

## **LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EXPRESADA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. EL CASO DE LA INFERTILIDAD.**

**Autoras:** MsC. Zoe Díaz Bernal<sup>1</sup> y Dailys García Jordá<sup>2</sup>.

### ***Resumen***

El presente trabajo plantea una reflexión acerca de la necesidad de incluir la categoría género en la evaluación de la calidad de la atención a la infertilidad. El punto de partida que se propone es la identificación de modelos explicativos para la infertilidad de hombres y mujeres, y prestadores(as) de salud, para lograr establecer diferencias y similitudes entre las valoraciones que estos hacen. Se propone, evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de género, a partir de la identificación de zonas de encuentros y desencuentros entre los “mundos valorativos” de pacientes y prestadores de salud.

Palabras Claves: Género e Infertilidad, Modelos explicativos de la infertilidad para hombres y mujeres

### ***Introducción***

Para la mayoría de las personas el tener descendencia constituye un elemento de suma importancia por los múltiples significados sociales y culturales que ello representa. Sin embargo, el logro de un embarazo o la presencia misma de los hijos no es algo que ocurre siempre de manera simple y predecible, pues existen eventos inesperados e indeseados que obligan a reformular las expectativas en relación con la paternidad/maternidad y todo lo que esto implica. Tal es el caso de lo que ocurre ante la infertilidad.<sup>1</sup>

~~¡Error! Marcador no definido.~~ La paternidad/maternidad desde la perspectiva antropológica, debe ser entendida no como un hecho natural, sino como una construcción socio- cultural que se encuentra al centro del debate en torno a las consecuencias de la fuerte dicotomía que existe en muchas sociedades, entre la masculinidad (asociada al rol de proveedor económico) y la feminidad

---

<sup>1</sup> Máster en Antropología. Profesora Auxiliar Escuela Nacional de Salud Pública

<sup>2</sup> Máster en Antropología. Investigadora Agregado. Facultad de Biología. UH.

(destinada al cuidado diario de los hijos)<sup>2</sup>. La procreación y el tener descendencia tienen significados diferentes para cada uno de los miembros de la pareja. Para las mujeres suele ser sinónimo de desarrollo de su rol materno, de protección, afecto y educación, mientras para los varones tiende a tener un significado más dirigido a sentimientos de poder, de patriarcado, de protección, de proveedor, de arribo a la plenitud de la hombría, como ente eminentemente masculino, que recibe la demanda intra e intergenérica de prueba de virilidad y heterosexualidad<sup>3, 1</sup>. Más allá de la reproducción biológica son la reproducción social y los espacios donde ésta se desarrolla, quienes determinan en última instancia las percepciones individuales y colectivas de la función reproductiva y la infertilidad.

### ***El género como determinante***

La necesidad de asumir un enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud es tratar precisamente de visibilizar las múltiples formas en las cuales las construcciones de género producen situaciones de inequidad que afectan la salud, y de analizar las normas culturales que “naturalizan” dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables. En el campo de la salud el desafío radica en demostrar y estudiar como el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención. Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo<sup>4</sup>. Entre los factores culturales que explican dichas actitudes para las mujeres, se encuentra la participación de éstas en las decisiones que afectan a su salud, lo que debe promoverse y potenciarse desde la atención primaria<sup>4</sup>.

El género interactúa con lo biológico, y un ejemplo de ello es cuando se aplica el enfoque de género<sup>5</sup> a la salud reproductiva<sup>6</sup>, entendido este por el análisis de las relaciones hombre- mujer como dimensión específica de la desigualdad social. Sin embargo, aplicando una perspectiva antropológica hacia la salud, el término condicionamiento de género define mejor la articulación entre lo biológico y lo socio-cultural, al entenderlo como un condicionamiento biocultural

<sup>3</sup> determinado por el conjunto de atributos culturales asignados según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo, o lo que es lo mismo, una subjetividad diferente para hombres y mujeres, la construcción de una identidad excluyente de lo masculino y lo femenino, a partir de la apropiación consciente o inconsciente de un universo de valores, prácticas, lenguajes, símbolos y formas de aprehender al mundo, lo que condiciona la reproducción cultural <sup>1</sup>Error! Marcador no definido.

Cada día más, las investigaciones en el campo de las ciencias de la salud, reclaman por una perspectiva de género<sup>5</sup> que articule a su vez, una posición y una intencionalidad de un sujeto (mujer u hombre), lo que constituye tanto “un punto de vista” como una selección y delimitación del campo de lo observado. La investigación con perspectiva de género se interroga a si misma respecto de los temas significativos de ese sujeto, es decir, respecto de la significación que para mujeres y hombres tiene la diversidad de situaciones, relaciones, experiencias y vivencias de una realidad específica.

