

CAPÍTULO 12

Las microviolencias en la atención sanitaria. El poder en el acto médico

Una vez transformado en objeto médico, el cuerpo femenino puede convertirse en el lugar en donde el sadismo y el voyerismo se ejercen libremente al amparo de un método clínico que se estructura en las formas de la obsesión y de la compulsión de repetición. El médico busca, mira. Recoge, sollicita las zona eróticas de las pacientes para luego describir y controlar minuciosamente sus reacciones, las palabras provocadas, interrumpidas, arrancadas a la afasia; pero al mismo tiempo es observado por una mirada trastornada, por un ojo igualmente atento y sin compasión que lo mira a su vez¹.

¹ Gabriella Buzzatti y Anna Salvo, *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2001, pág. 91.

LA DOBLE CARA DE LA VIOLENCIA EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El cuerpo de las mujeres intenta hablar a través de sus síntomas, que a veces ni ella misma entiende, ni puede relatar con coherencia. Cuando acude al sistema sanitario, no siempre el o la profesional que la atiende puede escuchar o la escucha con atención. Con apariencia de cara amable, pero mirando al ordenador, se empiezan a producir pequeñas intervenciones que a veces son vividas como agresiones por las personas que las reciben. Tomo prestada del psicólogo Luis Bonino la palabra «microviolencias», que utiliza para describir diversas modalidades por las que los micromachismos ejercen sus relaciones de poder en las relaciones de pareja. Él propone que «un gran paso necesario para romper la imperceptibilidad de las microviolencias es nombrarlas y especificar sus diferentes variedades. Nombrar es hacer visible lo invisible y poder operar sobre ello»². Yo me propongo empezar a nombrar estas microviolencias en el acto médico, para determinar cómo podremos evitarlas en el futuro.

En la asistencia sanitaria se puede manifestar la violencia tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), como en el momento de la realización del acto médico o sanitario, ya que se pueden expresar estereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean los pacientes en el momento del acto médico o que colaboren en su victimización. En capítulos anteriores hemos descrito cómo se puede sesgar la investigación sanitaria sin atender a la morbilidad

² Luis Bonino, «Las microviolencias y sus efectos, claves para su detección», *Rev. Argentina de Psicología clínica*, núm. 8, 1999.

diferencial o los factores de riesgo diferenciales (como ocurre con el cáncer de mama o los problemas cardiovasculares). Pero también se pueden realizar sesgos en el momento de hacer las exploraciones o diagnósticos, así como en la forma en que se realizan los tratamientos, sea porque se medicaliza lo que no existe (medicalizando, por ejemplo, procesos fisiológicos que podrían ser abordados con cambios en los hábitos de conducta o los hábitos de vida) o porque a veces no se trata de forma correcta lo que sí existe en la patología, lo que hemos llamado «morbilidad diferencial».

¿Qué violencias se establecen en la investigación biomédica? Por un lado, el hecho de que continúen perpetuándose los estereotipos de género tratando todo lo que se refiere a la mujer como inferior o poco importante, o silenciando las quejas o los síntomas que se expresan en el mismo acto médico. Por otro lado, el intento de controlar, manipular o introducir fármacos en el cuerpo de la mujer sin que haya evidencias científicas de que éstos puedan producir mejoras en la salud de las mujeres.

Asimismo, la falta de mujeres en las cohortes de investigación de los principales estudios de mortalidad, de factores de riesgo, de diferentes enfermedades (como las cardiovasculares o los distintos tipos de cáncer, no sólo el de mama), produce ausencia de ciencia y en cierto modo ejerce una forma de violencia, como el no valorar las condiciones de vida y trabajo y la sobrecarga psicosocial. O el que no se investiguen de forma rigurosa todas las enfermedades que afectan prioritariamente a las mujeres o que no se estudien con evidencia clara los fármacos que se les aplican o las terapias preventivas y vacunas que les quieran administrar.

VIOLENCIAS EN EL ACTO MÉDICO

Hemos podido analizar cuatro tipos de violencia que favorecen los estereotipos de género antes citados. En primer lugar, la limitación de la comunicación que hace más invis-

bles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo potencia la inferioridad); el aislamiento del exterior por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas, y por lo tanto, se la puede poseer y controlar de forma más directa. Y, por último, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma. Estas cuatro violencias se pueden comparar con las que se establecen en la violencia de género en las relaciones de pareja, en la que también existe un proceso de limitación de la comunicación, relación de superioridad, aislamiento del exterior y destrucción de la persona, que se convierte de ser humano en víctima que no puede tomar decisiones³.

Limitación de la comunicación

La doctora Pilar Babi, médica de atención primaria con larga experiencia profesional, reflexiona sobre la relación terapéutica:

La verdad de los y las pacientes se pone en entredicho, a mi modo de ver, de varias formas: dudando de su capacidad de percibir e interpretar su cuerpo, trasladando de inmediato la expresión subjetiva en expresión supuestamente objetiva, traduciendo muy a la ligera el lenguaje en jerga técnica, los síntomas en signos. Esto, por supuesto, no se recomienda en ningún manual. El desdén se aprende por contagio, por lo implícito y a través de las ausencias. Claro está que el enfermo o la enferma a me-

nudo se equivoca en la interpretación de sí, a veces desconoce aspectos importantes de su enfermedad y en ocasiones —pocas— simplemente miente. No se trata de hacer una oda romántica de los y las pacientes, sino de quitarse de la cabeza que de un lado está el conocimiento veraz —de nuestro lado— y de otro el conocimiento tosco y hasta pusilánime —del suyo⁴.

Las formas de expresar el desdén y las ausencias pueden ser diversas. Por ejemplo, no levantarse de la silla o no estrechar la mano del paciente o la paciente cuando entra en la consulta, de forma que ya de entrada la paciente se siente rechazada o al menos no acogida en la relación que ha de establecer en aquel momento. No se mira a los ojos de la persona con la que se habla; este proceso ha empeorado desde que se obliga a los médicos y médicas de atención primaria a utilizar la pantalla del ordenador constantemente, en lugar de atender y mirar a la paciente que tiene delante y escuchar lo que le ha de plantear o al menos dirigirle la mirada. Otro aspecto de la limitación de la comunicación es precisamente no atender de forma clara a las palabras que dirige la paciente, con lo que no se le escucha correctamente y tampoco se responde a sus preguntas. Es más, es muy frecuente que en una relación médico-paciente, cuando precisamente la programación del acto médico para los médicos es de cinco minutos por paciente, no se dé ningún espacio para las preguntas, con lo cual no sólo no puede preguntar sino que a veces tampoco se responde a sus preguntas. Además, se utiliza el lenguaje como un método de separación y control. Se puede emplear un lenguaje absolutamente técnico que el o la paciente no entiende, convirtiendo el lenguaje, como veremos más adelante, en un elemento de inferiorización y de yatrogenia.

³ Carme Valls-Llobet, «Violencia de Género», en *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.

⁴ Pilar Babi, «Primerísima Atención», *MYS*, núm. 16, 2005.

¿CÓMO SE MANIFIESTAN LAS RELACIONES DE SUPERIORIDAD E INFERIORIDAD?

En principio, se manifiestan evitando escuchar la experiencia o la narración de los síntomas que presenta la paciente. La escucha puede ser difícil porque las mismas pacientes no saben explicar su historia clínica en forma de relato o narración, sino que lo hacen a través de la descripción de síntomas dispersos, que a veces no tienen conexión entre sí. Y cuando se le pide a la paciente que relate en qué momento empezó el dolor o una determinada sensación de náusea, no puede especificarlo, ya que la instauración de muchas enfermedades es de forma insidiosa y el dolor atrofia las posibilidades de que pueda relatar cómo empezó.

Además se desoyen los síntomas de las pacientes, comparándolos con un supuesto diagnóstico ya establecido, con frases como por ejemplo «esto no lo puede dar». Otra manifestación de superioridad es marcar cierta separación o distancia, en la que el profesional no se levanta para poder realizar la exploración física. Hemos constatado en muchos actos médicos que se realiza el diagnóstico sin haber hecho ningún tipo de exploración a las pacientes, y también la descalificación o desvalorización de las aportaciones que la paciente realiza en el acto médico. Por último, también se dan las culpabilizaciones hacia la paciente, haciendo ver que es culpable de sus síntomas, que seguramente atribuyen a situaciones emocionales previas (sin haber sido explorada), con lo cual se deja a la paciente sin recursos, y el mismo médico se cierra las puertas a continuar investigando qué es lo que le está pasando a aquel ser humano.

