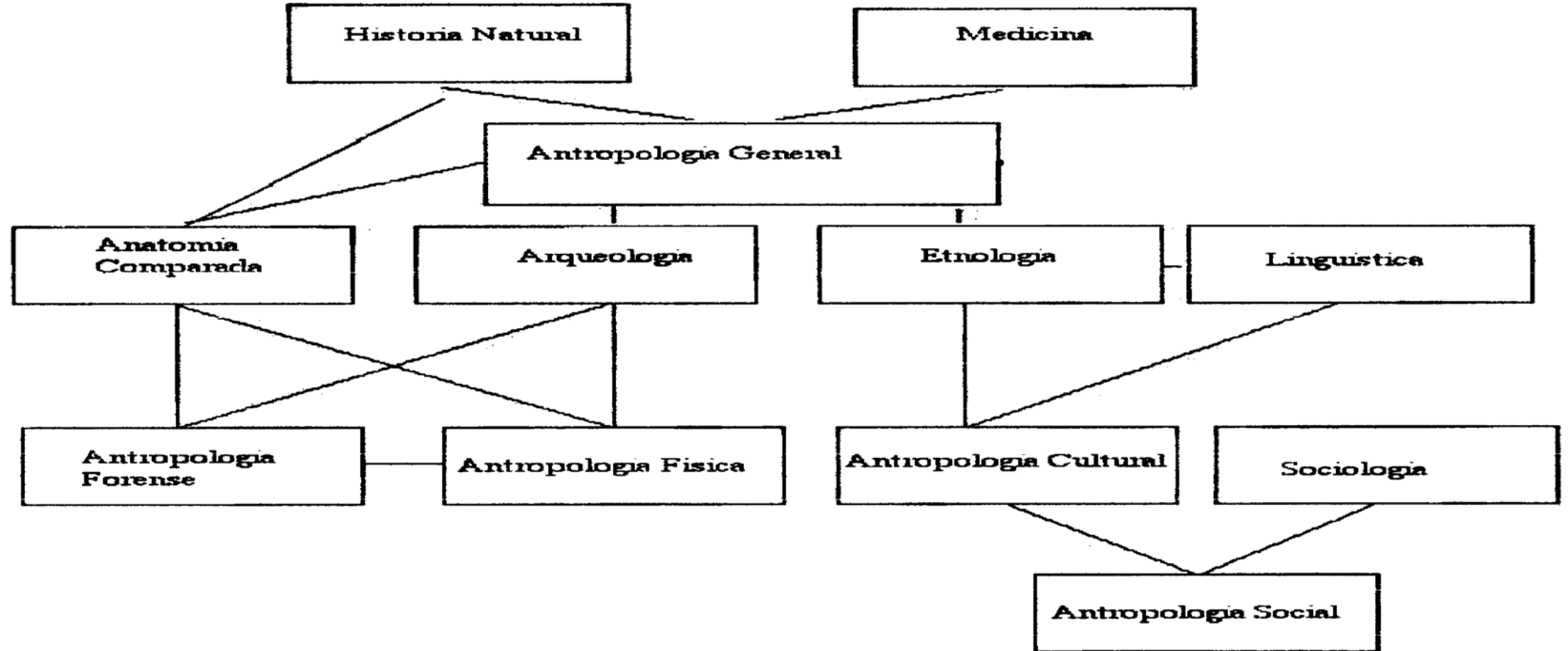
Profesora Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid

Guión de la exposición

- Genealogía de la Antropología Médica
- El estudio de la triada: salud, enfermedad y atención
- Los sistemas médicos
- El Modelo Médico Hegemónico
- La medicalización, biopolíticas y biopoder

Figura 1

LAS RAMAS DE LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL



Premisas de partida

- La antropología social y cultural.
- La mirada sobre los otros para conocernos a nosotros mismos.
- El universalismo.
- Historia centrada en los núcleos hegemónicos: EEUU y Europa
- Historias propias de cada contexto

Los inicios de la Antropología Médica

- William Rivers, *Medicina, Magia y Religión*, publicada en 1924.
 - Medicina aborígen: institución social
 - En toda sociedad se generan conocimientos de síntomas, procedimientos de diagnóstico, teorías etiológicas, modos de tratamiento y terapia, que, aunque tengan poco que ver con los de occidente, están organizados de manera sistemática y coherente.
 - Resultado de 3 subsistemas ideológicos: Religioso/ Mágico/ Natural
- En 1955: Gonzalo Aguirre Beltrán, *Programas de Salud en la situación intercultural* y Benjamín Paul: *Casos de Estudio de Salud, Cultura y Comunidad*

