



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

ISSN: 2590-9452

revistacolombianadebioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

Moutran-Barroso, Habib Georges

Epistemología, salud y género: diálogos entre la cardiología y las ciencias sociales

Revista Colombiana de Bioética, vol. 15, núm. 1, 2020, , pp. 1-15

Universidad El Bosque

Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v15i1.3091>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189264012006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Epistemología, salud y género: diálogos entre la cardiología y las ciencias sociales

Habib Georges Moutran-Barroso 

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Resumen

Propósito/Contexto. Este artículo tiene como propósito enfatizar la importancia que tienen las epistemologías y éticas feministas en el conocimiento médico, especialmente en la cardiología. La discusión está motivada por los importantes sesgos que hay en la distinción entre las categorías de sexo y género en la medicina.

Metodología/Enfoque. El enfoque que guía la elaboración de este artículo es el feminismo del punto de vista, formulado por Sandra Harding y complementado con la visión de diferentes médicas y filósofas que trabajan la intersección entre la filosofía de las ciencias y la cardiología.

Resultados/Hallazgos. Los resultados que se obtienen a partir de esta revisión permiten contribuir al debate sobre los beneficios de un enfoque médico fundamentado por las teorías feministas, así como proponer una atención médica más holística en los diferentes escenarios de salud.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. Analizar estas categorías, a partir de la salud pública y la epistemología, permitirá crear espacios para ofrecer una mejor atención a las mujeres, especialmente en condiciones como la enfermedad coronaria, que es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Además, se enfatizan los compromisos sociales, políticos, históricos, culturales y éticos que debe tener toda práctica médica en la estructuración del conocimiento.

Palabras clave: salud, género, epistemología, epidemiología, cardiología, feminismo, feminismo del punto de vista.



Autor de correspondencia

1. Habib G. Moutran-Barroso, Carrera 7 No.117 – 15, Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. Correo-e: habib_gm_91@hotmail.com



Historia del artículo

Recibido: 3 de septiembre, 2019

Evaluado: 29 de octubre, 2019

Aprobado: 2 de diciembre, 2019

Publicado: 4 de julio, 2020



Cómo citar este artículo

Moutran-Barroso, Habib Georges. 2020. "Epistemología, salud y género: diálogos entre la cardiología y las ciencias sociales." *Revista Colombiana de Bioética* 15, no. 1: e3091. <https://doi.org/10.18270/rcb.v15i1.3091>

Epistemology, Health, and Gender: Dialogues between Cardiology and Social Sciences

Abstract

Purpose/Context. This article aims to emphasize the importance of feminist epistemologies and ethics to medical knowledge, especially cardiology. Significant biases in the distinction between sex and gender categories in medicine motivate the discussion.

Method/Approach. The approach guiding this article is Sandra Harding's standpoint feminism, supplemented by the views of female doctors and philosophers who work on the philosophy of science-cardiology intersection.

Results/Findings. The results obtained from this review contribute to the debate on the benefits of a medical approach based on feminist theories and propose more holistic medical care in different health settings.

Discussion/Conclusions/Contributions. Analyzing these categories based on public health and epistemology will create opportunities to offer better care to women, especially in conditions such as coronary heart disease, which is one of the main causes of mortality and morbidity worldwide. Besides, the social, political, historical, cultural, and ethical commitments that all medical practice must make in structuring knowledge are emphasized.

Keywords: Health, gender, epistemology, epidemiology, cardiology, feminism, standpoint feminism.

Epistemologia, saúde e gênero: diálogos entre a cardiologia e as ciências sociais

Resumo

Objetivo / Contexto. Este artigo tem como objetivo enfatizar a importância que têm as epistemologias e éticas feministas no conhecimento médico, principalmente na cardiologia. A discussão é motivada pelos importantes vieses existentes na distinção entre as categorias de sexo e gênero na medicina.

Metodologia / Abordagem. A abordagem que orienta a elaboração deste artigo é o feminismo do ponto de vista, formulado por Sandra Harding e complementado com a visão de diferentes médicas e filósofas que trabalham a interseção entre a filosofia das ciências e a cardiologia.

Resultados / Descobertas. Os resultados obtidos nesta revisão possibilitam contribuir para o debate sobre os benefícios de uma abordagem médica fundamentada pelas teorias feministas, assim como propor um atendimento médico mais holístico nos diferentes cenários de saúde.

Discussão / Conclusões / Contribuições. A análise dessas categorias, baseada na saúde pública e a epistemologia, permitirá a criação de espaços que ofereçam melhor atendimento às mulheres, principalmente em condições como a doença coronária, que é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo. Além disso, são enfatizados os compromissos sociais, políticos, históricos, culturais e éticos que deve ter toda prática médica na estruturação do conhecimento.

Palavras-chave: saúde, gênero, epistemologia, epidemiologia, cardiologia, feminismo, feminismo do ponto de vista.

Introducción

Actualmente, las teorías feministas se han consolidado como campos importantes de acción que permiten que las mujeres enfrenten su constante opresión. Como resultado, se ha entendido la complejidad que encierran las múltiples identidades de las mujeres bajo una perspectiva de género constituida por factores sociales, psicológicos y culturales que van más allá de cualquier tipo de esencialismo biológico. Parte de estas luchas contra los modelos heteronormativos y patriarcales se han dado desde la investigación en salud, como respuesta a los sesgos de género que han perdurado en

el tiempo, donde aparentemente se contemplaba como prototipo de investigación al hombre blanco europeo (Harding 1996), lo que consecuentemente afectó la representación de las mujeres en el campo de la salud, al igual que otras poblaciones.

Varias investigadoras de la medicina como Vera Regitz-Zagrosek (Alemania), Nancy Krieger (EUA) y María Teresa Ruiz (España), y filósofas de alto renombre como Sandra Harding han criticado estos modelos opresivos que no contemplan las diferencias de género en el campo de la epistemología y la salud. Los esfuerzos de estas investigadoras buscan crear una ciencia más objetiva y pragmática, como respuesta a la situación actual de las mujeres que son constantemente excluidas de la teorización del conocimiento y de la práctica científica (Ruiz Cantero 2009; Harding 1996, 1991; Shannon et al. 2019). Las medidas constituidas desde el feminismo y la salud buscan evitar los sesgos androcéntricos y elaborar marcos de referencia para remodelar los sistemas epistemológicos que alteran la construcción del conocimiento. En salud, muchas de las críticas desde la perspectiva de género están orientadas a crear consciencia sobre la importancia de incluir el género como una variable de los estudios científicos.