Otro aspecto de aislamiento es la descalificación hacia otros profesionales en los que la persona confía, discutiendo su pericia a través de los mismos pacientes. Si una persona

ha puesto su confianza en algún otro profesional que en cierta manera le ha aliviado algún síntoma, pero necesita la ayuda de otro profesional, sea para pedirle análisis o para realizarle alguna exploración, es frecuente que éste se sienta atacado o violentado, e intente descalificar o romper la relación de confianza que ha establecido esta paciente con el primer profesional. Por otra parte, puede darse el caso de que se les nieguen las exploraciones, por ejemplo, aduciendo que «ya se hizo análisis hace un año, así que ya no necesita más» (paciente inmigrante sin papeles).

Si la paciente solicita que, dado que está cansada, se pueda incluir algún análisis sobre la ferropenia en su analítica de control, el médico puede contestar que «estos análisis no entran en el protocolo», y por lo tanto ella no entra en el protocolo que está establecido para estudiar no precisamente el cansancio, sino para hacer una vigilancia de la salud superficial y a la medida del varón.

En el aislamiento del exterior, a veces no se permiten preguntas cuando se ordena el tratamiento. Y en cambio el que al final es la o el paciente quien tendrá que tomar lo que se le ha prescrito.

No se utiliza habitualmente el consentimiento informado; por lo tanto, en algunos tratamientos que pueden ser perjudiciales, como por ejemplo la administración de anticonceptivos o de terapia hormonal sustitutiva, no se advierte a la paciente de los riesgos en los que puede incurrir. Nosotros proponemos desde el centro de análisis, desde el CAPS, que se aplique el consentimiento informado en todos los casos en que el tratamiento puede tener efectos secundarios, por lo que se da más información a la paciente para que pueda decidir qué es lo que tiene que hacer y esté informada sobre los efectos secundarios de lo que toma.

La institución del consentimiento informado ha sido suscitada por el desequilibrio de poder existente en

medicina entre médico y paciente, y ha asumido el valor no sólo deontológico jurídico, sino, también, simbólico, de instrumento apto para hacer más proporcional esta relación: auténtica participación y autonomía por parte del «sujeto más débil». Pero, desgraciadamente, el principio del respeto a la autonomía del paciente, en el que se basa el consentimiento informado, no ha sido asumido completamente en el contexto de la medicina. (...) ¿Estamos seguros de que el *consentimiento* significa (y comporta) la *decisión*? El término *consentimiento* remite a una dimensión poco activa, ante todo porque se da el consentimiento a opciones que otros establecen y que, posiblemente, no incluyen la *decisión* acorde con los valores de referencia y con la vivencia de la persona implicada. Algunas feministas diferencian el término «acción racional» del de autonomía, precisamente porque no expresa la amplia idea de libertad de todo tipo de opresión que se trata de obtener. Por esto sería más útil hablar de *decisión informada*⁵.

Estoy de acuerdo con Gaia Marsico en llamarle «decisión informada» porque debería ser un elemento de información para que las personas pudieran tomar las decisiones más adecuadas, y no para justificar a los profesionales, sino porque dado que hay intervenciones que conlleven riesgos, es preciso valorarlos con el máximo de libertad. Sin información veraz y con toda la carga encima de dolor, de exploraciones repetidas que no conducen a un diagnóstico y llenas de opiniones sanitarias diversas, no es extraño que las pacientes relaten que en su contacto con el sistema sanitario se sientan anuladas.

⁵ Gaia Marsico, *Bioética: voces de mujeres*, Madrid, Narcea, 2003, pág. 108.

LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE EL ABUSO EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El abuso en la asistencia sanitaria (del inglés «abuse in health care», AHC) es un área bastante nueva y complicada de investigación. Han sido una vez más los países nórdicos, y en concreto Suecia, los que han emprendido el estudio de las relaciones en el acto médico desde hace unos cuatro años, analizando si se modifican los derechos de los pacientes en la ética del acto médico, los derechos a la autonomía personal, a la no-perversión, a la justicia y a la integridad. La principal investigadora es Katarina Swahnberg, que ha trabajado en diversos cuestionarios para poder analizar cómo se ejercen las microviolencias en el acto médico y la percepción de las sensaciones de abuso en el mismo. En los estudios que está realizando desde el año 2003 en los Países Nórdicos, para saber si se han experimentado abusos en la asistencia sanitaria a lo largo de la vida, se ha informado de una prevalencia del 24 por 100 de casos en Dinamarca, del 25 por 100 en Finlandia, del 28 por 100 en Islandia, del 13 por 100 en Noruega y del 20 por 100 en Suecia⁶.

El NorViol Abuse Questionnaire (Nor AQ), que traducimos a continuación, encontró que un tercio de las pacientes que habían experimentado abusos en la asistencia sanitaria tenían antecedentes de abusos sexuales y/o físicos y emocionales durante la infancia, por lo que se podrían considerar revictimizadas.

Pero los dos tercios restantes lo eran por primera vez, por lo que Katarina Swahnberg entendió un estudio para hacer

⁶ B. Wijma, B. Schei, K. Swahnberg, M. Hilden, K. Offerdal y U. Piharinen, «Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a Nordic cross-sectional study», *Lancet*, 361, 2003, págs. 2107-2113.

un mapa de la prevalencia de abusos y variables asociadas entre nuevas víctimas y pacientes revictimizadas. Para ello envió un cuestionario a cinco clínicas de ginecología nórdicas⁷. La tasa de respuesta fue del 77 por 100 (n = 3.641 mujeres). La prevalencia total a lo largo de la vida de haber sentido abusos en la asistencia sanitaria fue del 13 al 28 por 100. Entre las nuevas víctimas, las variables asociadas fueron: alto nivel de educación, quejas físicas, síntomas de estrés posttraumático y problemas de sueño. La pobre salud autopercibida se asoció fuertemente con abusos en los tres grupos de mujeres. Pero su equipo valoró que las pacientes que habían con- testado afirmativamente en algunas de las tres últimas pre- guntas podrían haber sentido que se habían violado los princi- pios éticos de los derechos de los pacientes que deberían regir la práctica profesional de los sanitarios, por lo que desarrolla- ron el «Cuestionario sobre la Violación de los Principios Éti- cos», y para ello desarrolló un estudio para saber cuántas mu- jeres habían sentido que se violaban los principios éticos cuando eran atendidas por los servicios sanitarios, y qué rela- ción tenían estas percepciones con los abusos descritos en el Cuestionario de los Abusos (Nor AQ).

LA VIOLACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

El estudio de las percepciones de las personas asistidas a partir del cuestionario ViolEP («Violation of Ethical Princi- ples Study»)⁸, que evalúa la violación de los principios éti-

⁷ Katarina Swahnberg, Berti Schei, Malene Hilden, Erja Halmesma- ki, Katrine Sidenius, Thora Stengrimsdottir y Barbro Wijma, «Patient's experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and as- sociated factors in gynecological patients», *Acta Obstetrica et Gyneco- logica*, 86, 2007, págs. 349-356.

⁸ Katarina Swahnberg, Barbro Wijma y Per-Erik Liss, «Female pa- tients report on health care staff's disobedience of ethical principles», *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 2006, págs. 830-836.