Denominaciones

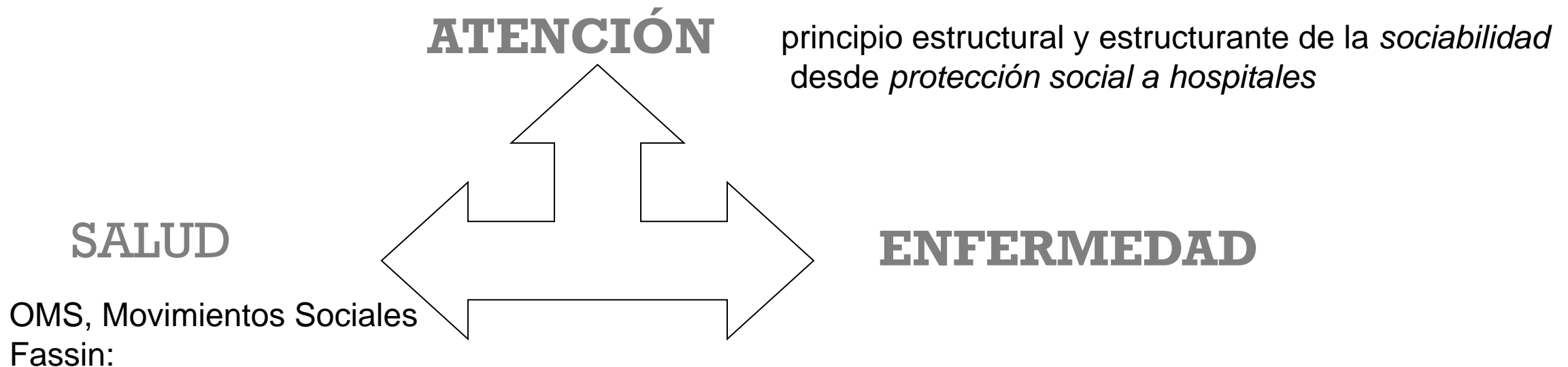
- Antropología Médica
 - 1963 Scotch: **medical anthropology**
 - América Latina: **antropología médica**
 - catálogo de la UNESCO y la literatura internacional.
 - *Antropología médica* por Laín Entralgo
- Antropología de los procesos s/e/a
- Antropología de la salud
- Antropología de los cuidados
- Antropología de los padecimientos o del sufrimiento

Problemas teóricos fundamentales

- la revisión de la *teoría de la enfermedad* a partir de una nueva elaboración de las relaciones entre la biología, la cultura y la sociedad,
- la revisión de la noción de *cuerpo*,
- la revisión de los *sistemas médicos* y en particular:
 - La revisión de la *biomedicina o el sistema médico convencional*
- La *revalorización de los saberes o prácticas populares* relativas a la salud.

Proceso de salud, enfermedad y atención (s/e/a)

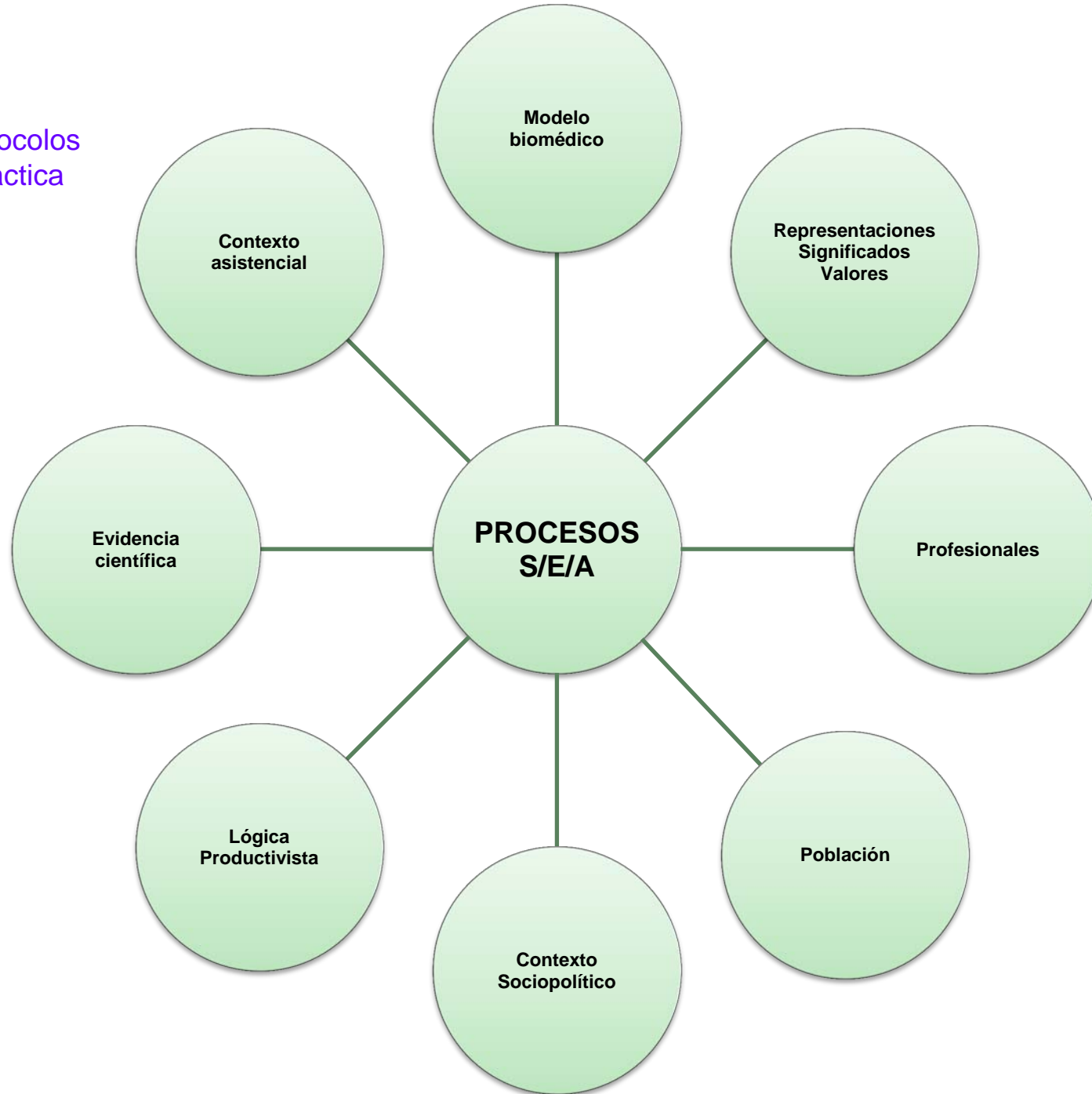
“conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte, dónde también se incorporan los procesos de atención” (Menéndez, 1978:12).