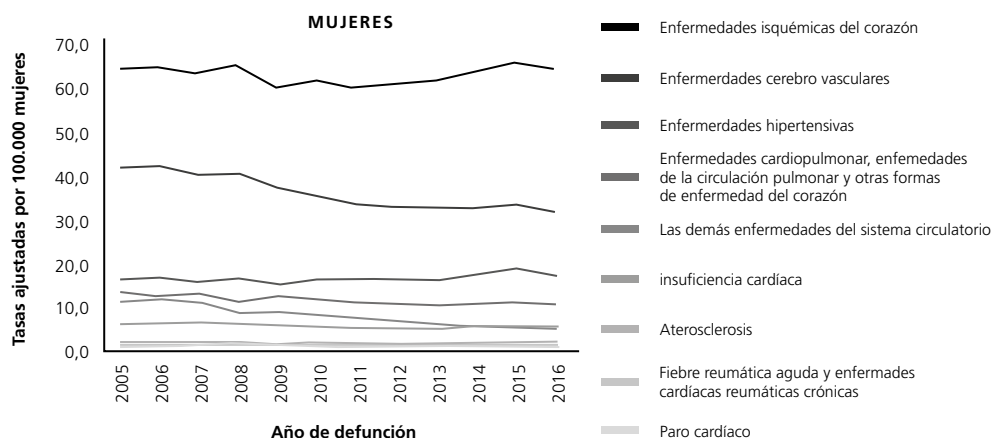
En varios estudios se asume que tanto los hombres como las mujeres tienen la misma historia natural, pronóstico y respuesta terapéutica hacia ciertas enfermedades (Shannon et al. 2019) cuando, de hecho, no es así; un ejemplo de esto es el infarto agudo de miocardio (Ministerio de Salud y Protección Social 2018). Es por ello que las teorías feministas, intersecadas con la medicina, proponen un cambio en los procesos sociales que diagnostican las desventajas entre mujeres y hombres, y propician las medidas suficientes para poder superarlas (Regitz-Zagrosek 2012).

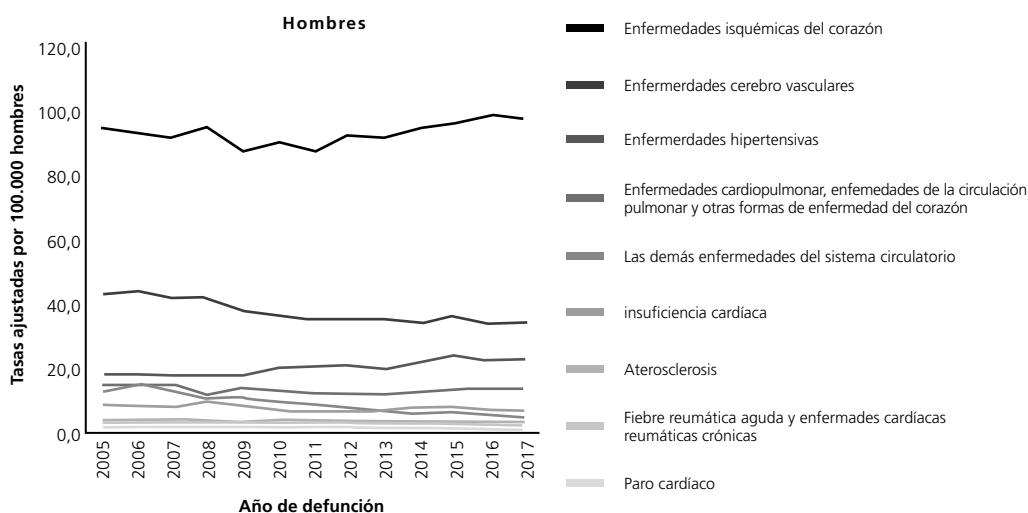
Por lo anteriormente descrito, se hace pertinente teorizar sobre estas problemáticas desde la filosofía de las ciencias y las ciencias médicas, pues son hechos contemporáneos relevantes, y construir realidades a partir de esas discusiones. En este artículo se propone, como se ha mencionado hasta este punto, un análisis en torno al papel del género en la cardiología y la epistemología feminista, particularmente desde el feminismo del punto de vista (*standpoint feminism*).

Sesgos de género en la investigación y la cardiología

La enfermedad coronaria o el infarto agudo de miocardio es una enfermedad altamente prevalente en la población mundial y es una de las principales causas de muerte. En Colombia (figura 1) es la principal causa de muerte tanto en mujeres como en hombres (Ministerio de Salud y Protección Social 2018).

Figura 1. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2017





Fuente. <https://www.minsalud.gov.co/>

En las investigaciones médicas cada día son más rigurosos los estudios que buscan garantizar una mejor calidad de vida a los pacientes, así como prevenir y tratar oportunamente las enfermedades. No obstante, en esas investigaciones las categorías sexo y género no han sido lo suficientemente estructuradas, en términos metodológicos, sino hasta hace algún tiempo; este hecho ha sido señalado por investigadoras en el ámbito de la cardiología como Vera Regitz-Zagrosek y, en la salud pública, como María Teresa Ruíz (Regitz-Zagrosek 2012; Ruiz Cantero y Verdú Delgado 2004; Ruiz Cantero 2009; Shannon et al. 2019).

María Teresa Ruíz manifiesta que los sesgos de género han sido ocasionados porque en la investigación se crea conocimiento a partir de un conocimiento existente, ignorando que el conocimiento predecesor no era sensible a la condición del género. Por lo tanto, las investigaciones actuales tienen el riesgo de continuar caracterizando múltiples enfermedades y, secundariamente las políticas públicas que se diseñan para responder a tales enfermedades, bajo estos sesgos que son poco provechosos para la salud de las mujeres. Algunos de los sesgos de género se pueden resumir a continuación (Ruiz Cantero 2009):

1. **Comportamiento de la enfermedad.** Aseverar que las manifestaciones clínicas de una enfermedad se comportan de la misma manera tanto en hombres como en mujeres, al igual que el pronóstico, cuando en muchos contextos no es así.
2. **Misma respuesta terapéutica.** Cuando se valora erróneamente el mismo comportamiento para hombres y mujeres, en ciertas medidas terapéuticas, al igual que las reacciones adversas.