TABLA 3
Cuestionario sobre abusos

ABUSO EMOCIONAL	
Abuso medio	¿Ha experimentado que alguien sistemáticamente y por un largo periodo de tiempo trata de reprimirla, degradarla o humillarla?
Abuso moderado	¿Ha experimentado que alguien sistemáticamente y con amenazas o por la fuerza trate de limitar sus contactos con otros o controle totalmente lo que usted puede y no puede hacer?
Abuso grave	¿Ha experimentado vivir con miedo porque alguna persona o alguien cercano la ha amenazado sistemáticamente y por un largo periodo de tiempo?
Abuso medio	Abuso físico
Abuso moderado	¿Ha experimentado que alguien la golpea, le da una bofetada y la coge firmemente contra su voluntad?
Abuso grave	¿Ha experimentado que alguien la golpea con sus puños o con un objeto duro, que le da patadas, que la empuja violentamente, que le da una paliza o una zurra o algo similar?
Abuso medio, sin contacto genital	¿Ha experimentado que alguien amenace su vida, tratando de estrangularla, o mostrándole un arma o un cuchillo, o con otro acto similar?
Abuso medio, sin contacto genital	ABUSO SEXUAL
Abuso medio, sin contacto genital	¿Alguien contra su voluntad le ha tocado partes de su cuerpo que no eran los genitales de una «manera sexual» o ha sido forzada a tocar el cuerpo de otro u otra de «manera sexual»?

Abuso medio, humillación sexual/emocional	¿Ha sido sexualmente humillada de alguna otra forma; por ejemplo, siendo forzada a mirar una película porno contra su voluntad, forzada a participar en una película porno o similar, forzada a mostrar su cuerpo desnudo, o ha sido obligada a mirar cuando alguien más mostró su cuerpo desnudo?
Abuso moderado, y contacto genital	¿Alguien contra su voluntad le ha tocado sus genitales, usado su cuerpo para su satisfacción sexual o le ha forzado a tocar los genitales de alguien más?
Abuso severo, con penetración	¿Ha puesto alguien contra su voluntad su pene en su vagina, boca o recto, o tratado de poner? ¿Han puesto o tratado de poner un objeto u otra parte del cuerpo en su vagina, boca o recto?
Abuso medio	ABUSO EN ASISTENCIA SANITARIA ¿Se ha sentido alguna vez ofendida/o o fuertemente degradada/o mientras ha estado atendida/o en servicios sanitarios, ha sentido que alguien ha ejercido algún tipo de extorsión, o no ha mostrado respeto por su opinión, de tal forma que usted se sintió más tarde alterada/o o sufrió por esta experiencia?
Abuso moderado	¿Ha experimentado alguna vez que un acontecimiento «normal», mientras está visitando los servicios sanitarios, se convierte de pronto en una experiencia terrible e insultante, sin que usted sepa plenamente cómo ha podido ocurrir?
Abuso grave	¿Ha experimentado que alguien de los servicios sanitarios —a su modo de entender— le está perjudicando física o mentalmente, la perturba enormemente y usa su cuerpo y su posición subordinada como desventaja para sus propios objetivos?

CONTESTE ALTERNATIVAS (las mismas para cada pregunta)

Diga si ha experimentado alguno de estos acontecimientos marcando un número para cada respuesta:

1 = No

2 = Sí, cuando era niño/a (< 18 años)

3 = Sí, cuando era adulta/o (> de 18 años)

4 = Sí, cuando era niño/a y como adulto/a

cos, detectó que la mayoría de mujeres que contestaron la encuesta (un 73 por 100) han experimentado que los profesionales sanitarios han incumplido algunos de los principios éticos como la autonomía, la justicia, la integridad y el respeto sin perversión, principios que deben presidir siempre las relaciones sanitarias. Más de la mitad de las personas encuestadas lo han percibido como violaciones a los principios éticos (el 68 por 100). También la existencia de antecedentes personales con abusos sexuales, físicos o emocionales en la infancia se ha valorado como un factor de riesgo para ser victimizado en la asistencia sanitaria.

TABLA 4
Cuestionario para explorar violencia en atención sanitaria
(Katarina Swahnberg)

Ejemplos de violaciones del principio de autonomía:

- ¿Usted no ha estado informada/o adecuadamente?
- ¿Le han dado bastante tiempo para considerar todas las opciones?
- ¿Le han preguntado su opinión?
- ¿Su opinión ha sido reconocida y valorada?
- ¿Se le ha permitido tomar parte en las decisiones?
- ¿Ha sido escuchada/o?
- ¿Se ha sentido forzada/o a aceptar un tratamiento o una prueba contra su voluntad por miedo al maltrato del profesional si no lo hacía?
- ¿Algún otro problema similar?

Ejemplos de violaciones del principio de respeto:
Respeto físico:

- ¿La/lo mantuvo en una postura determinada en contra de su voluntad?
- ¿Le realizaron un examen o un tratamiento de una manera ruda?
- ¿Le continuaron practicando una exploración a pesar de sus protestas?
- ¿La/lo golpearon o la/lo amenazaron con golpearla/o?
- ¿Otro problema similar?

Respeto sexual:

- ¿La/lo miraban mientras se vestía o desvestía en lugar de ofrecerle hacerlo en privado?
- ¿Escuchó comentarios o críticas en tono sexual sobre su cuerpo o su ropa interior?
- ¿Flirteó o le habló en tono seductor?
- ¿Le habló de sus propias fantasías sexuales?
- ¿Le realizaron una exploración que usted apreció que tenía connotaciones sexuales?
- ¿Le tocaron de forma sexual sus pechos, genitales externos y otras partes de su cuerpo?
- ¿Le solicitaron que se masturbase o que mirara cómo él/ella se masturbaba?
- ¿Le ofrecieron iniciar una relación sexual con usted?

Ejemplos de violaciones del principio de justicia:

- ¿Se permitió a otros pacientes que pasaran delante de usted en la cola de espera sin que existiera una razón?
- ¿No le dieron la asistencia que usted pensaba que tenía derecho a tener?
- ¿Otras similares?

Ejemplos de violaciones del principio de integridad:

- ¿Se burlaron de usted?
- ¿Se sintió humillada/o?
- ¿Sintió que sus sensaciones eran abandonadas y olvidadas?
- ¿Violaron el secreto profesional respecto a usted?

Las mujeres que contestaron el cuestionario relataban las cotas más altas de sufrimiento en relación con la violación de los principios de respeto físico y sexual, así como el de integridad. Casi todas las mujeres que habían sentido abusos en la asistencia sanitaria habían percibido violaciones en los principios éticos. Pero unas 120 mujeres, que no habían contestado afirmativamente en el cuestionario de abusos general, dieron respuestas afirmativas cuando vieron que se trataba de la violación de principios éticos. Las cosas aquellas conductas que por frecuentes ya consideran «normales», como que no se les escuche en el acto médico, o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias. Sin embargo, las pacientes perciben como violación una exploración con connotaciones sexuales o la violación del secreto profesional. Todas las pacientes que informaron de estas experiencias las habían percibido como violaciones.

La existencia de una violencia cultural da soporte y legitima la violencia directa y la estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Por ejemplo, los profesionales sanitarios desobecen muchas veces los principios éticos, pero no se dan cuenta de ello y no siempre son percibidos como violaciones por las/los pacientes. Katarina Swahnberg argumenta que ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas en los ejemplos del cuestionario, porque los dos grupos están sometidos a la violencia estructural.

atención, para controlar el gasto, pero también para hacer creer que todas las personas son iguales y van a necesitar las mismas exploraciones, contribuye a la sensación de ser ignoradas. Cuando una paciente solicita que se incluya alguna prueba más, o cuando la quiere incluir el mismo profesional sanitario, lo más probable es que la respuesta sea «que su caso no entra en el protocolo», y queda su vida, su dolor y su cansancio en el terreno de nadie.

También el hecho de haberse tenido que desplazar a lo largo de varios departamentos, realizarse pruebas y pasar mucho tiempo entre el proceso de exploración y el diagnóstico hace que las mujeres se sientan mal comprendidas e ignoradas. Algunas mujeres han relatado que están convencidas de que el personal sanitario no conoce los derechos de los pacientes, y han descrito la sensación de ser ignoradas, de ser percibidas como un objeto y de ser tratadas como una cosa sin ningún sentimiento.