Didier Fassin: Polisemia concepto Salud (2004)

- i) *Salus*: expresa el buen estado físico y moral, sería la dimensión que se encuentra entre lo físico (el cuerpo) y lo cívico, entre el bien y el derecho;
- ii) *Sanitas*: el buen estado del cuerpo y del espíritu, pero que puede significar, así mismo, la razón, el buen sentido, el buen gusto, entre lo patológico y la norma, entre la racionalidad y el valor;
- iii) *Salubritas*: añade a la noción de buen estado de salud la idea de los medios que permiten conservarlo; entre lo individual y lo colectivo, entre lo técnico y lo político.

Protocolos
Practica



III. La revisión de los Sistemas Médicos

Sistema de cuidados de salud (Health Care System): toda sociedad las actividades de atención y cuidado de la salud están integradas (Arthur Kleinman, 1980) por distintos sectores:

- Sector o nivel profesional: profesionales sanitarios organizados y legalmente facultados para ejercer
 - medicina oficiales o convencionales: biomedicina u otras.
- Sector Folk: sanadores locales, terapeutas especializados, no organizados ni con el mismo grado de sanción legal.
- Popular: formas de auto-atención (familiares, vecinos, amigos).

Límites entre folk y popular

III. La revisión de los Sistemas Médicos

Arthur Kleinman, 1980, estudio en Taiwan:

- Sector o nivel profesional: profesionales de biomedicina y medicina tradicional china
- Sector Folk: herboristas, sacerdotes taoístas, músicos, chamanes, parteras, teashop, mercados, comercios centrados en productos de hierbas, vendedores de tónicos, ungüentos, amuletos...
 - Importante sector, competente, aunque no regularizado y heterogéneo.
- Popular: formas de auto-atención (familiares, vecinos, amigos).

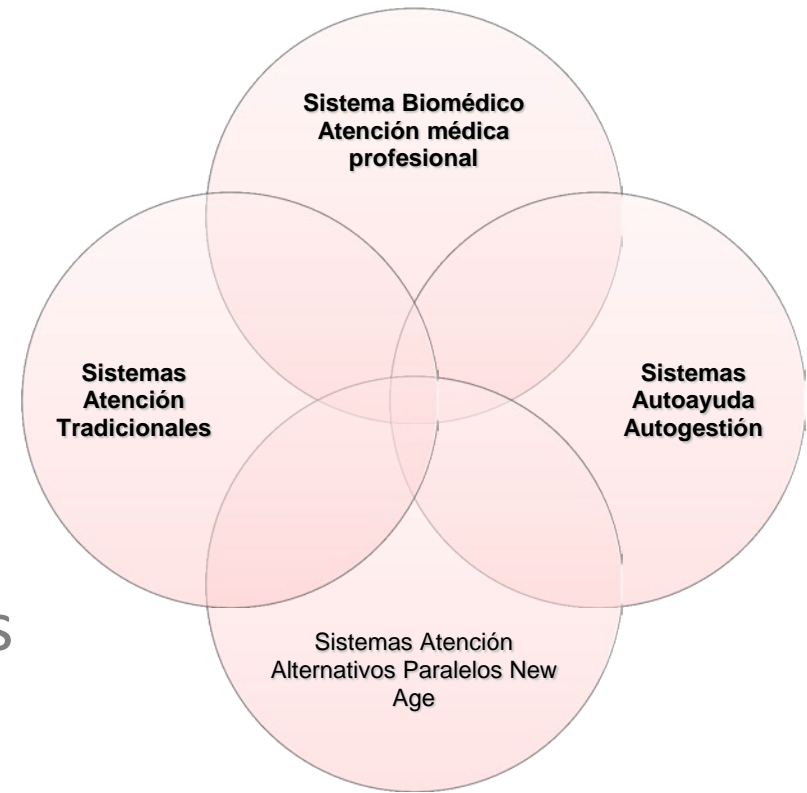
Pluralismo Asistencial, según Perdiguero

Utilización por parte de la población de diferentes instancias asistenciales y terapéuticas para entender y atender sus padecimientos.