Con respecto al infarto agudo de miocardio, su incidencia global está en declive en todo el mundo y en todos los grupos poblacionales, con excepción de las mujeres jóvenes (Regitz-Zagrosek 2012; Lloyd-Jones et al. 2010; Garcia et al. 2016; Humphries et al. 2017). Es una realidad que esta población no ha sido tomada en cuenta en los programas de promoción y prevención en salud y además, enfrenta un mayor riesgo cardiovascular debido a los cambios en el estilo de vida que las mujeres han experimentado en el último siglo (tabaquismo, aumento del estrés laboral, entre otros). Igualmente, las mujeres jóvenes tienen una mayor tasa de mortalidad después del primer infarto cardíaco que los hombres en el mismo grupo de edad (Regitz-Zagrosek 2006; 2017).

Las mujeres y los hombres también difieren en las causas del infarto de miocardio; los factores psicológicos son más representativos en las mujeres. Las mujeres también parecen experimentar una sintomatología más atípica que los hombres¹. Adicionalmente, reciben un diagnóstico más tardío que los hombres porque las políticas en salud pública son insuficientes y no están orientadas hacia ellas (Regitz-Zagrosek 2011).

La medicina de género se ocupa de la pregunta de por qué las enfermedades se expresan de acuerdo con los géneros y sostiene que las diferencias entre los hombres y las mujeres son a menudo ignoradas en la medicina. El infarto agudo de miocardio afecta a las mujeres 10 años más tarde que a los hombres y las mujeres jóvenes, por lo general, no son tratadas a tiempo, posiblemente porque ese tipo de infarto se considera una “enfermedad de hombres” (Regitz-Zagrosek 2017; 2006). Las medidas terapéuticas para el infarto agudo de miocardio son las mismas tanto para hombres como para mujeres, pero se asocian a una mayor tasa de complicaciones en las mujeres (Mortensen et al. 2007; Regitz-Zagrosek 2017).

Las enfermedades cardiovasculares están dentro de las causas principales de morbilidad y mortalidad en las mujeres, mundialmente (García et al. 2016). Para reducir la carga y mejorar los resultados en las mujeres, se deben explorar y comprender las diferencias de sexo y género en el diagnóstico, el tratamiento y los resultados. Los factores sociales, culturales y psicológicos correlacionados con la enfermedad coronaria de las mujeres jóvenes no están lo suficientemente bien tipificados en las políticas públicas, lo que impacta negativamente en su adecuado diagnóstico y tratamiento. El Instituto de Género Charité, ubicado en Alemania, promueve una amplia difusión de la literatura científica y de las investigaciones a las personas, a las diferentes organizaciones benéficas de salud cardíaca y a las instituciones educativas, para aumentar la conciencia sobre las enfermedades cardíacas entre las mujeres. La medicina basada en el género implica un compromiso social con las mujeres por la dimensión sociocultural que tiene la enfermedad coronaria. Los factores relacionados con el estilo de vida, el medio ambiente y el estrés son cruciales para la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad y no pueden ser reemplazados por variables biológicas. De esta manera, la caracterización del perfil de riesgo tanto de las mujeres como de los hombres debe individualizarse y contemplar evaluaciones basadas en el género (Regitz-Zagrosek 2017; 2006).

En estos términos, el papel del sexo y el género en la génesis del infarto agudo de miocardio, como en otras enfermedades, debe tenerse en cuenta en las prácticas de investigación y atención de la salud. No hacerlo implica afectar negativamente la salud de las personas, en este caso, de las mujeres, así como su supervivencia. Un hecho que ha condicionado importantes sesgos de género en la salud de las mujeres se ha dado en la experimentación en animales para el desarrollo de fármacos, donde se evidencia que hay un uso preferencial por los animales machos en la creación de fármacos, por su perfil de tolerancia, además de la escasa representación de las mujeres en los ensayos clínicos cardiovasculares (Zakariaeiz et al. 2016; Zucker y Beery 2010). Los aspectos sexuales y de género deben ser considerados en el uso de medicamentos, en la investigación, además de incluirse en las pautas y en el manejo de las enfermedades.

¹ La categoría “atípica”, con respecto a la sintomatología de la enfermedad coronaria, genera conflictos y sospechas porque pareciera ser que la “tipificación” fue realizada por hombre y para hombres. Por la ausencia de descripciones e inclusión de las mujeres en los estudios relacionados con la enfermedad coronaria, se extrapolaron los resultados de los hombres hacia las mujeres, condicionando sesgos en la estructuración del conocimiento.

Vera Regitz-Zagrosek señala en la siguiente cita su interés y compromiso con respecto a una medicina fundamentada en las variables de sexo y género en los estudios²:

“La implementación de diagnósticos y tratamientos equitativos en cuanto al género requiere tiempo, compromiso y apoyo institucional y político. La traducción de los resultados de investigación disponibles a la práctica puede tomar entre 5 y 15 años, especialmente si se debe tener en cuenta el desarrollo de nuevos medicamentos. Esto requiere una acción inmediata ya que no podemos permitirnos el lujo de ignorar estos resultados respaldados por la investigación (...)” (Regitz-Zagrosek 2017).

La comunidad científica debe contemplar la esfera social y cultural que tiene el infarto agudo de miocardio, para así lograr resultados productivos y duraderos que beneficien a todos los pacientes, especialmente a las mujeres jóvenes, a propósito del caso expuesto. Por esta razón es que la medicina basada en el género cobra importancia pues tiene el objetivo de mejorar la salud de los hombres y las mujeres, considerando los factores sociales, culturales y biológicos de cada enfermedad.

Epistemología, género y salud: diálogos entre la cardiología y la epidemiología

Uno de los problemas que han señalado investigadoras como Nancy Krieger es que el lenguaje que se utiliza en la ciencia, así como en la cotidianidad, encarna importantes procesos sociales e históricos que dan cuenta de hechos colectivos que han perdurado en el tiempo, y que han adquirido significados que contemplan y describen nuestra realidad. Parte de estos hechos relatan la estratificación y expansión del conocimiento, así como de los procesos sociales, políticos y culturales concomitantes. Sin embargo, muchos de los usos del lenguaje del pasado con los del presente coexisten y pueden generar importantes conflictivos, especialmente en la formulación del conocimiento; entre ellos figuran los conceptos de sexo y género. Krieger también señala que desde 1970 en Estados Unidos se introdujo la palabra “género” como un distintivo a la categoría de “sexo”, hecho que sirvió para contrarrestar los determinismos biológicos que empleaba el lenguaje de la ciencia así como en sus usos sociales (Krieger 2003).