La experiencia de falta de atención o cuidado es la pérdida de soporte emocional y de tiempo para hablar, lo que conlleva la aplicación de tratamientos que son considerados injustos por parte de las usuarias. Por ejemplo, si las pacientes se presentan con dolor, las exploraciones puede que sean también dolorosas, y en cambio, las pacientes relatan que no se les explica cuáles serán los procedimientos que se van a seguir o si se pueden hacer con algún tipo de anestesia. Se producen entonces exploraciones que pueden ser dolorosas, sin haber valorado conjuntamente el proceso de intervención. La falta de atención o cuidado se ha descrito también como «tomar el camino más fácil», que se da cuando los profesionales sólo proporcionan una explicación muy simplificada, además de realizar una exploración que puede producir más problemas a la paciente. El «camino más fácil» es el que se toma cuando se atribuyen los síntomas al tiempo atmosférico, al cansancio, incluso al mismo estrés de la mujer sin explorarla a fondo, o el que se toma cuando se realiza la exploración sin utilizar alguna prueba adecuada o

utilizando un mínimo análisis, ignorando otras exploraciones que podrían ser necesarias, pero con las que se tarda mucho más tiempo en conseguir el diagnóstico. Las personas que han experimentado falta de atención y que han respondido al cuestionario se sienten abandonadas, sin haber recibido la información adecuada y sin haber sido informadas del procedimiento que ha de seguirse para una operación quirúrgica o exploración compleja. En consecuencia, algunas exploraciones fueron totalmente incomprensibles para las pacientes, puesto que no entendían la utilidad de una intervención que podía ser agresiva, o que ellas percibían como agresiva.

La falta de empatía

El desdén y la arrogancia constituyen una falta de empatía por parte del personal sanitario, y se han descrito como una experiencia espantosa por parte de las pacientes. Esta actitud oscila entre la insensibilidad y la inflexibilidad, hasta la imposición de la fuerza y la manifestación de hostilidad.

La falta de empatía se ha descrito como una forma brusca, ruda y amenazante de imponer los tratamientos, que puede incluso evocar sensaciones de malestar y terror por parte de las pacientes. Se han conocido ejemplos diversos, como el de un ginecólogo que, ante las dificultades que tenía para realizar el examen, gritó a la paciente que por qué contraía la vagina, pues no podía realizar la exploración como él deseaba. La mujer se sintió insultada por el trato y las palabras que le dirigió el especialista calificando sus genitales y sus hábitos sexuales. Cuando ella no quiso cooperar, el ginecólogo la amenazó diciéndole que tendría que usar instrumentos aún más potentes para poder realizar el examen. La paciente terminó tan aterrorizada que no pudo terminar la prueba. Posteriormente, en otro hospital y con anestesia, se le diagnosticó un cáncer. Ella relata que fue tratada «como una vaca».

Cuando se analizan estas categorías (sensación de pérdida de poder, de ser ignoradas, de falta de atención hacia las pacientes y de ausencia de empatía por parte del personal sanitario), las mujeres expresan sensaciones que fueron causadas por interacciones verbales y no verbales con los profesionales sanitarios que las atendieron. Las cuatro categorías se solapan, pero cada una de ellas podría ser vista como una posible entrada en un círculo vicioso que conduce a un estado de anulación.

Por lo tanto, ¿qué es un abuso en la asistencia sanitaria? En las entrevistas parece obvio que ser anulada es un estado de pérdida de dignidad, de frustración y ansiedad que crea sufrimiento personal. Las mujeres vuelven a sentir un padecimiento intenso y habitual en las entrevistas, aunque el acontecimiento hubiera pasado muchos años antes. Es una sensación que queda en sus mentes y que pueden repetir con todo lujo de detalles. En este estudio de la profesora Swahnberg y colaboradores se ha utilizado la «Grounded Theory», un método cualitativo para recoger y analizar datos con el objetivo de desarrollar observaciones empíricas o marcos teóricos que sean transferibles de un grupo de personas a otro. Esta teoría es utilizada para explorar las interacciones sociales entre humanos. Su punto de partida es que hay semejanzas entre las experiencias vitales de muchas personas. En su estudio, las coincidencias ya en los primeros momentos de todas las entrevistas indican que hay muchas similitudes entre las experiencias de las mujeres en relación con los abusos de la asistencia sanitaria, a pesar de su diferente procedencia y formación. La interpretación de la autora ha sido que las mujeres que han participado en el estudio cualitativo han accedido a sus recuerdos de abuso en la asistencia sanitaria, y que los detalles de sus historias estuvieron en concordancia en todas las partes, con su respuesta emocional en el momento en que se realizó el abuso, así como en la situación que se desarrolló en el momento de la entrevista.

Lillrank¹⁰ encontró que la dicotomía cuerpo-mente que todavía persiste en la ciencia biomédica anula las experiencias subjetivas de los y las pacientes. Por ejemplo, un dolor de espalda que no haya sido diagnosticado puede llegar a generar un estigma para aquella persona. Ser anulado o anulada implica una pérdida de autonomía y de dignidad humana y crea un sufrimiento personal. Por lo tanto, la asistencia sanitaria es un lugar donde el cuidado y la falta de cuidado coexisten, y donde los pacientes pueden ser ayudados o anulados. Esto es una paradoja: las interacciones médicas, que son esenciales para la salud de los pacientes, a veces pueden producir una destrucción de la salud y del bienestar. Para comprender cómo es posible esta paradoja, tenemos que examinar las estructuras de la asistencia sanitaria y las relaciones de poder que se establecen entre los profesionales, así como la pérdida de éste por parte de los pacientes.

El poder ha sido un tema central en el estudio de la profesora Swahnberg, y la pérdida de éste se ha descrito como «no tener voz». Aunque las mujeres habían sufrido abusos en la asistencia sanitaria, ellas no lo habían explicado a sus ginecólogos y ginecólogas, ni a sus profesionales de atención primaria, de modo que los posibles abusadores o abusadoras podían no darse cuenta de lo ocurrido. Este silencio mutuo es característico de la violencia estructural, que es un proceso silencioso que impide a los individuos darse cuenta de sus plenos potenciales psicológicos y psicosomáticos. Anular a los y las pacientes es una forma extrema de violencia estructural.

Pero muchos profesionales son cada día más conscientes de lo que supone atender el organismo de otros seres humanos y de que no son omnipotentes, pero sí pueden ser respe-

¹⁰ A. Lillrank, «Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives», *Soc Sci Med*, 57, 2003, págs. 1045-1054.

tuosas/os y saber decir que no saben cuando se les pregunta por lo que les está pasando. Por ello quiero reproducir aquí las palabras de una excelente médica de atención primaria, la doctora Pilar Babi, que en su práctica clínica profesional, y a pesar de las limitaciones del tiempo para cada paciente, intenta hacer una práctica ética, como la de otros miles de profesionales que también en silencio la mantienen a pesar de las dificultades.

Mi osadía

Hablar del cuerpo, yo que no soy filósofa ni tengo erudición alguna, me parece una osadía. Y, sin embargo, en mi condición de médica trato constantemente con él.

Cuando una paciente o un paciente me dice «quiero que me atienda usted porque usted entiende mi cuerpo», me recuerda por un lado uno de los mayores retos de la medicina, atender cuerpos, y me ofrece, por otro, un precioso regalo de confianza.

Es desde ese trato con los cuerpos, con el mío también, desde donde me propongo decir algo.

Del cuerpo que es para mí—y creo que es experiencia común—«un poco otro». Porque yo soy mi cuerpo y a la vez no lo soy del todo, ni solamente. La existencia encarnada, la conciencia encarnada o el cuerpo que se sabe cuerpo y que se sabe más, se vuelve otro... enigmático, casi extraño. Se vuelve otra cosa que, para ser visible, precisa alguna forma de mediación—la de la palabra sí, aunque hay otras—y alguna forma de relación. Alguna forma pero no cualquiera. No todo vale porque lo que está en juego es la vida misma.

Mi cuerpo y yo se viven a menudo de forma dicotómica, y ¡qué fácil entonces que se jerarquice esta vivencia! Se entroniza el yo y deja al cuerpo subalterno, problemático, distante, observable... Hay otros modos de salir al encuentro entre mi cuerpo y eso que llamo «yo». Un encuentro que ha de ser obligadamente amoroso para que la jerarquía dé lugar a la entrega, a la adoración,

a la alegría o al dolor y a la distancia cuando de seguro llegan.