Perdiguero, Enrique. El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. Gaceta Sanitaria 2004;18(Supl 1):140-5.

Perdiguero, Enrique. Una reflexión sobre el pluralismo asistencial. En: Fernández Juárez, Gerardo. Salud e Interculturalidad en America Latina. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006: 33-50.

- Dinamismo y heterodoxia
- Transacciones entre sistemas e instancias
- Autoatención:



Representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de **sujeto y grupo social** para **diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir** los procesos que afectan su salud, **sin la intervención central, directa e intencional** (autonomía) de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención.

Según Jesús Armando Haro, 2000

cuatro ámbitos básicos:

a) el autocuidado y autoatención:

- Ser mucho más importante desde un punto de vista cuantitativo (70-90%)
- Ser llevado a cabo mayoritariamente por mujeres (80%)

b) la autoayuda y autogestión:

organizaciones, asociaciones, movimiento social
grupos de ayuda mutua,

c) la atención alternativa, tradicional, no hegemónica y

d) la atención médica profesional.

Niveles a y b: Cuidados y saberes profanos o legos

“Ambiente holístico”

Tambores chamánicos
Sacrocraneal
Par biomagnético
Shambala
Pendulo
Chi Kung
Numerología
Videncia
Runas
Biodanza
Reiki
Feng Shui
Metamórfico
Qi Gong
Visiones
Yoga
Meditación
Wicca
Constelaciones familiares
Ouija
Homeopatía
Shiatsu
Psicoenergética
Visualización
Iridiología
Tarot
La Diosa
Regresiones
Flores de Bach
Gemoterapia
Transpersonal
Astrología
Afirmaciones
Reflexología
Ángeles
Ayahuasca
Canalización
Sonidoterapia
Coaching
PNL
Espiritismo
Diksha
Naturaleza
Rituales
Gestalt
Visión aural

La biomedicina como sistema cultural. La crítica antropológica a la biomedicina.

Eduardo MENENDEZ,

- 1978: “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En: Basaglia, Franco. *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen, 11-53.
- 1981: *Poder, estratificación y salud*. México: La Casa Chata.
- 1984: “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. *Arxiu D’etnografia de Catalunya*, 3.
- 1988: “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.

Elliot George MISHLER, 1981: *Social contexts of health, illness, and patient care* . Cambridge : Cambridge University Press.

Biomedicina

- Sistema de atención a la salud occidental: derivado de la fusión de distintas tradiciones (celtas, hebrea, griega, romana, mediterránea, árabe...)
- Otras denominaciones: Medicina occidental, convencional, alopática, científica, cosmopolita
- Conformado histórica y socioculturalmente
- Basado en MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO según Menéndez
- Perspectivas heterogéneas (Ning, 2003)
- Desarrollo propio de la biomedicina afectada por los cambios macro pero también micro que suceden en los lugares donde se asienta, a sugerir su denominación bajo el rótulo de “biomedicinas” (Cant y Sharma, 2001 y McFarlane & De Brun, 2010)
- Cant, S. y U. Sharma (2001) *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London and New York: Routledge.
- MacFarlane, A. y T. De Brun (2010) Medical pluralism in the Republic of Ireland: Biomedicine as ethnomedicines. En Moore R y S McClean (Eds) *Folk healing and Health Care practices in Britain and Ireland: Stethoscopes, Wands and Crystals*. Oxford: Berghahn Books. Pp. 181-199.

Modelo Médico Hegemónico, según Eduardo Menéndez:

*Entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como **medicina científica**, el cual desde **fines del siglo XVIII** ha ido logrando establecer como **subalternas** al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como **la única forma de atender la enfermedad legitimada** tanto por criterios científicos, como por el Estado.*

Ángel Martínez: Presunciones de cientificidad

1996:

- la definición de enfermedad como desviación de una norma biológica;
- etiología específica de las enfermedades;
- la noción de que las enfermedades son universales;
- la idea de neutralidad de la teoría y práctica biomédicas;
- la dicotomía mente/cuerpo;
- la autonomía de la biología de la conciencia humana;
- el atomismo anatómico;
- la independencia de lo natural frente a

lo social;

- el mecanicismo,
- la a-socialidad,
- la a-historicidad
- la eficacia pragmática.

