



Papeles el tiempo de los derechos

UNA DOSIS DE SALUD PARA LAS MUJERES POR FAVOR. LA “OBJETIVIDAD CIENTÍFICA” LAS MANTIENE ENFERMAS

Inés Dayana Méndez Aristizábal

Palabras clave: Derecho a la salud, mujeres, medicina, conocimiento científico, robo epistemológico, brujas, objetividad científica

Número: 18 Año: 2018

ISSN: 1989-8797

Comité Evaluador de los Working Papers “El Tiempo de los Derechos”

María José Añón (Universidad de Valencia)
María del Carmen Barranco (Universidad Carlos III)
María José Bernuz (Universidad de Zaragoza)
Manuel Calvo García (Universidad de Zaragoza)
Rafael de Asís (Universidad Carlos III)
Eusebio Fernández (Universidad Carlos III)
Andrés García Inda (Universidad de Zaragoza)
Cristina García Pascual (Universidad de Valencia)
Isabel Garrido (Universidad de Alcalá)
María José González Ordovás (Universidad de Zaragoza)
Jesús Ignacio Martínez García (Universidad of Cantabria)
Antonio E Pérez Luño (Universidad de Sevilla)
Miguel Revenga (Universidad de Cádiz)
Maria Eugenia Rodríguez Palop (Universidad Carlos III)
Eduardo Ruiz Vieitez (Universidad de Deusto)
Jaume Saura (Instituto de Derechos Humanos de Cataluña)

UNA DOSIS DE SALUD PARA LAS MUJERES POR FAVOR. LA “OBJETIVIDAD CIENTÍFICA” LAS MANTIENE ENFERMAS.

Inés Dayana Méndez Aristizábal

Históricamente nos han alimentado la idea de que el conocimiento científico está despojado de cualquier rasgo de parcialidad, de subjetividad, de ideología alguna. La medicina, ha estado dotada precisamente de características de objetividad e imparcialidad, alejada incluso de aspectos sociales y biológicos. La medicina occidental, igual que otros campos de la ciencia, conlleva valores, que pueden ser beneficiosos, de suma utilidad para la humanidad, pero que pueden también, provocar la exclusión y discriminación de una asistencia de calidad a determinados colectivos, mujeres, personas con sexualidades no normativas, con pocos recursos económicos, personas con discapacidad o discriminadas por razón de raza¹.

A las mujeres por ejemplo, siempre se les ha encasillado en figuras y definiciones inferiores a las del hombre, evidenciándose el sesgo científico en el discurso moderno por resaltar al hombre blanco, burgués, europeo como la idea del sujeto racional, dando desde luego un lugar privilegiado a unos grupos y oprimiendo a otros. Bajo ese discurso de lo normal y lo desviado se fueron naturalizando muchas concepciones, como que las mujeres son físicamente delicadas, débiles, debido a la estructura de su cuerpo y el funcionamiento de su sistema reproductivo, las mujeres están sujetas a la locura, la irracionalidad y la estupidez infantil².

Desde las teorías del origen del “hombre”, pasando por las teorías de la procreación del ser humano, hasta los estudios médicos más recientes, a la mujer siempre se le ha dado un status de inferioridad, de debilidad, de fragilidad, una postura que responde a la idea de “feminidad” socialmente reforzada. Estas posturas ideológicas, no sólo discriminan, excluyen y violentan, sino que además impactan de manera directa en la salud de las mujeres y en sus posibilidades de mejoramiento, moviendo sus cuerpos en un sistema médico que ha sido elaborado tomando como patrón de medida el cuerpo de los hombres.

En palabras de Norma Blázquez³, la objetividad de la ciencia es el “resultado de consensos alcanzados en comunidades científicas que trabajan dentro de un contexto

¹ BELLÓN SANCHEZ, Silvia, “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, *Revista Dilemata*, Nº 18, 2015, pág. 93-111

² YOUNG, Iris, *La justicia y la política de la diferencia*, Edic Cátedra-Universidad de Valencia, Madrid, 2000, Pág. 218

³ - BLAZQUEZ GRAF, Norma, “Epistemología feminista: Temas centrales” en FLORES PALACIOS, Fátima; RIOS EVERARDO, Maribel; BLAZQUEZ GRAF, Norma (coordinadoras), *Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales*, UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades : Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias : Facultad de Psicología, México, 2012, pág. 21 a 38.

cultural”, y si esas comunidades científicas están mayoritariamente conformadas por hombres, no es difícil concluir que esos consensos estarán completamente atravesados por sus contextos, por sus nociones, por sus realidades y por la idea de “feminidad” que estos poseen, pues paradójicamente y aunque el espacio que ocupan las mujeres en la medicina no las beneficia –no me refiero sólo a sus posiciones en términos representativos y profesionales, sino además a la inclusión real de sus cuerpos en los estudios médicos-, fueron ellas quienes originalmente ostentaron el conocimiento médico. Las curanderas, las yerbateras, las matronas, las brujas, esas mujeres sabias a las que se les arrebató el poder sanador para posteriormente ser sometidas, controladas, bajo el rigor de un poder cuya autoridad ya no volvieron a tener. Tan amplios eran los conocimientos de las brujas que, en 1527, Paracelso, considerado como el “padre de la medicina moderna”, quemó su manual de farmacología confesando que “todo lo que sabía lo había aprendido de las brujas⁴”.