Experimentamos esto en muchas ocasiones, pero en algunos momentos, en algunos pasajes—en el sentido que Luisa Muraro le da a esta palabra *pasaje* como de pasar a través de algo, como de nacimiento de algo—, hacen que el abismo entre mí y mí pueda ser mayor. La enfermedad es uno de esos momentos. Como si de una bisagra por la que me doblo sobre mí misma se tratara, me confronto otra vez y me miro nuevamente.

Que esa mirada sea una oportunidad o una condena depende más que de la enfermedad, que también por su puesto, del sentido que le demos a lo que podemos ver, a lo que podemos vivir. Ésta es mi propuesta, ésta es mi osadía: que el encuentro con mi cuerpo de mujer—tanto si el cuerpo está sano como si está enfermo—sea un espacio de sentido, un espacio de libertad.

EL LENGUAJE COMO YATROGENIA

El lenguaje verbal y el no verbal pueden llegar a ser instrumentos de control de los pacientes, porque las mismas personas que realizan el acto médico pueden, de forma inconsciente, aplicar un lenguaje que destruya la relación con la paciente y producir más dolor del que deseaban aliviar. Por ejemplo, se le puede decir «esta exploración refleja que usted tiene una enfermedad muy grave». O en el caso real de una mujer con problemas de columna vertebral desde la infancia, pero que había desarrollado una vida profesional y personal de buena calidad, al relatar dolor en la columna a los 60 años, su traumatólogo le dijo: «Estarás peor siempre. No se puede hacer nada», dejándola sin recursos y sin siempre en un primer momento. Siempre y nada, dos palabras que hay que cambiar en el vocabulario de la medicina del anti-poder, destructivo, porque podemos casi siempre hacer alguna cosa para paliar, aliviar y cambiar.

La destrucción de la persona que se llega a convertir en una enferma en lugar de tener una enfermedad se puede producir a través del lenguaje: «Esta radiografía es como la de una mujer de 70 años», cuando la paciente tiene 45, con lo cual sólo esta frase ya ha condicionado todo un imaginario para esta persona, que la deja sin recursos, ya que de golpe ha envejecido 25 años sin que realmente en su cuerpo sea así. O también atribuir toda la sintomatología, que a veces puede ser diversa y dispersa, a «su enfermedad no tiene ninguna solución ni ningún tratamiento, porque en realidad es una enfermedad incurable denominada fibromialgia, que no sabemos de dónde viene y que no tiene tratamiento... pero a pesar de ello, le debo dar psicofármacos, ansiolíticos, antidepressivos y algún parche de morfina, para que usted pueda poner ciertas barreras al dolor, aunque no le puedo asegurar que este tratamiento le mejore».

Porque cuando a una mujer que tiene dolor y molestias intestinales se le diagnostica fibromialgia sin levantarse de la silla, nadie piensa que sus problemas se agudizan porque su marido está en crisis laboral, con graves problemas económicos, y ella sufre de «problemas en el estómago y diarrea cuando el marido le explica los suyos».

También considerar que no podemos prevenir ni paliar las enfermedades da al traste con todos los factores de riesgo. Por ejemplo, cuando un ginecólogo que asiste a una mujer que ha tenido siempre una fibroquística severa y la quiere convencer de que tome terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, para vencer su miedo a que le pueda perjudicar a largo plazo, le lanza una afirmación categórica: «Si has de tener un cáncer de mama, lo tendrás igual.»

Creo que es necesario que desvelemos también este lenguaje oculto que hace enfermar. Todos los silencios de las mujeres que han vuelto a casa con la amargura de haberse sentido incomprendidas y además humilladas deben convertirse en palabras, para que el sufrimiento no se quede dentro y para que podamos escribir un libro entero de la yatrogenia

verbal que las ha enfermado y frente a la que sólo podían poner la indefensión aprendida.

La ausencia de la voz y de la experiencia de las mujeres en la construcción de la clínica y en la definición de salud sólo se podrá superar con la incorporación de las palabras de las mujeres al lenguaje de la medicina. La paciente existe, pero quizás la sujeta paciente no, por eso me da luz para acabar este capítulo, en el que resumo una experiencia personal y una experiencia nórdica, las palabras de María Milagros Rivera:

La sujeta paciente no existe en la gramática. Porque a ella, a ese sexo que no es ni uno ni dos, no le gusta la fragmentación prevista por los nexos gramaticales. Le gusta, en cambio, juntarlo todo, concordar contrarios, dar y recibir, llevar y traer, actuar y padecer, trabajar y descansar, simultáneamente si es posible. Por eso ella, cuando escribe, no es para distinguir si es ella la que trabaja con las palabras o si son las palabras las que trabajan en ella, dejándola descansada¹¹.

¹¹ Lía Cigarini, Luisa Muraro y María Milagros Rivera Garretas, *El trabajo de las palabras. Una creación inacabada nacida de la relación entre mujeres*, Madrid, Horas y Horas, 2008.

de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) (...). Hay que decir, sin embargo, que incluso sin la vacuna, habría que mejorar radicalmente la prevención secundaria actual. Debido a la ausencia de evaluación sistemática por parte de las administraciones sanitarias públicas españolas, ninguna de las cuales ha organizado un programa de cribado poblacional, se practican muchas citologías a mujeres con poco riesgo, mientras que las expuestas a un riesgo mayor son objeto de menos diagnósticos precoces. Es, pues, una intervención ineficiente, poco o nada equitativa y, lo que todavía es peor, colectivamente insegura debido a la yatrogenia que fomenta entre las personas con resultados falsamente positivos, algunos de los cuales son atribuibles a la baja prevalencia de las lesiones en España y a las limitaciones intrínsecas de la prueba de Papanicolaou, pero otras resultan del poco control de calidad de su aplicación.¹⁰

Si el problema de salud pública era otro, ¿por qué apresurarse tanto para introducir una vacuna cara, que no soluciona el problema de la equidad en la prevención secundaria? ¿Quién tenía prisa por vacunar a toda la población posible? Aunque se ha vacunado a las niñas desde hace tres años, se ha propuesto ya la vacunación de los niños, a 400 euros las tres dosis. Podemos observar fácilmente quién es el beneficiado.

El doctor Carlos Ponte, médico de la Asociación por la Defensa de la Salud Pública, afirmaba en septiembre de 2008:

También en la medicina preventiva hay conflictos de mercado y grandes intereses económicos en juego. En este contexto, no deja de llamar la atención que todos los políticos, desde el Ministro hasta el último de los consejeros de salud de las autonomías, hayan cerrado filas en apoyo de la vacunación, en vez de apostar por una estrategia segura y eficaz de hacer accesible la citología a todas las mujeres.

Para entender a los políticos hay que conocer las presiones que están en juego: el poder de la farmacéutica Merck, que comercializa la vacuna Gardasil en España y que, por cierto, ha tenido que pagar indemnizaciones multimillonarias por los efectos adversos de otro medicamento (Vioxx) que tuvo que ser retirado del mercado. Hay también una desiluyente tendencia hacia el clientelismo. Basta con que Esperanza Aguirre amenace con pagar la vacuna en su Comunidad, para que los socialistas se apresen a vacunar, temerosos del debate y cómodos en el discurso populista. Miles de profesionales de la salud en España pedimos una mortaja para esta vacuna (<http://www.caps.cat/>) porque mientras se desarrollan las investigaciones, tanto sobre eficacia como seguridad, como afirma la doctora Diane Harper (investigadora de la vacuna): «Vacunar hoy a las niñas es el mayor experimento de salud pública.» Queremos recordar a las autoridades sanitarias que la prioridad es asegurar la citología a todas las mujeres en el sistema sanitario público y una educación sexual, que implique a los hombres, que promueva el preservativo, para evitar la transmisión de ésta y otras infecciones de transmisión sexual.¹¹

Un grupo de profesores, epidemiólogos y clínicos pidieron la moratoria que cita el doctor Ponte¹² y que ha recibido más de 8.000 firmas de apoyo, solicitando que se evalúe el costo/beneficio, así como que se haga un seguimiento de las niñas vacunadas y se informe adecuadamente a la población. La propaganda sobre la vacuna se hizo de forma tan sesgada que se llegó a afirmar que «curaba» el cáncer de cérvix, por lo que muchas madres y padres creyeron de buena fe que servía para la curación. (Más detalles de todo el proceso de la vacuna y de la información que se actualiza continuamente se pueden consultar en la web del CAPS)¹³.