El género, bajo estos argumentos, es entendido como “una construcción social con respecto a las convenciones, roles y comportamientos vinculados a la cultura, así como a las relaciones entre mujeres, hombres, niños y niñas”³ (Krieger 2003). El sexo, a su vez, da cuenta de factores genéticos, hormonales y reproductivos. Por lo tanto, las diferentes expresiones del género varían constantemente y se diferencian de las relaciones biológicas entre el sexo y el género, especialmente en las sociedades, así como los diferentes procesos que tienen lugar en ellas.

Uno de los problemas que posteriormente se observó, es que en la ciencia se aceptaron las categorías de sexo y género, pero como equivalentes o intercambiables entre sí, ignorando el valor social, político y cultural que cargaban ambos términos. Tras ello se introdujeron otras categorías del género como transgénero, intersexual o transexual que hacían más evidente la necesidad de diferenciar la categoría de género sobre el sexo, rechazando el esencialismo biológico que tanto ha predominado en la formulación y estructuración del conocimiento médico.

2 Traducción propia.

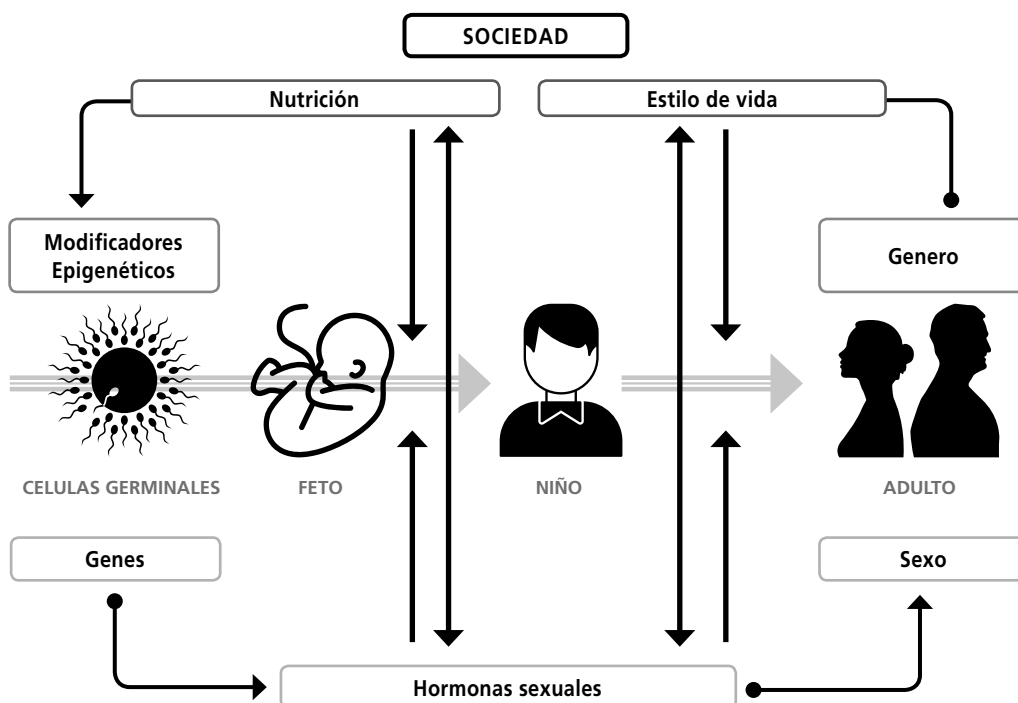
3 Traducción propia.

Uno de los problemas que llevó a encarar la dicotomía sexo-género en los estudios científicos, en especial en la caracterización de los diferentes estilos de vida, fue por la inequidad que las personas enfrentaban ante el sexismo de la sociedad patriarcal y, en particular, en lo que se refiere a las realidades que enfrentaban las mujeres (Krieger 2003, 2012. Rivera Sanín 2017):

1. **La segregación de género de la fuerza de trabajo y discriminación de género en salarios.** Brechas sociales y económicas para las mujeres que resultan de una opresión sistemática e interiorizada.
2. **Expectativas de género sobre la conducta sexual y el embarazo.** Predeterminismos basados en modelos estereotipados y sexistas de las mujeres.
3. **Violencia basada en género.** Prácticas culturales, religiosas, políticas e históricas universalizadas, en un contexto de desigualdad y dominio del hombre, que atentan violentamente contra las mujeres.
4. **Respuestas sintomáticas hacia las enfermedades.** Suponer que una mujer tendrá el mismo comportamiento clínico de una determinada enfermedad basado en sesgos sexistas, cuando no es así.

Las relaciones de género, en un marco político, social y epistemológico se vieron expuestas a prácticas institucionales e interpersonales inequitativas que favorecerían a los grupos dominantes (hombres) con privilegios sobre otros grupos (mujeres), justificándolas bajo prácticas de ideología de superioridad innata (Krieger 2003; Ruiz Cantero 2009).

Figura 2. Interdependencia del sexo y el género en la salud



Fuente. Regitz-Zagrosek 2012.

Bajo los argumentos anteriormente descritos, se puede afirmar que el lenguaje tiene un papel protagónico en sus usos sociales y en la ciencia, cuando se expresan diferentes teorías del conocimiento y ciertas políticas públicas en salud. En el marco de la salud, al buscar una comprensión integral de los procesos de salud y enfermedad, surgieron varios modelos que intentaron caracterizarlos robustamente, como lo fue el modelo biomédico y la teoría ecosocial (Krieger 2012). El primero enfatiza que los procesos de salud-enfermedad se dan en organismos biológicos mientras que el segundo relaciona a los organismos biológicos con un entorno social y cultural que contempla relaciones de raza, etnia, sexo y género (Krieger 1996). Es así como el segundo modelo parecía responder con mayor rigurosidad a las comprensiones actualizadas de la población, así como sus dinámicas y los procesos biológicos, culturales, políticos y sociales (Krieger 2012; Regitz-Zagrosek 2012; Ruiz Cantero y Verdú Delgado 2004; Ruiz Cantero 2009).