2008

- Biologicismo
- Eficacia biológica
- Unicausalidad
- Universalidad
- Unidimensionalidad: disease

Características según Menéndez (más de 30): variaciones según contextos

Biologicismo

A-culturalismo

A-historicidad

A-sociabilidad

Individualismo

Racionalidad científica

Legitimación jurídica

Profesionalización

Burocratización

Relación médico/paciente asimétrica y subordinada

Exclusión del saber profano

Orientación curativa

Escisión teoría y práctica

Tecnológica

Eficacia pragmática

Mercantilismo

Productivista

De la Medicalización a la Sanitarización

- Proceso histórico por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos como la educación, la ley, la religión... han sido definidos desde la mirada biomédica como enfermedades o en relación a la salud.
 - Epidemiología: 2 operaciones: encontrar casos y transformar los límites. Martínez: flexibilizar los criterios diagnósticos
 - Crear un mundo simbólico
- Proceso mediante el que la medicina se configura como institución, profesión y estableciendo el campo de la salud con monopolio en **reconocimiento y poder de intervención sobre los cuerpos.**
- Marginación de otros sistemas, saberes y prácticas sobre la salud .

Ejemplos de medicalización

DSM-I, 1952	DSM-II, 1968	DSM-III, 1980	DSM-IV, 1994	DSM-V, 2013
106	182	265	350	556

Ciclo vital

Medicalización de las mujeres

Infancia

Sexualidad, Sueño,

Estados de animo, personalidades,

Inhorn: disfunción sexual femenina

Conrad: “La medicalización de la sociedad” (2007),

a la andropausia, la calvicie y la disfunción sexual en los hombres

TDAH, el uso de la hormona de crecimiento humano

Disfunción sexual femenina

Hechos clave en este proceso

- Siglo XVIII nace la medicina clínica y salud pública: Historia de configuración de la Medicina:
 - Aparición de autoridad médica
 - Ampliación del campo de intervención: Salud pública y Educación para la salud: Medicina Social
 - Institucionalización: EL HOSPITAL
 - Introducción de mecanismos de administración médica, OMS,
 - Imposición de la medicina en todas las sociedades
- Derecho a la salud
 - Foucault: Plan Beveridge, 1942: modelo de organización de la salud
 - Estado se hace cargo de la salud
 - Salud entra en la economía: presupuestos, seguros sociales,
 - Fassin: Declaración derechos humanos: art. 3 (vida) y 22 (seguridad soc)
 - Espósito: Hobbes y el contrato social
 - Agamben: inserción de la zoé en la polis, discurso político occidental.
 - 2002: British Medical Journal

Incluir: contexto sociopolítico, mov del potencial humano y psicología humanista...

Referencias: Soledad Márquez y Ricard Meneu 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Revista de Filosofía*, II 8.

www.revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf

Michelle Foucault. Crisis de la medicina o de la antimedicina. *Revista Educación médica y salud* · Vol. 10, No. 2 (1976): 152-170. En:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>

Genealogía de la Medicalización

- En los años 70 Irving Zola:
 - la institución de la medicina aumenta su alcance para actuar como agente de control social, no solo en la aplicación directa a los síntomas corporales, sino para modificar hábitos cotidianos
 - Condiciones para que unos procesos sean medicalizables y otros no, quiénes se benefician y cómo
 - Cambiar la autoridad sobre las decisiones médicas
- Thomas Szasz (1963): alianza del estado y medicina para control social
- Ivan Illich: Némesis Médica: la apropiación de la salud (1975).
 - el establishment médico crea enfermedades las cuales les permite su propia perpetuación (iatrogenesis).
 - Se produce la medicalización de la vida: la medicalización de la vida enmascara por qué se está enfermo y sobre todo cómo la sociedad hace que la gente enferme
 - La industria médica traslada la responsabilidad del estar bien a los individuos: sistema de asistencia y mantenimiento técnico.

Genealogía de la Medicalización

- Peter Conrad y Joseph Scheneider, 1980:
 - Medicalización conceptual (el uso del lenguaje médico o un modelo médico para definir entidades o problemas);
 - el institucional (cuando las organizaciones utilizan el enfoque médico para abordar problemas particulares, legitimación e institucionalización);
 - el nivel de la interacción (cuando en la interacción médico-paciente se redefine un problema social en uno médico).

Sin embargo, según Conrad, como se planteará más adelante, existen también otros motores de medicalización como los consumidores, la biotecnología y la administración de la atención sanitaria.
- Deborah Lupton, 1997: creencias a través de relaciones sociales y políticas.
- Nikolas Rose y Paul Rabinow
- Cindy Patton y Nancy Tomes (2007):
 - Complejidad
 - Procesos de negociación y resistencia