Diferentes estudios han demostrado que son múltiples los factores que inciden y determinan que una persona acuda a los servicios de salud ante un problema de salud <sup>7</sup>, entre ellos se encuentra la edad, el sexo y la propia naturaleza de los síntomas, lo que a través del análisis del marco antropológico, responde a los capitales de la persona, que embebidos en sus tres niveles : macroentorno, mesoentorno y microentorno<sup>4</sup> sustentan los modelos explicativos de la enfermedad.

---

<sup>3</sup> Este concepto se desarrolla sobre la base del de proceso biocultural que describen Luis Alberto Vargas y Leticia Casillas como aquellas situaciones derivadas de la fisiología humana modificadas y matizadas por la cultura. Vargas LA y Casillas L. Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud, conferencia presentada en el Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la dirección Nacional de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia. México: 27 septiembre al 1 de octubre, 1999. En consulta con Vargas me propuso denominarlo como condicionamiento biocultural de género el que se expresa en la asignación de roles, en la construcción de estereotipos para cada sexo, en la representación del ser mujer y el ser hombre que se conforma en el contexto cultural donde se forma el sujeto.

<sup>4</sup> Marco de Análisis Antropológico (Artiles, 2008): **macro, meso y microentorno**. El **macroentorno** se refiere el ámbito más general en que se inserta el ser humano, entiéndase cultura, ideología, religión, sistema de derechos y base económica que caracteriza la sociedad. El **mesoentorno** comprende al ámbito más cercano y concreto de la población analizada,

Aunque existe un reconocimiento creciente acerca de la criticidad en la determinación de la salud, tanto del componente social como del biológico, el debate en torno a la sobre morbilidad femenina y la sobre mortalidad masculina, refleja que persisten tensiones entre quienes priorizan a uno sobre otro y viceversa. La idea del mayor “malestar de las mujeres” ha tenido explicaciones desde lo biológico y más recientemente desde la determinación social de éstos. Una explicación podría ser que las mujeres son más dadas a manifestar o expresar su malestar que los hombres o, que las condiciones materiales de vida y sus roles (materno, doméstico, sexual y otros) conllevan a una mayor morbilidad asociada<sup>8,9</sup>.

Los problemas que presentan los hombres en su perfil epidemiológico, igualmente han sido vinculados a las relaciones de género<sup>10</sup>, sobre todo a aquellos que representan los estereotipos de masculinidad: represión de emociones, temor a ser visto como débil y agresividad<sup>11</sup>. La OPS (1998) ha reconocido que en todos los países de la región es mayor el número de hombres que de mujeres que mueren por cáncer, enfermedades cardíacas, episodios cerebro- vasculares y accidentes<sup>12</sup>. En cuanto al valor que esto tiene para la atención médica y la propia búsqueda de ésta, se ha afirmado que el sesgo que ello produce para la atención, refuerza y no alivia el problema subyacente y que los hombres pueden estar inhibidos para percibir síntomas, buscar atención y cumplir con las indicaciones médicas<sup>8, 10, 11</sup>.

Parte del matiz que aporta el género a la atención de la infertilidad, radica en la responsabilidad asignada y asumida en cuanto al seguimiento de dicha atención para y por las mujeres. Aún cuando en los propios protocolos de atención se refiere la necesidad de concurrencia al servicio en pareja, y no de uno u otro miembro por separado, es la mujer quien recibe las órdenes e instrucciones médicas y quien posee historia clínica para el control por parte de

---

considerando la ubicación geográfica, los procesos económicos de producción-distribución-consumo, así como las instituciones y organizaciones sociales que la caracterizan. Por último, el **microentorno** está representado por el espacio inmediato al individuo, núcleo familiar, relaciones de pareja, laborales, vecindario, condiciones y estilo de vida, o sea, es el escenario donde se construye la cultura cotidiana. En el interior de estas tres dimensiones se encuentra la persona, su biología (cuerpo), genética, sexo, su biografía personal y sus capitales económico, social y simbólico, eje a partir del cual partirán todos los análisis posibles del problema.

la institución de salud. Por otra parte, sobre la mujer gravitan presiones sociales y familiares que no inciden así sobre los hombres, para quienes siempre hay tiempo para ser padres, el cese de la capacidad reproductiva femenina impone sin dudas un derrotero para ellas. Todo ello conduce a que desde la propia pareja, sea la mujer quien sienta mayor responsabilidad en la búsqueda de atención y seguimiento de ésta, así como que la infertilidad se visualice como un evento femenino, aún cuando sea masculina.