¹⁰ Andreu Segura, «Pros y contras de una vacunación», *El País*, 11 de septiembre de 2007, pág. 43.

¹¹ Carlos Ponte Mittelbrunn, «Acercas de la vacuna del VPH. Más no es necesariamente mejor», *La Nueva España*, 18 de septiembre de 2008.

¹³ www.caps.cat.

Pero aparte de que todo el proceso con poca evidencia científica se haya dirigido a niñas de 10 y 11 años, antes incluso de que nadie haya hablado con ellas de las relaciones sexuales, otro sesgo de género lo hemos vivido en España, cuando se ha etiquetado como «histéricas» a las niñas de Valencia que padecieron convulsiones después de haber recibido la segunda dosis de la vacuna y esta «resolución» se envió por carta a la mayoría de médicos de España.

Esta conclusión del denominado «Congreso de expertos» que se realizó en Lyon, pagado por los laboratorios que fabrican los dos tipos de vacuna comercializados en España, de que las dos niñas padecían una histeria de conversión o convulsiones de tipo psicógeno, nos hizo revisar la literatura científica para saber si había algún tipo de prueba o determinación que pudiera diferenciar una convulsión psicógena de una orgánica.

La consulta a un tratado básico de Medicina Interna¹⁴ nos aclara que a veces es difícil distinguir las convulsiones orgánicas, sobre todo las crisis parciales complejas que provienen del lóbulo frontal, de las psicógenas, porque incluso pueden cursar con los electroencefalogramas convencionales normales. Recomendaba la determinación de la prolactina sérica, que aumenta durante los 30 minutos poscrisis convulsiva, mientras que en las psicógenas no lo hace. A. K. Shah *et al.*¹⁵ confirmaron esta teoría en 2002.

Demostaron que las crisis orgánicas se asociaban a un incremento de la prolactina del doble del basal, con un valor predictivo de esta determinación de un 96 por 100 en caso de ser positiva. Por lo que hemos podido saber, las niñas de Valencia aumentaban más del doble los niveles de prolactina

¹⁴ Daniel H. Lowenstein, en *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17.^a ed., 2008, pág. 2506.

¹⁵ A. K. Shah *et al.*, «Peripheral WBC count and serum prolactin level in various seizure types and nonepileptic events», *Epilepsia*, 32 (11), 2001, págs. 1472-1475.

después de la convulsión. Por lo tanto, se trata de convulsiones orgánicas y no psicógenas o histéricas, que se iniciaron después de la segunda dosis de vacuna VPH.

La medicina basada en la evidencia puede ayudar a hacer diagnósticos y dejar de lado las opiniones más o menos interesadas. El diagnóstico de histeria cuando no se sabe qué decir ni diagnosticar nos retrotrae a periodos oscurantistas a los que no deberíamos volver en el siglo XXI, y menos para diagnosticar una vez más con reduccionismo etiológico a niñas y mujeres.

MEDICALIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Hemos visto hasta aquí la medicalización y el desconcierto en la aplicación de medidas preventivas dirigidas a las mujeres, pero dada la práctica creciente de no considerar los factores de riesgo como tales riesgos que prevenir, sino como enfermedades que tratar, hemos de hacer una reflexión breve sobre el alto consumo de medicamentos para combatir un factor de riesgo cardiovascular: el colesterol. El consumo de fármacos que disminuyen los lípidos, en especial las estatinas, se ha convertido en el segundo fármaco que incrementa el gasto de farmacia que pagamos entre todos, después de los psicofármacos, en los últimos cinco años.

Que el colesterol puede ser un factor de riesgo para las arterias es cierto, pero ¿sólo podemos combatir este riesgo con un medicamento?, y ¿este medicamento es realmente útil?, ¿puede tener efectos secundarios? ¿Tiene efectos positivos en mujeres?

La Guía del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol, que se publicó en Estados Unidos en 2004, recomendaba utilizar estatinas no sólo para las personas que tenían enfermedad cardíaca, beneficio que ha sido probado, sino para las que supuestamente tuvieran un «moderado riesgo» de desarrollarla. La guía condujo a que 23 millones de americanos más tomaran estatinas para el resto de sus vidas,

Pero aparte de que todo el proceso con poca evidencia científica se haya dirigido a niñas de 10 y 11 años, antes incluso de que nadie haya hablado con ellas de las relaciones sexuales, otro sesgo de género lo hemos vivido en España, cuando se ha etiquetado como «histéricas» a las niñas de Valencia que padecieron convulsiones después de haber recibido la segunda dosis de la vacuna y esta «resolución» se envió por carta a la mayoría de médicos de España.

Esta conclusión del denominado «Congreso de expertos» que se realizó en Lyon, pagado por los laboratorios que fabrican los dos tipos de vacuna comercializados en España, de que las dos niñas padecían una histeria de conversión o convulsiones de tipo psicógeno, nos hizo revisar la literatura científica para saber si había algún tipo de prueba o determinación que pudiera diferenciar una convulsión psicógena de una orgánica.

La consulta a un tratado básico de Medicina Interna¹⁴ nos aclara que a veces es difícil distinguir las convulsiones orgánicas, sobre todo las crisis parciales complejas que provienen del lóbulo frontal, de las psicógenas, porque incluso pueden cursar con los electroencefalogramas convencionales normales. Recomienda la determinación de la prolactina sérica, que aumenta durante los 30 minutos poscrisis convulsiva, mientras que en las psicógenas no lo hace. A. K. Shah *et al.*¹⁵ confirman esta teoría en 2002.

Demostaron que las crisis orgánicas se asociaban a un incremento de la prolactina del doble del basal, con un valor predictivo de esta determinación de un 96 por 100 en caso de ser positiva. Por lo que hemos podido saber, las niñas de Valencia aumentaban más del doble los niveles de prolactina

¹⁴ Daniel H. Lowenstein, en *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17.^a ed., 2008, pág. 2506.

¹⁵ A. K. Shah *et al.*, «Peripheral WBC count and serum prolactin level in various seizure types and nonepileptic events», *Epilepsia*, 32 (11), 2001, págs. 1472-1475.

después de la convulsión. Por lo tanto, se trata de convulsiones orgánicas y no psicógenas o histéricas, que se iniciaron después de la segunda dosis de vacuna VPH.

La medicina basada en la evidencia puede ayudar a hacer diagnósticos y dejar de lado las opiniones más o menos interesadas. El diagnóstico de histeria cuando no se sabe qué decir ni diagnosticar nos retrotrae a periodos oscurantistas a los que no deberíamos volver en el siglo XXI, y menos para diagnosticar una vez más con reduccionismo etiológico a niñas y mujeres.

MEDICALIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Hemos visto hasta aquí la medicalización y el desconcierto en la aplicación de medidas preventivas dirigidas a las mujeres, pero dada la práctica creciente de no considerar los factores de riesgo como tales riesgos que prevenir, sino como enfermedades que tratar, hemos de hacer una reflexión breve sobre el alto consumo de medicamentos para combatir un factor de riesgo cardiovascular, el colesterol. El consumo de fármacos que disminuyen los lípidos, en especial las estatinas, se ha convertido en el segundo fármaco que incrementa el gasto de farmacia que pagamos entre todos, después de los psicofármacos, en los últimos cinco años.

Que el colesterol puede ser un factor de riesgo para las arterias es cierto, pero ¿sólo podemos combatir este riesgo con un medicamento?, y ¿este medicamento es realmente útil?, ¿puede tener efectos secundarios? ¿Tiene efectos positivos en mujeres?

La Guía del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol, que se publicó en Estados Unidos en 2004, recomendaba utilizar estatinas no sólo para las personas que tenían enfermedad cardíaca, beneficio que ha sido probado, sino para las que supuestamente tuvieran un «moderado riesgo» de desarrollarla. La guía condujo a que 23 millones de americanos más tomaran estatinas para el resto de sus vidas,

rad de Medicina de París realizó contra una mujer sanadora, a la que consideraban usurpadora del poder médico:

el juicio contra Jacoba Félicie permite descubrir una realidad que, oculta en otras lecturas, ofrece la posibilidad de dotar de significación histórica a formas de relación que estructuran la disparidad original del encuentro sanadora/paciente desde el reconocimiento de autoridad y no, como tradicionalmente se ha hecho, colocando al poder en el centro del análisis⁷.