El problema de los modelos predominantemente biologicistas es que, en ocasiones, se usan por medio de enfoques biomédicos para describir realidades sociales y obtener conclusiones a partir de ellas. Sin embargo, se ignora el valor social que tienen las variables que se incluyen en los estudios, como lo es el género y el sexo, que en diferentes escenarios se trabajan como palabras intercambiables entre sí, lo que genera importantes sesgos en la estructuración y teorización del conocimiento. Un ejemplo se observa en el hecho de asumir que a las mujeres les da más tardíamente la enfermedad coronaria que a los hombres (Regitz-Zagrosek 2012), relacionando esa particularidad con los estrógenos como un factor preventivo de dicha condición médica. El problema aquí está en resumir los factores biológicos a hechos sociales, ignorando la participación del estilo de vida de la persona al igual que otros factores sociales y culturales; también, bajo esa misma lógica, se generaliza un conocimiento que proviene de bases insuficientes y categóricamente diferentes.

La realidad biológica y social que se presenta de la mujer ha sido objeto de modificaciones, porque las mujeres tienen estilos de vida iguales o más rigurosos que los de los hombres lo que conlleva un aumento considerable en el riesgo de presentar ciertas enfermedades y, a pesar de este hecho, las teorías se sustentaban en aspectos meramente biologicistas, como lo es la relación entre la enfermedad coronaria y los factores hormonales. Aceptar este tipo de argumentos puede incidir notablemente en las políticas públicas preventivas para estas enfermedades, como en tantas otras. La problemática de formular principios biológicos para explicar hechos sociales también se manifiesta en la distinción entre raza y etnia, en donde se hace un uso indistinto de ambas palabras y se obtienen conclusiones a partir de ellas (Krieger 2003, 2012; Hammarström y Hensing 2018).

En la actualidad es aún más evidente por qué necesitamos marcos teóricos de referencia y estudios sólidos que iluminen las causas de las desigualdades sociales en la salud, para valorar los posibles beneficios sociales, económicos y ecológicos que pueden darse (Regitz-Zagrosek 2012). Sin embargo, así como existen marcos de referencia para enfrentar las desigualdades sociales en salud, también hay escenarios que dan cuenta de una igualdad social en salud y que deben ser considerados para combatir o mejorar las desigualdades; estos son: poder convivir y trabajar en un entorno justo y equitativo que vislumbre la pluralidad cultural y social, y estructurar una sociedad basada en las necesidades de dicha pluralidad. La igualdad y la diversidad deben ser valores que conforman el ideal de justicia social en torno a relaciones verdaderas del conocimiento científico en favor de la salud pública.

En ese contexto, la cardióloga Vera Regitz-Zagrosek (2012, 2006) manifiesta su preocupación por la distinción entre sexo y género en las investigaciones médicas. Reconoce que los hombres y las mujeres tienen muchos parecidos, pero existen notorias diferencias biológicas y comportamentales entre ambos que, aterrizadas en el terreno de la salud,

implican que en muchas enfermedades tengan manifestaciones clínicas, una epidemiología y una fisiopatología distintas. No obstante, Regitz-Zagrosek objeta que en muchas enfermedades no se hacen este tipo de distinciones y se generalizan los hallazgos, lo que impacta directamente el enfoque de la atención en la salud. Asimismo, aunque se reconozcan este tipo de diferencias, todavía es muy limitada la atención médica específica de género en escenarios de prevención, promoción y medidas terapéuticas.

Omitir las diferencias entre sexo y género lleva a una atención médica menos eficiente porque los lineamientos en salud pública deben contemplar medidas orientadas al género con el propósito de beneficiar a la mayor cantidad de personas. Abordar el género en el terreno de la salud exige un enfoque más integral que inicia por la educación y la capacitación del personal de la salud hacia este tipo de diferencias, generando conciencia sobre cómo su desconocimiento impacta en la medicina clínica, en las investigaciones epidemiológicas y en el desarrollo de diferentes terapéuticas (Regitz-Zagrosek 2012).

Epistemología y género: un asunto coyuntural

Las críticas del feminismo hacia las ciencias se fundamentan en la garantía de un principio de equidad, con el propósito de que exista igualdad de oportunidades para las mujeres en la ciencia, reducir los diferentes estereotipos de género y marcos de referencia sexistas⁴, disminuir las inequidades en la división del trabajo y favorecer una concepción sobre las distintas representaciones de la mujer en la construcción del conocimiento.

La crítica más persistente se concentra en la posición de las ciencias, en especial las naturales, de que poco o nada pueden aprender de las ciencias sociales y humanas, tal como lo señala Sandra Harding (1996) en su texto *Ciencia y Feminismo*:

La acusación de que el sesgo masculino es evidente tanto en la definición de los problemas científicos como en los conceptos, teorías, métodos e interpretaciones de las investigaciones parece algo más amenazadora que las acciones de afirmación. Esa acusación se ha dirigido contra las ciencias sociales y contra la biología, pero los físicos y sus intérpretes filosóficos —que creen que poco o nada pueden aprender de los científicos sociales ni de los de la vida— suelen pensar que esas críticas feministas no afectan a las ciencias físicas. En consecuencia, a la mayoría de los científicos —feministas o no— sigue pareciéndoles que la acusación feminista de sesgo masculino, aunque más amenazadora para la ciencia al uso que las protestas de igualdad, deja intactas (e intocables) la física, la química y la visión científica del mundo (83).

Las ciencias sociales se ocupan principalmente de las diferentes realidades sociales de las personas, además de los rasgos culturales e históricos. Por lo tanto, tienen herramientas metodológicas y descriptivas distintas a las de las ciencias naturales. Las ciencias sociales se comprometen con valores y significados que apuntan a la realidad y a sus diferentes contextos. Las ciencias naturales, por su parte, se concentran más en hechos físicos y materiales. No obstante, ambos enfoques se intersecan porque tienen un importante e innegable significado social que se refleja en la cotidianidad de las personas. No hay que olvidar que una realidad biológica se configura como un hecho social, como lo es la salud pública, por lo que ambos enfoques constituyen la cotidianidad y pretenden describir importantes hechos conjuntamente. La investigación y el conocimiento biológico tienen un claro compromiso social y cultural en los distintos momentos históricos.