### ***Calidad de la Atención***

Para lograr una atención a la infertilidad adecuada y contribuir a su solución o manejo, es necesario ante todo un enfoque empático hacia los individuos y las parejas con dicho problema. Tradicionalmente la atención brindada por los prestadores de salud ha tenido un carácter eminentemente biologicista<sup>13</sup>, ya que para la biomedicina el no ser capaz de reproducirse suele ser una anomalía o limitación que necesita ser corregida<sup>14</sup>. Como para cualquier otra dolencia o enfermedad, el sistema médico ha establecido algoritmos de trabajo para la atención, estudio y tratamiento de la infertilidad: el tratamiento clínico- farmacológico antecede al quirúrgico, que se utiliza como tratamiento alternativo o complementario, dirigido básicamente a corregir efectos y/o defectos anatómicos que interfieren con la fisiología del aparato reproductor (masculino o femenino)<sup>15, 1</sup>.

El modelo médico hegemónico (MMH) continúa concibiendo a la infertilidad como un trastorno puramente físico, cuya solución está a la espera de la terapéutica médica o quirúrgica adecuada, aún cuando se ha tenido que reconocer que las parejas infértiles experimentan alteraciones emocionales importantes y su impacto puede llegar a ser peor sobre la función y satisfacción sexual, todo lo cual pretende ser justificado por lo prolongado de los estudios y tratamientos.

A diferencia de muchos países del mundo, el sistema de salud cubano tiene un alcance a todos los miembros de la población por su gratuidad, accesibilidad geográfica y alta calificación, lo cual hace que las personas acudan primeramente a estos servicios con el fin de solucionar sus malestares y

padeceres. Sin embargo, hay que reconocer que el carácter biologicista y medicalizador de la atención en salud, la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud, la producción de acciones que tienden a excluir al paciente del saber médico y la tendencia al control social e ideológico, características todas del MMH<sup>16</sup>, hacen que las personas implicadas en el padecimiento concreto de infertilidad, establezcan un análisis de las potencialidades y deficiencias que ellos le atribuyen al sistema y a las alternativas de solución que dicho sistema sugiere. Una de las principales consideraciones que expresan las parejas infértiles en relación con la atención brindada por los profesionales de la salud, se refiere precisamente a la medicalización de la atención y a la posición de “frialdad médica” de los médicos que se dirigen básicamente a la atención de la infertilidad como enfermedad y no a la atención de la pareja infértil como personas que padecen<sup>17</sup>.

La categoría género ha sido utilizada en la evaluación de la calidad de la atención fundamentalmente en dos áreas: la de salud sexual y reproductiva y la de violencia contra la mujer<sup>6</sup>. La evaluación contemporánea de la calidad de los servicios ha asumido lo que algunos han dado en llamar “nuevo paradigma” y que introduce la llamada “*satisfacción de los clientes internos*” (prestadores de salud) y “*satisfacción de los clientes externos*” (los usuarios de los servicios)<sup>18,19</sup>. Hasta el momento, las posibilidades de analizar las opiniones del *cliente externo* aplicando una perspectiva de género, han sido insuficientes, ya que se ha restringido al nivel de opinión, sin lograr analizar cómo se construyen socialmente dichas opiniones<sup>6</sup>, lo que requiere de la aplicación de técnicas propias de la investigación cualitativa.

Desde una perspectiva antropológica, la idea de los modelos explicativos (ME) aportada por Kleinman<sup>20</sup>, permite evaluar el grado de eficacia de la atención médica y los problemas en general de la calidad de la atención, así como identificar el conjunto de ideas vigentes para grupos particulares en contextos sociales específicos, con relación a problemas de salud, padeceres y enfermedades concretas. La aplicación de los ME en las evaluaciones de este tipo tiene dos ventajas sustanciales, una es que permite abordar

simultáneamente dos perspectivas: la de usuarios/as y prestadores/as y la otra es que permite incorporar las ideas de los actores sociales acerca del proceso de salud-enfermedad, posibilitando el conocimiento acerca del modo en que se construyen dichas valoraciones<sup>6</sup>. Las formas en que cada persona explica los problemas de salud y/o las enfermedades, ya sean propios o ajenos, está influenciado por un complejo entramado socio- cultural, lo que determina sus percepciones y valoraciones acerca del proceso salud- enfermedad y de la atención a este. Lo anterior obliga al despojo de todo juicio de valor, desde el punto de vista biomédico, de las explicaciones individuales aportadas, las que estarán indisolublemente determinadas por sus biografía individuales y las de su entorno social<sup>6</sup>, lo que Vargas y Casillas (2004) denominaran biografía personal y ambiente, y que conjuntamente con el cuerpo o biología constituyen los sustentos del padecer.