Teorías de la biomedicalización

- 1990, un grupo de sociólogos médicos, A. Clarke y Janet K. Shim, el término *biomedicalización*
- Medicalización: control médico sobre los fenómenos (enfermedades, afecciones, lesiones, cuerpo)
- Biomedicalización hacen hincapié en las *transformaciones* de los medios tecnocientíficos.
- Estudios de ciencia y tecnología como un campo transdisciplinar.
- Según la teoría de la biomedicalización, la biomedicina se está transformando para elaborar intervenciones tecnocientíficas y acuerdos sociales que permitan su aplicación (Clarke y colaboradores, 2010).
 - Estas tecnociencias permiten nuevos tipos de intervenciones en materia de salud, enfermedad, curación y organización de la atención a dichos procesos.
 - También favorecen nuevas formas de pensar y vivir "la vida misma" junto a la propuesta de nuevas categorías e identidades sociales como "ciudadanía biológica" y "biosociabilidad" (Rabinow, 2008), en el sentido de que las personas pueden buscar, apelar y definir una serie de derechos y obligaciones en torno a su enfermedad o condición biológica. Términos como "agrupaciones biosociales" o "grupos emergentes concernidos" (Callon y Rabeharisoa, 2008): las enfermedades raras, la enfermedad de Alzheimer, el déficit de atención e hiperactividad y el parto.
- 3 épocas:
 - a) El desarrollo de la medicina científica 1890-1945.
 - b) (1940-1985), la jurisdicción de la medicina se expandió fuertemente.
 - c) Desde 1985 se desarrolla la biomedicalización

Biopoder hoy, Rabinow y Rose

- Disciplina de la vida biológica, impone riesgos y susceptibilidades
- De la enfermedad a la vida/ del control de mortalidad al del bienestar
- Bienestar, salud pública, normalización y perfección:
 - Optimizar y maximizar los cuerpos y sus capacidades
- Reingeniería biológica de la vitalidad.
 - nuevos valores de la “calidad de vida”, el “fitness” y el “bienestar”
- Estrategias poblacionales en nombre de la salud y la vida dirigidas a determinados grupos: género, etnia/raza...
- Involucran sólo a algunos grupos sociales e individuos:
 - Potenciar posibilidades de unos
 - Posibilidad de optimizar la vida no está democráticamente repartida

Biolegitimidad

- El concepto de vida:
 - Reconocimiento social de la vida como bien supremo (Arendt)
 - Legitimidad del hecho de vivir (Benjamin)
 - Giorgio Agamben (1997): La sacralidad de la vida:
 - Refundación zoé (vida biológica) y bios (vida en sociedad): la vida política en la vida biológica
- Uso del cuerpo como fuerza de derechos:
 - “El cuerpo, enfermo o sufrido, está dotado de un reconocimiento social cuando otros fundamentos han sido agotados” (Fassin, 2005)
 - personas más precarizadas encuentran su lugar en la ciudadanía a través de la enfermedad
- Derecho a la vida: derecho a la salud: derecho a los tratamientos.
- Razón humanitaria y no justicia social

Farmacologización

- Gran expansión del uso de medicamentos, con aumento de aparición de efectos adversos
- Mark Nichter (1996).
 - en EE. UU. se produjeron 225.000 muertes en 2000 provocadas por efectos iatrógenos: 12.000 muertes por cirugías no necesarias, 7.000 por errores de medicación en hospitales, 20.000 por casos de otros errores en hospitales, 80.000 por infecciones intrahospitalarias y 106.000 debidas a efectos adversos de los medicamentos (Starfield, 2000).
- Idea de que existe una pastilla para cada problema o enfermedad.
- domesticación del consumo farmacéutico
- la disponibilidad de los productos.
- comercialización de productos farmacéuticos que se centran en condiciones personales dirigiéndose a los espacios privados, como el sexo y la forma del cuerpo.

Biosociabilidad

- Biosociabilidad, Paul Rabinow, 1996:
 - grupos organizados en cuanto a nuevas identidades y prácticas.
 - la enfermedad y la salud es el engranaje que conforma su vida, su sociabilidad.
 - Biotecnologías, especialistas que les ayudan a vivir
 - Por ejemplo test genéticos, la fibrosis...
- Individuos somáticos según Rose
- Fassin: superar la oposición de las biotecnologías que actúan sobre lo viviente y las políticas que ordenan la vida (concepto de vida):
biolegitimidad

Identidades biológicas

- Identidades biológicas, Nikolas Rose y Carlos Novas:
 - Concepción de ciudadanía está unida a creencias acerca de la existencia biológica.
 - Lugar que ocupa la enfermedad y la salud en las vidas
 - Modificaciones que las formas de biopoder han ejercido en la subjetividad
- Petryna: ciudadanía articulada según explosión radiactiva de Chernobyl.
- Biehl (2004): sida en Brasil
- Nguyen: ciudadanos terapéuticos en Burkina Faso.
- Fassin: inmigrantes en Francia, exposición al saturnismo

Biopolítica

“Las tecnologías médicas contemporáneas (...) no buscan sólo curar los daños orgánicos o la enfermedad (...) sino cambiar lo que sea el organismo biológico, haciendo posible la reconfiguración –o la expectativa de reconfigurar- de los procesos vitales en sí mismo en miras a **maximizar su funcionamiento** (...) Su principal característica es **su visión hacia adelante**: estas tecnologías de la vida buscan remodelar el futuro vital a través de la acción en el presente vital” (Rose, 2007:17/18).

- Rose N. The politics of life itself. Princeton, NJ, Princeton University Press 2007.