4 El sexismo, como lo es el racismo y otras medidas de opresión en las sociedades, son medios que alteran la expresión y construcción del conocimiento (Harding 1996).

El género y el sexo son reflejos de una descripción sociocultural de las ciencias y ambas apuntan a ser prácticas sociales de la ciencia. El género es una variable que se concreta en un conjunto de creencias sociales y culturales sobre las personas, y es un error usar como sinónimo la categoría de sexo con la de género en los estudios, además de extrapolar hechos biológicos a sociales unívocamente, sin contemplar que hay rasgos sociales, culturales, psicológicos, políticos e históricos que vinculan a las personas con la sociedad (Harding 1996; 1991). El determinismo biológico ha causado importantes sesgos en la distinción que acabamos de mencionar. Por ejemplo, los factores biológicos, aisladamente, han predeterminado las políticas públicas de prevención de la enfermedad coronaria en las mujeres y se enfocan en aquellas que se encuentran en un aparente rango de edad en el que la suplencia de estrógenos está disminuida (menopausia); se ignora que las mujeres jóvenes que presentan enfermedad coronaria lo hacen con mayor gravedad, por causa de sus hábitos de vida. Lo anterior nos indica que hay un vacío en las políticas de promoción y prevención para este grupo poblacional, precisamente por no distinguir entre sexo y género en las investigaciones médicas (Regitz-Zagrosek 2012; 2017; Krieger 2003; Ruiz Cantero 2009).

Es por ello que los aportes de filósofas y críticas de las ciencias como Sandra Harding, en torno a los sesgos de género en las ciencias sociales, tienen un valor que va más allá de su objetivo general; son importantes para el análisis y construcción de toda la ciencia.

Las críticas feministas hacia la biología van orientadas a que las caracterizaciones metodológicas de las investigaciones carecen de una suficiente objetividad y pasan por alto varios aspectos de la vida social. Harding demuestra, a través de la estrategia kuhniana, que las observaciones científicas están sustentadas por paradigmas y, a su vez, estos paradigmas dependen de hechos culturales (Harding 1991; 1996). Entonces, es así que el conocimiento no es objetivo o neutral. Por otro lado, estas críticas dan cuenta de explicaciones alternativas de la naturaleza y lo social, lo que podría conferir más objetividad al generar conocimiento. Un ejemplo sería el enfoque feminista en la creación y estructuración del conocimiento contra el enfoque paradigmático androcéntrico. Las teóricas feministas señalan que hay varias figuras de los hombres y las mujeres en la estructuración del conocimiento, como lo es el referente “del hombre blanco europeo” en las investigaciones médicas (Harding 1991, 1996). Aceptar ese tipo de paradigmas en poblaciones que no se adecúan a ese referente conlleva a que las hipótesis que surgen a partir de las investigaciones, en términos metodológicos, no sean objetivas, y a una falta de compromiso social y político con las diferentes poblaciones que sufren los efectos de sus resultados. Al respecto tenemos el análisis que realizan Mortensen et al. y Regitz-Zagrosek sobre las complicaciones que presentan las mujeres con infarto agudo de miocardio, tras la realización de procedimientos quirúrgicos como medida terapéutica a esta enfermedad. Las mujeres a quienes se les practican estos procedimientos presentan complicaciones como depresión, ansiedad, dolor torácico residual, sangrado y dificultad respiratoria, en mayor proporción que los hombres. Sin embargo, los estudios no son tan explícitos al describir este tipo de diferencias. Parece ser que el sexo y el género juegan un papel en estos resultados; Mortensen et al. argumentan que la PCI5 no está diseñada para la anatomía coronaria de las mujeres y deja a un lado las consecuencias de este procedimiento en su calidad de vida (Regitz-Zagrosek 2012; 2017; Mortensen et al. 2007; Kendel et al. 2010).

5 Intervención coronaria percutánea (PCI). Es un procedimiento que se utiliza en el manejo y diagnóstico del infarto agudo de miocardio.

Bajo estos términos, es un sesgo androcéntrico pensar que las mujeres van a reaccionar de la misma manera que los hombres en varios escenarios de la salud, como lo es el caso descrito, y también en sus respuestas a ciertos fármacos, en sus comportamientos clínicos respecto a las enfermedades, entre otras. Cada vez se hace más evidente que las diferencias de género y sexo en las enfermedades cardiovasculares están siendo mejor investigadas porque existe una evidencia epidemiológica de que los hombres y las mujeres enfrentan diferentes riesgos y tienen diferentes resultados a tratamientos o enfermedades. El problema reside en que las políticas públicas son insuficientes y no contemplan estos importantes hallazgos.

La ideología androcéntrica en la construcción del conocimiento plantea una mirada parcial que consecuentemente genera sesgos. Hay características particulares que nacen del hombre —con su masculinidad— y de la mujer —con su feminidad. Es por ello que teorías críticas del feminismo, como la del punto de vista, buscan crear perspectivas que eviten los sesgos de género, que persigan valores con compromisos sociales y que puedan estructurar políticas y prácticas que sostengan como pilar las necesidades de las mujeres en torno a sus experiencias, subjetividades y prácticas. Esto implica privilegiar a las mujeres epistemológicamente al demostrar que la perspectiva androcéntrica no aporta ideas sobre la naturaleza, la actividad y la experiencia social de las mujeres.

La teoría feminista del punto de vista persigue un cambio en las relaciones que se entretienen en la construcción del conocimiento. Esta teoría se fundamenta como una disposición política, social, epistemológica y cultural que busca comprender a las mujeres e intervenir en su favor. A su vez, la teoría del punto de vista roza necesariamente con otros modelos epistemológicos, como el modelo androcéntrico anteriormente mencionado. Su objetivo no es crear una medida en la que prevalezca un enfoque sobre el otro; apunta más hacia la creación de esquemas que permitan teorías coherentes con respecto a las necesidades de las mujeres, que aporten un beneficio y erradiquen cualquier tipo de inequidad (Harding 1996).