¿PODEMOS HACER ALGO PARA INTENTAR CAMBIAR ESTE PROYECTO ASISTENCIAL ESTEREOTIPADO?

Judith Butler nos propone intervenciones a niveles político y social, que impliquen acciones y un trabajo continuado para intentar cambios en las instituciones, en la organización sanitaria y en el corazón mismo de la investigación y de la docencia en las Facultades de Medicina, de Enfermería y de Psicología:

A continuación, voy a argumentar que la teoría es en sí misma transformadora, así que lo afirmo ya de entrada. Pero también debe tenerse en cuenta que yo no creo que la teoría sea suficiente para la transformación política y social. Debe darse algo junto a la teoría, por ejemplo, intervenciones a niveles políticos y sociales que impliquen ciertas acciones, un trabajo continuado y una práctica institucional, que no es exactamente lo mismo que el ejercicio de la teoría⁸.

⁷ Montserrat Cabré y Fernando Salmón, «Poder académico versus autoridad femenina: La Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicie (1322)», en Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XI-XV*, Barcelona, 2001, pág. 75.

⁸ Judith Butler, *Deshechar el género*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2006, págs. 289-290.

Y Celia Amorós nos propone una alianza del feminismo con la cultura que esté llena de razones y nos permita cambios reales en las discriminaciones que estamos padeciendo como profesionales y como personas que en algún momento de nuestras vidas necesitaremos del sistema sanitario:

Proponemos la alianza del feminismo que ha de asumir el reto de la multiculturalidad con una «cultura de razones». Hemos intentado argumentar que se trataría de una alianza más pertinente, menos confusa y oportunista y, desde luego, más fructífera que la *liaison dangereuse* entre el feminismo y la postmodernidad⁹.

Y esta «cultura de razones» la encontramos también en investigadores y profesionales sanitarios varones, que están preocupados por la deriva que están tomando algunas actividades sanitarias, caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y la sociedad, y con indudables beneficios para quienes las promocionan. Más allá de las buenas intenciones, el doctor Juan Gervás nos propone que, frente a la malicia sanitaria que medicaliza la prevención y la promoción de la salud, desarrollemos la *prevención cuaternaria*:

Hablamos de prevención cuaternaria para designar el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Hacer prevención cuaternaria es decir «no» a muchas propuestas francamente indeseables, y ofrecer alternativas prudentes y científicas (la ética de la negativa y la ética de compartir la ignorancia). Hacer prevención cuaternaria es cambiar el miedo que explota la malicia sanitaria por el bienestar de saber que lo importante es la calidad de vida¹⁰.

⁹ Celia Amorós, *Tiempo de feminismo*, 3.ª ed., Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2008, pág. 374.

¹⁰ Juan Gervás, «Malicia sanitaria y prevención cuaternaria», *Gaceta Médica de Bilbao*, 104, 2007, págs. 93-96.

La alianza con esta cultura llena de razones ya ha dado varios frutos en los últimos años. La asociación con epidemiólogos, médicos, médicas y feministas de la salud ha permitido presentar una moratoria a la vacuna del VPH, que aunque ha fracasado en cambiar una política pública sesgada, ha tenido la virtud de abrir un debate entre la sociedad civil y los profesionales de la salud, sobre qué estrategias preventivas deberemos pagar con dinero público (véase www.caps.cat). La plataforma No Gracias nos llena de razones, de argumentos y de ciencia sobre la medicalización y sobre los efectos secundarios de los medicamentos. La revista *Mujeres y Salud*, dirigida por Leonor Taboada, recoge lo mejor de las reflexiones de las feministas de la salud para difundirlas a todas las mujeres y profesionales del Estado español y de Latinoamérica, con su estilo directo, agradablemente ácido, que nos permite estar al día de todas las «razones» para hacer y para no hacer. La red CAPS, de profesionales sanitarios del Estado español, con diez años de experiencia en seminarios, debates virtuales y aún tímidas intervenciones sociales, nos ha permitido tejer una red de profesionales que desean limpiar su práctica sanitaria cotidiana de estereotipos de género y que está estableciendo en la práctica una universidad itinerante de salud de las mujeres, creando una nueva práctica profesional en la que algunos médicos varones ya desean colaborar.

Al establecer nuevas estrategias hemos de tener en cuenta que será necesaria la participación de los profesionales sanitarios y de la ciudadanía en la definición de las políticas públicas de salud, ya que las desigualdades sociales colaboran de manera profunda en la enfermedad, y en especial en las mujeres, que «son las más pobres de los pobres» y para las que se han de establecer políticas especiales de redistribución, como apunta Nancy Fraser:

Hay diferentes clases de diferencias (...) lo que conlleva una política de las diferencias más diferencia-

da. Esta concepción matizada de la diferencia representa una contribución importante a la teoría crítica del reconocimiento. Puede ayudarnos a identificar y defender únicamente aquellas versiones de la política de la diferencia que se integren coherentemente con la política de la redistribución. Este es el tipo de enfoque que necesitamos para enfrentar los retos de nuestro tiempo. La tarea de integrar los ideales igualitarios del paradigma de la redistribución con aquellos que sean auténticamente emancipatorios en el paradigma del reconocimiento¹¹.

Nancy Fraser nos invita a identificar las nuevas formas sutiles y fluidas de subordinación y poder, para no reproducir estereotipos de género en la práctica de nuestras organizaciones sociales e instituciones, en nuestros centros de primaria y en nuestros hospitales, y nos invita también a resurgir como sujetos que generan nuevas formas de plantear la oposición política, proponiendo cambios a todos los niveles de la vida ciudadana y, en especial, en todo lo que concierne a la salud.

La inequidad de género se está transformando hoy en día mediante el paso de las relaciones diádicas de dominio y sujeción a mecanismos estructurales impersonales que se viven a través de formas culturales más fluidas. Una consecuencia de ello es la [re]producción de la subordinación incluso cuando las mujeres actúan cada vez más como individuos que no se encuentran bajo el dominio directo de un hombre en particular. Otra, es la creación de nuevas formas de oposición política y de protesta cultural¹².

¹¹ Nancy Fraser, *Injusticia Interrupida*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, 1997, pág. 272.

¹² *Ibid.*, pág. 309.

DEL VICTIMISMO A LOS DERECHOS DE CIUDADANÍA.
DE LAS MUJERES OBJETO A L@S SUJET@S «CYBORGS»

Para muchas mujeres cansadas de las triples jornadas que arrastran durante muchos días, la salud podría ser una noche de descanso, como relata Betty Friedan¹³ en su libro *Mi vida hasta ahora*, mirando hacia atrás, cuando en la mitad del siglo XX ella reclamaba el placer sexual y el orgasmo como forma de realización personal¹⁴ de las mujeres. Después de veinte años, «una noche bien dormida» puede ser un placer tan grande como el sexual. La visión cuando el árbol de la vida ya se ha vuelto frondoso cambia, pero una luchadora como ella huye del victimismo para proponer objetivos. También Teresa de Lauretis reclama la necesaria recuperación de la autonomía de las mujeres:

El término subjetividad tiene por tanto dos valores. Uno es el de sometimiento o sujeción a determinadas condiciones sociales (que no son sólo sociales). El otro es el de capacidad de autodeterminación, autodefensa, resistencia a la opresión, a las fuerzas del mundo externo, pero también resistencia y autodefensa de fuerzas que actúan en el mundo interno (...) no son sólo sociales, porque el sujeto social es siempre también sujeto psíquico y, por tanto, atravesado por deseos, pulsiones, fantasmas o fantasmas conscientes o inconscientes que constituyen otra modalidad de construcción. Y a menudo estas dos modalidades se contradicen entre ellas¹⁵.

¹³ Betty Friedan, *Mi vida hasta ahora*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2003.

¹⁴ Betty Friedan, *La mística de la feminidad* [1963], Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 2009.

¹⁵ Teresa de Lauretis, «Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo», Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 156.