Abandono del concepto de medicalización

- Razones.
 - Oscurecer que existen otros agentes y formas de medicalización y normativización más allá de lo biomédico
 - No existe un nivel dual: saludable/no saludable, bueno o malo: beneficiosas para la población
 - Efectos iatrogénicos de la medicalización
- Preferencia concepto de biopoder o biopolíticas
- *desprofesionalización*, por ejemplo, no indica necesariamente *desmedicalización*, porque la medicina es actualmente mucho más que una profesión o una prestación clínica o un sistema de atención de la salud.
- No obstante, grupos objeto de medicalización como mujeres y poblaciones étnicas también de biopolíticas: situación de mayor dependencia y vulnerabilidad

Consecuencias de la medicalización

a. *Cientificidad y eficacia de la medicina. Iatrogenia: efectos adversos de la práctica médica (según Illich)*

Clínica: actos voluntarios e involuntarios que producen daño

Social: extensión de la medicalización, el campo de lo sanitario que reproducen una organización patógena: todos los ciudadanos en pacientes

Cultural: anulación de los saberes y autocuidados, siendo el MMH el referente (aculturación biomédica)

b. *Medicalización indefinida:*

Creación de riesgos, mitos y certidumbres

c. *Economía política de la medicina:*

Control económico de los procesos s/e/a

Salud, enfermedad y cuerpo: mercancía

Industria y mercado de lo Sanitario

Según Foucault, Illich, Pazos, Rose.

Algunos textos sobre la medicalización

- Zola, Irving K (1981) “El culto a la salud y la medicina inhabilitante” En: Iván Illich. *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blumen, pp. 37–59.
- Zola, Irving K. *La medicina como institución de control social*. En: Carmen de la Cuesta (comp). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia. 1999: 23 -46.
- Foucault, Michel, El Nacimiento de la clínica (1963)
- Foucault, Michel, “Historia de la medicalización”. En *La vida de los hombres infames*. Madrid, Ediciones de la Piqueta, pp.121-152.
- Foucault, Michel, Crisis de la medicina o de la antimedicina. *Revista Educación médica y salud · Vol. 10, No. 2 (1976): 152-170*. En: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>
- Illich, Iván. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral, Barcelona 1975.
- Soledad Márquez y Ricard Meneu 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Revista de Filosofía, II 8*. www.revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf

Sistema biomédico, según Menéndez

- Cumple diferentes funciones:
 - a) Asistencial: funciones curativas, preventivas y de mantenimiento:
programas de Atención Primaria
 - Aquí opera la mayor parte del sistema
 - Otras funciones: asistencial, investigadora, formativa, administradora.
 - b) Administración: control, normalización, legitimación y medicalización
 - Biopoder y Biopolíticas
 - c) Económicas-Ocupacionales
- La b y c se desarrollan a través de la a.
- En función de este análisis en el primer caso opere gran parte del sector salud y en el segundo sólo unos pocos médicos.
- No conciencia de esta reproducción

Características del MMH: ANDROCENTRISMO

- ¿Quiénes han definido la salud de las mujeres? ¿Dónde están sus experiencias y voces?
 - Más de 157 etnografías en inglés
 - Occidentales y No occidentales
- Marcia INHORN, 2006: “Defining Women’s Health. A dozen messages from more than 150 ethnographies”, *Medical Anthropology Quarterly* 20, num 3, pp. 345-378.
- Más de 40 tesis doctorales, sin contar otros estudios en el Estado Español
 - áreas temáticas
- * Mari Luz Esteban, 2010: “La investigación antropológica en Salud, Género y atención en el Estado Español: tesis doctorales y grupos de investigación, en: Esteban, Mari Luz; Comelles, Josep M y Diez Mintegui, Carmen *Antropología, Género, Salud y Atención*. Barcelona: Bellaterra, 329-345.

Doce Mensajes acerca de la salud de las mujeres, Inhorn 2006.

1. El poder de definir la salud de las mujeres
2. La esencialización reproductiva de las vidas de las mujeres
3. La construcción cultural de los cuerpos de las mujeres
4. El incremento de la medicalización de las vidas de las mujeres
5. El incremento de la hegemonía biomédica sobre la salud de las mujeres
6. La producción de la salud de las mujeres
7. Los efectos insalubres del patriarcado
8. La interseccionalidad en la salud de las mujeres
9. La intervención del Estado en la salud de las mujeres
10. Las políticas en la salud de las mujeres
11. La importancia de palabras morales locales de las mujeres
12. La importancia de comprender las subjetividades de las mujeres

Aportaciones de un enfoque antropológico y feminista en Salud, 2006

- Análisis y denuncia del androcentrismo de la biomedicina
- Crítica a la medicalización social de las mujeres
- Crítica a la naturalización social de las mujeres
- Distinción entre sexo y género
- Creación de redes e investigadoras y profesionales de la salud

El Androcentrismo de la Medicina: SESGO DE GÉNERO

- Invisibilización de las mujeres: sesgos de género (gender bias)
la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo problema de salud, lo que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos.