Ética e investigación: consideraciones en torno al valor de los compromisos culturales y sociales

La exclusión de la categoría “género” en la estructuración del conocimiento científico establece unas brechas éticas y tiene consecuencias en los estudios que no hacen un análisis reflexivo de este tipo de categorías, así como un impacto en las políticas públicas. La elaboración del conocimiento no se resume únicamente en recoger e interpretar datos; también involucra fuertes discusiones éticas sobre la producción y el uso del conocimiento. No obstante, nos enfrentamos a una realidad en la que los investigadores no estructuran o construyen el conocimiento desde una perspectiva ética, ni le dan el suficiente protagonismo a los valores éticos, políticos y sociales en sus investigaciones. Se asume, muchas veces, que tales valores son irrelevantes para la recopilación e interpretación de los datos de las investigaciones y eso genera sesgos importantes. Por ejemplo, cuando se hace la discusión de la validez ética de los estudios, estos juicios van más orientados a la metodología y el diseño de investigación que se utilizaron.

Sin embargo, los juicios de valor formulados en el ámbito científico se consolidan como medios de defensa ante las políticas públicas y pueden ayudar, en gran medida, a la toma de decisiones respecto a la aplicabilidad de un determinado conocimiento científico, tal y como lo señala Melo-Martin e Intemann (2007). Adicionalmente, estas autoras sostienen que los valores éticos y sociales orientados a la construcción de determinadas políticas públicas promueven el ideal de que la ciencia no debe favorecer determinadas hipótesis, por los intereses personales de los investigadores, porque daría como resultado una

“mala ciencia”, condicionada bajo relaciones de poder más no por relaciones proyectadas hacia la verdad (Harding 1996).

Estas discusiones llevan a preguntarse si la formación que recibe un científico va más allá de analizar datos y realizar diferentes tipos de experimentos, y si considera la evaluación de problemas éticos, sociales y políticos relacionados con un tema investigativo —especialmente en aquellos temas que inciden directamente en la vida de las personas, como lo es la salud. Las decisiones en la ciencia tienen un importante componente ético que se desprende, en mayor o menor medida, de los objetivos proyectados en una investigación, además de los medios que se utilizan para construir tal conocimiento. Cualquiera que sea la decisión del investigador, ya sea que se refiera a la metodología o al diseño de investigación, debe existir un compromiso de valores éticos con respecto al tema que se discute.

La ciencia, desde una posición crítica, debe realizar juicios de valor en la identificación de un problema, y debe contemplar esos hallazgos en la metodología de cualquier estudio científico. Y es aquí donde el razonamiento ético juega un papel importante porque promueve una investigación más sólida, más efectiva y más objetiva al vincularse con los principios de las políticas públicas y sociales (Harding 1996). No obstante, pese a que en ocasiones los valores éticos y sociales en los estudios pueden favorecer o atentar contra la hipótesis de investigación, ha de prevalecer el ideal de que los compromisos siempre deben estar orientados a una buena ciencia, rechazando cualquier tipo de sesgo en el análisis crítico y ético de los estudios. En este orden de ideas, los científicos deben ser capaces de identificar y evaluar rigurosamente los valores éticos involucrados en sus estudios y justificar sus decisiones metodológicas en relación con estos valores.

La salud pública tiene como fin elaborar medidas y marcos de referencia para prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida. La prevención, a su vez, tiene que enfocarse en un contexto poblacional que vislumbre el estilo de vida, la raza, la etnia, el sexo, el género y los factores genéticos. Se observa, no obstante, que en diferentes estudios se plantean medidas preventivas elaboradas sobre “fenotipos poblacionales” predeterminados, que no se ajustan a las diferentes realidades y esto se identifica, con más detalle, en las observaciones de Vera Regitz-Zagrosek sobre el estilo de vida y el género, que previamente se han mencionado. Por lo tanto, situarse desde un enfoque de género o desde el feminismo del punto de vista en las investigaciones en salud, defendería un tipo de conocimiento que abordaría con mayor rigurosidad y objetividad a las mujeres y reduciría las disparidades en salud. Esto podría traducirse en prácticas que probablemente den como resultado la erradicación o la disminución de las desigualdades actuales.

Hay que reconocer que muchas de las disparidades en salud afectan directamente la vida de las personas y son el resultado de una injusta discriminación racial, étnica o de género, por lo que las intervenciones sobre la construcción del conocimiento son una preocupación importante. Los investigadores deben contemplar los valores éticos, con claras intenciones sociales y políticas, para consolidar un conocimiento verdadero y objetivo.

Melo-Martín e Intenman (2007; Intenmann y Melo-Martín 2014) señalan el papel que tienen estos juicios de valor ético sobre los ámbitos sociales, políticos y económicos del mundo, conforme a las investigaciones epidemiológicas que apuntan a diferentes grupos poblacionales, y reconocen que hay múltiples juicios que pueden ser relevantes para diferentes investigadores, de acuerdo con sus áreas del conocimiento. No obstante, el reclamo que con tanto énfasis hacen estas autoras, como también lo hacen Regitz-Zagrosek y María Teresa Ruiz, es que los científicos deben hacer juicios de valor ético al decidir si se atienden o desatienden las características particulares del contexto social, para determinar la mejor forma de hacer investigación epidemiológica y si contemplan como objetivo eliminar las disparidades en la salud.

Conclusiones

En una amplia gama de enfermedades, especialmente en el infarto agudo de miocardio o en la enfermedad coronaria, existe una insuficiente cantidad de políticas públicas orientadas a la atención médica de las mujeres jóvenes, lo que plantea múltiples desafíos para la salud pública, la epidemiología y la cardiología.

El comportamiento de las mujeres con respecto a determinadas enfermedades, al igual que su respuesta a diferentes terapéuticas, es un factor importante que debe contemplarse para remodelar los escenarios en los que la mujer se ve afectada, dimensionado la magnitud de la enfermedad así como su pronóstico y las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el uso de diferentes tratamientos.

Las diferencias entre sexo y género en las investigaciones médicas apuntan a crear una ciencia más equitativa y, de la misma manera, a crear un conocimiento que represente con mayor rigurosidad la vida de las mujeres, quienes han sido excluidas históricamente en la teorización y estructuración del conocimiento (Fernández-Saez et al. 2013; Regitz-Zagrosek 2012). Las ciencias biomédicas deben estar siempre acompañadas de una razón social y de la ponderación de valores culturales, históricos, sociales y políticos; ignorar estos valores socava los principios éticos de la investigación médica y puede propiciar una “mala ciencia”. Por el contrario, para poder consolidar los compromisos sociales y éticos de la ciencia, se debe formar a los investigadores y epidemiólogos sobre el valor ético de los principios sociales, culturales, políticos e históricos que acompañan las variables que introducen en sus investigaciones como objeto de estudio. Como lo dice Sandra Harding (1996, 81), con mucha lucidez, “la ciencia no es sólo un conjunto determinado de enunciados ni un método único, sino un conjunto global de prácticas significativas”.