Romper con todos los dualismos y las dicotomías que los estereotipos de género manipulan entre lo masculino y femenino, entre cuerpo y mente, entre naturaleza y cultura, es la propuesta que comparto con Donna Haraway, quien, en su «Manifiesto para cyborgs», nos propone utilizar la imaginación para superar la eterna interiorización de las mujeres y su exclusión de los procesos de decisión sociales. Para ella, el cyborg «significa al mismo tiempo construir y destruir máquinas, identidades, categorías, relaciones, historias del espacio. A pesar de que los dos bailan juntos el baile en espectral, prefiero ser un cyborg que una diosa»¹⁶.

En el neolítico nos consideraban diosas, y guardaban las estatuillas de mujeres embarazadas con grandes pechos y abdomen abultado al lado del fuego de los hogares, para proteger la vida de los malos espíritus. En la etapa patriarcal de la humanidad, con la consolidación de la división sexual del trabajo, hemos pasado de diosas a mujeres invisibles, inferiores y controladas. En el siglo XXI, quizás como propone Donna Haraway, hemos de empezar a construirnos a nosotras mismas, por dentro y por fuera. Por dentro, mejorando nuestra vitalidad, equilibrando nuestra morbilidad diferencial, negándonos a la resignación frente al dolor y aceptando las prótesis necesarias para poder mantener nuestra calidad de vida. Por fuera, participando en la vida política y social como seres autónomos y pensantes que tienen muchas propuestas que hacer y desean convertirse en sujetos de su futuro. Mujeres que construyen su propio yo y que empiezan a crecer en una doble tensión pasando de seres «sujetados» a seres que deciden, a seres que se permiten ser protagonistas de su futuro, sin condicionantes de nadie y sin que ningún estereotipo pueda determinarlas.

¹⁶ Donna Haraway, «Manifiesto para cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX», en *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvencción de la naturaleza*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos, 1995, pág. 311.

El yo —como el género, como el cuerpo— es una construcción social, lingüística, un efecto del discurso, y no un dato natural, *a priori*, preexistente a lo social o a la semiosis. Y sin embargo, el yo es también una necesidad política, una necesidad de supervivencia tanto física como psíquica, y, por tanto, también epistemológica. Es un yo corpóreo, como dice Freud, quizá imaginario (dice Lacan), pero es tal que cuanto más se extiende operando sobre datos físicos del cuerpo, y se reconstruyen sus partes, órganos, genitales, se potencia o modifica con prótesis; en suma, cuanto más cibernético se vuelve, tanto más ese cuerpo debe hacer referencia a un yo, sujeto que desea y sujeto político: sujeto atrapado en una doble tensión. Erótica y ética, que a veces lo inmoviliza y otras veces le abre las puertas y las ventanas de lo impensable¹⁷.

Y para conseguir lo impensable, necesita que su cuerpo se rebelde contra toda forma de opresión, pero también que su organismo se cargue de vitalidad y de energía, ya que sólo con una salud potente y sin morbilidad ni carencias, podemos pasar a ser *cyborgs*.

Resistentes a las normas, creativas y rebeldes, abiertas a las novedades de la ciencia, de la técnica y decididas a aprovechar en el propio beneficio todas las novedades que el futuro nos puede deparar.

El cuerpo y su materialidad, como detectó sutilmente Foucault, se mueve en dos direcciones: por un lado, obedece a relaciones de poder históricamente contingentes, es constitutivo al ejercicio del poder, pero —por otro lado— se resiste a la norma, se rebela contra las políticas uniformizadoras. Precisamente, ese espacio de resis-

¹⁷ Teresa de Lauretis, *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Madrid, Horas y Horas, 2000, pág. 167.

cia y rebeldía hace del cuerpo algo dinámico y creativo, abierto e inconcluso¹⁸.

¿Existe alguna diferencia entre las mujeres feministas y las demás mujeres?

¿Existen niveles de autoestima diferentes según la opción en la defensa de los propios derechos? La médica y antropóloga social Mari Luz Esteban (2001) nos dice:

una de las peculiaridades principales de las mujeres feministas, en su conjunto, es la de tener una autoestima como personas y como mujeres desarrolladas en mayor medida que las demás... Es sin ninguna duda esta autoestima la que va a condicionar que las vivencias de algunos procesos físicos y psicológicos relativos al cuerpo y al placer sexual se materialicen de diferente manera¹⁹.

Creo que también nos prepara para hacer posible el ejercicio de la sororidad a través de la creación de redes que nos permitan aumentar la eficacia de nuestro trabajo e incidir de forma más eficaz en desmascarar las influencias del poder que oculta la verdad. Redes que nos permitan hacer más eficaz el trabajo conjunto de todos los feminismos por la causa común de que todas y cada una de las mujeres puedan volver a ser protagonistas de su salud.

LAS REDES COMO EFICIENCIA DEL TRABAJO COLECTIVO Y COMO DEFENSA DE LAS MANIPULACIONES

Querer reflexionar en el porvenir de todas y de cada una dejando de lado la fastidiosa elaboración de normas, o nuevas normas, vale también como rechazo de la des-

¹⁸ Jesús Adrián, «Cuerpo y representación», en Meri Torras (ed.), *Cuerpos e identidad I*, Barcelona, UAB, 2007.

¹⁹ Mari Luz Esteban, *Re-producción del cuerpo femenino*, Donostia, Tercera Prensa, 2001.

gracia, puesto que la idea de que las mujeres serían siempre las mismas se presenta constantemente como unida a una posición melancólica. El sexo sería una fatalidad: un determinismo biológico (o sociobiológico), lo regiría todo y de manera mecánica. El fantasma de un cuerpo que sería determinante, que estaría predestinado o que no podría salir de su destino, es una idea triste que se ha desarrollado hace tiempo. Se ha convertido en posible, para muchas de nosotras, ver un cuerpo de mujer, nuestro cuerpo, no ya como un determinante, sino como el lugar de una libertad potencial y de un debate, a veces difícil, a veces jubiloso, entre la que vive y su medio. Y quien dice debate sobreentiende que no se nos debería imponer un destino preformateado²⁰.

Recuperar el cuerpo como el lugar de una libertad potencial, hacer que el organismo sea un compendio de energía y vitalidad, es la propuesta que las médicas feministas hacemos al resto de mujeres. No estamos determinadas por nada ni por nadie. No tenemos destinos que son preformados de antemano ni en nuestro exterior ni en nuestra subjetividad. Los condicionantes de género se han de visibilizar y denunciar, los riesgos para la salud se han de prevenir y no medicalizar, y las discriminaciones se han de cambiar. Poder haberlo en libertad, aunque sea costoso, es nuestra esperanza. Esperanza difícil de realizar en solitario.

Sólo la fuerza de las redes científicas, sociales, filosóficas, sindicales, puede ayudar a enfrentarnos a unas redes perfectamente organizadas del poder industrial, institucional y mediático. Redes que no sean sólo de resistencia sino de propuesta social, de reflexión y de debate. Redes que puedan abrir las mentes de otras mujeres que no saben salir del laberinto de los estereotipos que nos condicionan. Mi propuesta

es que creamos ya las redes de mujeres saludables, sensuales y sensitivas, que desarrollen la exploración de la propia vitalidad y de la propia sensualidad, teniendo en cuenta que estimular los órganos de los sentidos da vida a las propias neuronas.

Las redes de mujeres sensuales y sensitivas que se reúnen para formar grupos de ayuda mutua, para desarrollar la propia salud, que disfrutan mientras estudian, platican y proponen nuevas estrategias, pueden ser un buen recurso para renacer por nosotras mismas colectivamente, aunque los cambios en la mentalidad y en la organización de la sociedad sean todavía muy lentos²¹.

Recuperar el papel de protagonistas y sujetas de nuestro destino, recuperar el deseo por propia voluntad y en libertad, para mí el camino del renacimiento personal y colectivo, conseguir una salud que sea una vitalidad reencontrada cada día, una salud para disfrutar.

²⁰ Jacques André, Françoise Barret-Ducrocq, Monique David-Ménard, Michèle Le Doeuff y Claire Nahon, *De la différence des sexes entre les femmes*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, pág. 88.

²¹ Carme Valls-Llobet, *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Editorial Debolsillo, 2006.