Tipos:

1. Sesgo de género basado en la igualdad: Mujeres y hombres iguales
2. Sesgo de género basado en las diferencias:
 - Mujeres y Hombres diferentes
 - Diferencias????: esencialismo de la reproducción
3. Sesgo de género basado en presunción de no influencia biológica

Situación de la investigación de sesgos de género

- Documento obligatorio en los informes finales de los ensayos clínicos para AEMPS:
 - 5 desagregan datos por edad y sexo (20%)
- La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el punto 3b del artículo 27 Integración del principio de igualdad en la política de salud apunta que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
- 1993 la FDA rescinde su prohibición de incluir a las mujeres en las primeras fases de los ensayos clínicos mediante la publicación de la *Guía para el estudio y la evaluación de las diferencias de género en la evaluación de fármacos (Food and Drug Administration, 1977)*, y el cambio de política del NIH para la financiación de investigación clínica (*National Institute of Health, 1994*).

Primer tipo: Sesgo de género basado en la igualdad: hombres = mujeres

- Formación y bibliografía existente.
- Investigación: Ensayos clínicos:
- Atención Sanitaria
 - Factores protectores y protectores.
 - Comportamientos y riesgos masculinos y femeninos.
 - Diagnostico y pruebas diagnósticas.
 - Sintomatología: **Percepción y Expresión**
 - Tratamiento y efectos secundarios.
- Algunas diferencias encontradas:
 - Hombres: Mayor mortalidad y Mayor uso de servicios hospitalarios
 - Mujeres: Peor percepción de salud, Mayor morbilidad, Más enfermedades crónicas, Mayor uso de servicios sanitarios, Hábitos como el patrón de consumo de tabaco, Valores de laboratorio, Infarto Agudo de Miocardio.

Segundo sesgo: Sesgo de género basado en la diferencia hombres y mujeres son distintos.

- Ginecologización y psicologización de los problemas de salud de las mujeres.
- Diagnósticos diferenciales ante el malestar.
- Maximización y medicalización de algunos procesos como Menstruación y Menopausia.

Sesgo de género en la Cardiopatía

- Enfermedad típica de hombres.
 - 1 causa mortalidad femenina.
 - Mitos: mujeres protegidas por sus hormonas
- Causalidad:
 - FR diferentes según Framingham en muerte súbita:
 - Hombres: edad, colesterol sérico, número cigarrillos, peso relativo, tensión sistólica.
 - Mujeres: edad, hematocrito, capacidad vital, mayor 60 años, glucemia.
 - Factores psicosociales como aislamiento y depresión.
 - Prevención dirigida a...
- En mujeres:
 - Presentación atípica:
Mujeres: dolor inespecífico, retroesternal con sensación de dolor abdominal y náusea, irradiación a mandíbulas.
- Diagnóstico:
 - Mayor esfuerzo diagnóstico en hombres:
 - Cateterismos, pruebas de esfuerzo
 - Llegada 2 a 5 horas más tarde
 - Influencia del sexo paciente y profesional
 - Psicologización de los problemas de salud de las mujeres o minimización
- Mujeres:
 - no identifican que es un problema cardíaco
 - Anteponen la salud y las demandas de los demás

Sesgo de género en la Cardiopatía

- Tratamiento:
 - 1 hora de demora en llegada al hospital
 - Condiciones desfavorables para tto tromboembólico.
 - Menos ttos tromboembólicos.
 - Mayor mortalidad postinfarto de 68 a 33%
 - Mayor letalidad
- Farmacología no estudiada y no conocida:
 - Algunos fármacos: acción no demostrada: AAS no probado como preventivo de infarto en mujeres.
 - Efectos secundarios de fármacos HTA, hiperlipidemias solo con estudios en hombres
 - Estatinas producen más miopatías
 - Algunos fármacos antiarrítmicos, digoxina más mortalidad.
- Evolución:
 - Desfavorable en mujeres: complicaciones, comorbilidad, cuidados,...
 - Rehabilitación postinfarto: 30 a 87% en hombres.
 - Mayor esfuerzo terapéutico en hombres.

<http://www.mys.matriz.net/numeros.htm>

2. La esencialización reproductiva de las vidas de las mujeres

- Centralidad de su capacidad reproducción biológica o procreación en sus vidas y su salud:
 - Ginecologicismo y Visión hormonal
 - Manuales médicos: obstetricia y ginecología
 - Reproducción: ámbito desconocido
 - Exclusión de ensayos clínicos
 - Visiones patológicas y desde la anormalidad
 - Reproducción estratificada (Ginsburg y Rapp, 1995)
- Ver a las mujeres de otras maneras: otros roles y ámbitos como
 - Los efectos del trabajo doméstico sobre la salud
 - Ser cuidadora es perjudicial para la salud
- Exclusión de los hombres
 - Inclusión en ciertos ámbitos de la reproducción pero no en sexualidad
- Grandes producciones:
 - Rayna Rapp, Emiy Matin, Margaret Lock, Nancy Scheper Hughes
 - Embarazo, IVEs, Atención Salud sexual y Salud Reproductiva, Reproducción Asistida