Referencias

- Fernández-Sáez, José, Maria Teresa Ruiz-Cantero, Marta Guijarro-Garvía, Mercedes Carrasco-Portiño, Victoria Roca-Pérez, Elisa Chilet-Rosell, y Carlos Álvarez-Dardet. 2013. “Looking twice at the gender equity index for public health impact.” *BMC Public Health*, 13, no. 659. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2458-13-659>
- García, Mariana, Sharon L. Mulvagh, C. Noel Bairey Merz, Julie E. Buring, y JoAnn E. Manson. 2016. “Cardiovascular disease in women: Clinical perspectives.” *Circulation Research*, 118, no. 8: 1273-1293. <https://dx.doi.org/10.1161%2F-CIRCRESAHA.116.307547>
- Hammarström, Anne, y Gunnel Hensing. 2018. “How gender theories are used in contemporary public health research.” *International Journal for Equity in Health*, 17, no. 34. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0712-x>
- Harding, Sandra G. 1991. *Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press. <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1hhfmg>
- Harding, Sandra G. 1996. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Mortada.
- Humphries, Karin. H., Mona Izadnegadar, Tara Sedlak, Jacqueline Saw, Nina Johnston, Schenck- Karin Gustafsson, R. U. Shah, et al. 2017. “Sex differences in cardiovascular disease-impact on care and outcomes.” *Frontiers in Neuroendocrinology* 46: 46-70. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.04.001>

- Kendel, Friederike, Götz Gelbrich, Markus Wirtz, Elke Lehmkuhl, Nina Knoll, Roland Hetzer, y Vera Regitz-Zagrosek. 2010. "Predictive relationship between depression and physical functioning after coronary surgery." *Archives of Internal Medicine* 170, no. 19: 1717-1721. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.368>
- Krieger, Nancy. 1996. "Inequality, diversity, and health: Thoughts on "race/ethnicity" and "gender"." *Journal of the American Medical Women's Association* 51, no. 4: 133-136.
- Krieger, Nancy. 2003. "Genders, sexes, and health: What are the connections — and why does it matter?" *International Journal of Epidemiology* 32, no. 4: 652-657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Krieger, Nancy. 2012. "Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach." *American Journal of Public Health* 102, no. 5: 936-944. <https://doi.org/10.2105/ajph.2011.300544>
- Intemann, Kristen, e Inmaculada de Melo-Martín. 2014. "Addressing problems in profit-driven research: How can feminist conceptions of objectivity help?" *European Journal for Philosophy of Science* 4: 135-151. <https://doi.org/10.1007/s13194-013-0079-9>
- Lloyd-Jones, Donald, Robert J. Adams, Todd M. Brown, Mercedes Carnethon, Shifan Dai, Giovanni De Simone, T. Bruce Ferguson, et al. 2010. "Heart disease and stroke statistics--2010 update: A report from the american heart association." *Circulation* 121, no. 7: e46-e215.
- Melo-Martín, Inmaculada de, y Kristen K Intemann. 2007. "Can ethical reasoning contribute to better epidemiology? A case study in research on racial health disparities." *European Journal of Epidemiology* 22, no. 4: 215-221. <https://doi.org/10.1007/s10654-007-9108-3>
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. "Análisis de situación de salud (ASIS)." Última actualización, 28 de noviembre, 2018. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
- Mortensen, Ole Steen, Jakob B Bjorner, Beth Newman, Brian Oldenburg, Mogens Groenvold, Jan K Madsen, Henning R Andersen, y DANAMI-2 Study Group. 2007. "Gender differences in health-related quality of life following ST-elevation myocardial infarction: Women and men do not benefit from primary percutaneous coronary intervention to the same degree." *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 14, no. 1: 37-43. <https://doi.org/10.1097/hjr.0b013e3280114f00>
- Regitz-Zagrosek, Vera. 2006. "Therapeutic implications of the gender-specific aspects of cardiovascular disease." *Nature Reviews. Drug Discovery* 5, no. 5: 425-438. <https://doi.org/10.1038/nrd2032>
- Regitz-Zagrosek, Vera. 2011. "Sex and gender differences in symptoms of myocardial ischaemia." *European Heart Journal* 32, no. 24: 3064-3066. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr272>
- Regitz-Zagrosek, Vera. 2012. "Sex and gender differences in health." *EMBO Re-*

- ports13, no. 7: 596-603. <https://dx.doi.org/10.1038%2Fembor.2012.87>
- Regitz-Zagrosek, Vera. 2017. "Gender and cardiovascular diseases: Why we need gender medicine." *Der Internist* 58, no. 4: 336-343. <https://doi.org/10.1007/s00108-017-0214-3>
- Rivera Sanín, María Lucía. 2017. "Mujeres y pobreza: Una discusión entre universalismo y el paternalismo." *Revista Colombiana de Bioética* 11, no. 3: 62-72. <https://doi.org/10.18270/rcb.v11i3.2161>
- Ruiz Cantero, María Teresa, y María Verdú Delgado. 2004. "Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico." *Gaceta Sanitaria* 18, no. 1: 118-125.
- Ruiz Cantero, María Teresa. 2009. *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Alicante: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Shannon, Geordan, Melanie Jansen, Kate Williams, Carlos Cáceres, Angelica Motta, Aloyce Odhiambo, Alie Eleveld, y Jenevieve Mannell. 2019. "Gender equality in science, medicine, and global health: Where are we at and why does it matter?" *The Lancet* 393, no. 10171: 560-569. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)
- Zakiniaez, Y., Kelly P. Cosgrove, Marc N. Potenza, y Carolyn M. Mazure. 2016. "Balance of the sexes: Addressing sex differences in preclinical research." *The Yale Journal of Biology and Medicine* 89, no. 2: 255-259. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27354851/>
- Zucker, Irving, y Annaliese K Beery. 2010. "Males still dominate animal studies." *Nature* 465, no. 7299: 690. <https://doi.org/10.1038/465690a>