El punto de partida para el caso que nos ocupa debe ser precisamente la identificación de los modelos explicativos para la infertilidad de hombres y mujeres, y sus consecuentes valoraciones de la atención, lo que expresará diferencias y similitudes en las valoraciones que estos hacen, así como diferencias y similitudes de ambos grupos con respecto a los prestadores de salud. En tal sentido opinamos que el abordaje de “mundos valorativos” propuesto por Pittman (1999) se ajusta mucho mejor a los estudios de calidad de la atención desde una perspectiva de género que la categoría “relación-interpersonal” frecuentemente empleada, ya que como bien plantea dicha autora, esta última da a entender que los problemas tienen un carácter individual y no social. Por otra parte, a la hora de evaluar la relación médico-paciente, atravesada por el género, suele prestarse atención a los puntos de desencuentro entre los mundos valorativos de dichos actores y al igual de lo que opina Pittman, opinamos que resultaría mucho más esclarecedor descubrir los puntos coincidentes que remarcarán las brechas que puedan establecerse en la atención, dadas las perspectivas de género de los implicados: médico(a)-pacientes.

### ***Conclusiones***

Las investigaciones, políticas, sistemas y servicios en el campo de la salud, requieren de una perspectiva de género, que aportaría a la visión médico-social de los problemas de salud a la que está siendo llamada la salud pública cubana.

La atención a los puntos de encuentro y desencuentro entre los mundos valorativos de prestadores de salud y pacientes, permitirá elevar la calidad y calidez de la atención a la infertilidad.

### **Referencias Bibliográficas**

---

<sup>1</sup> Calero JL y Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Rev Cubana Endocrinol v.17 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2006

<sup>2</sup> Fuller N. Masculinidades. Cambios y permanencias. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. 2001.

<sup>3</sup> Olavarría J. Ser padre en Santiago. En: Fuller N (ed). Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2000:74-100.

<sup>4</sup> Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. 53° período de sesiones. 2 a 13 de marzo de 2009. Tema 5 del programa. Seguimiento de las resoluciones y decisiones del Consejo Económico y Social. Las perspectivas de género y la salud pública mundial: consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. E/CN.6/2009/CRP.9

<sup>5</sup> González V. Cristina y Sánchez B M. La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). 2000.

<sup>6</sup> Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>7</sup> Sáez M. Modelo clínico centrado en el paciente. Archivos de Medicina Familiar y General [1]. Volumen 5 Número 1 – 2008. ISSN 1668-8341.

<sup>8</sup> Nathansonson, C. (1975) Illnes and the Feminine Role. A theoretical Review. Social Science and Medicine. Vol 9, 57. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de

---

Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>9</sup> Grove, W. y Hughes, M. (1979) Possible causes of the Apparent sex Differences in Physical Health: An Empirical Investigation. *American Sociological Review*. Vol 44: 126- 146. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>10</sup> Wladeron, I. (1995) Contribution of Changing Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Differences in Mortality. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>11</sup> Hegelson, V. (1995) Masculinity, Men's Roles and heart Disease. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>12</sup> OPS (1998) Salud en las Américas, Washington, D. C. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>13</sup> Calero JL. Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? *Rev Sexol Soc*. 1999;5(3):33-5.

<sup>14</sup> Castañeda E, Bustos HH. La ruta del padecer en mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatol Reprod Hum*. 2001;15(2):124-32.

<sup>15</sup> Calero JL, Magallanes M, Rechkemmer A, García M. Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este fenómeno desde la perspectiva masculina peruana. *Rev Cubana Sal Públ*. 2003;29(Suppl 1):48

<sup>16</sup> Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: *Relaciones de Estudios de Historia y Sociedad*. El Colegio de Michoacán, México.1997;69:239-69.

<sup>17</sup> Calero JI, Felipe S. La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. *Rev Cubana Endocrinol* v.17 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2006.

<sup>18</sup> Nogueira, R. P. (1993). La gestión de la calidad total en la perspectiva de los servicios de salud. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

---

<sup>19</sup> Morgan, C. y Murgatroyd, S. (1994). Total Quality Management in the Public Sector. Burkingham.: Open University Press. En: Pittman, P. Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la salud. Washington, D. C. : OPS, c 1999. ISBN 9275323070

<sup>20</sup> Kleiman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980. p. 138-45.