Este escrito no cuestiona la necesaria y defendida por sí sola, presencia de la ciencia y en concreto, de la medicina en la vida de los seres humanos, pero hace énfasis en la manera en que obra e incide en la vida de las mujeres, pues urge verla en su realidad, atravesada por valores y juicios sociales, políticos y económicos, que están determinando el verdadero goce del derecho a la salud de quienes no responden al patrón estándar, al patrón de normalidad, en este caso, las mujeres. Para ello es necesario entonces, cuestionar lo que siempre nos han mostrado como incuestionable.

1. Sobre la objetividad científica

Así por ejemplo, en lo que respecta al cuerpo humano y a sus dolencias, desde Aristóteles a Hipócrates, cuyas opiniones sirvieron de insumo para posteriores estudios en la Edad Media y la Modernidad, el cuerpo femenino era generalmente visto como un actor pasivo, úteros andantes que portaban en sus entrañas nuevos seres, pero sin ninguna participación profunda en la procreación⁵.

En palabras de Aristóteles –muchas veces referenciado en estos términos por la filósofa Ana de Miguel-, “Parecen hombres, son casi hombres, pero son tan inferiores que ni siquiera son capaces de reproducir a la especie, quienes engendran los hijos son los varones”, (...). “son meras vasijas vacías del recipiente del semen creador”. Para Aristóteles las mujeres sólo eran vasijas que recibían la vida, la creación allí era privativa del hombre con su semen que sí era un ser superior.

Una de las teorías utilizadas para sostener la inferioridad de la mujer, fue la teoría de la evolución del Charles Darwin, quien se ocupa de la naturaleza de la mujer en su obra *The Descent of Man and Selection in Relation of Sex*, publicada en 1871. Cuando miramos las diferencias físicas y psicológicas entre la mujer y el hombre que de acuerdo a la teoría Darwinista eran producto de la selección natural, nos encontramos con que los rasgos masculinos se asocian con los grados superiores de perfección “Algunos autores dudan de si hay (...) diferencias inherentes en las capacidades mentales de los sexos”. Esa diferencia es cuando menos, “probable debido a la analogía de los animales inferiores que presentan otros caracteres sexuales secundarios⁶”. No se queda sólo en la

⁴EHRENREICH, Barbara ;ENGLISH Deirdre, *Witches, Midwives and Nurses*, Glass Mountain Pamphlet the feminist press, New York, 1973, pág 16

⁵ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, Cátedra, Madrid, 2009, pág 56

⁶ La analogía y los ejemplos son dos de los recursos favoritos de Darwin en *The Descent of Man*. PEREZ CEDEÑO, Eulalia, “La Retórica de las ciencias y el estudio de las diferencias sexuales”, *Theoría – Revista del Colegio de Filosofía de Universidad Autónoma de México*, Facultad de filosofía y letras-UNAM, México, 1997, pág 23-38

analogía sino que hace referencia directa, plantea características que atribuye a hombres y mujeres, aunque su evidencia empírica se reduce a “es probable”, “posiblemente”, de modo que “por término medio, el hombre es más alto, más pesado, y más fuerte que la mujer, tiene hombros más cuadrados y músculos más completamente pronunciados (...) El hombre tiene más coraje, es más belicoso y enérgico que la mujer y tiene un genio más inventivo⁷”, en cambio, “ la hembra (..) se dice que la formación de su esqueleto está entre el niño y el hombre⁸” y “se admite por lo general que en las mujeres están más fuertemente marcados que en los hombres los poderes de la intuición, la percepción rápida y quizás de imitación; pero al menos alguna de estas facultades son características de las razas inferiores y, por tanto, de un estado pasado e inferior de civilización⁹”.

Las características de las mujeres, para Darwin, se sitúan en un plano de inferioridad, es menos evolucionada, mucho más imperfecta. Pero además, con su postura Darwin no sólo devela su sexismo sino su racismo, pues concebía las razas del “hombre” dispuestas jerárquicamente desde las más primitivas e inferiores a las más perfectas – desde luego las razas europeas civilizadas- y dentro de cada raza, se consideraba que la mujer estaba en un estadio inferior que el varón de la misma raza. Esto permitía que algunas mujeres blancas, europeas y de clases elevadas, se consideraran más evolucionadas que algunos varones, tales como los africanos negros, dentro del principio general de que la mujer está menos evolucionada que el hombre¹⁰.

Y es que ese dualismo de superioridad/inferioridad, se ha sobrepuesto en la narrativa científica, tal como nos lo deja ver Emily Martin en el famoso artículo “*The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*¹¹”.

“el óvulo es visto como grande y pasivo. No se “mueve” o “viaja”, sino que es pasivamente “transportado”, “arrastrado”, o incluso “fluye” a lo largo de las trompas de Falopio. En contraste total, los espermatozoides son pequeños, “eficientes” e invariablemente activos. “Entregan” sus genes al óvulo, “activando el programa de desarrollo del óvulo”, y poseen una “velocidad” que es a menudo remarcada”

Se insiste en la idea de fuerza y agilidad contrapuesta con la de delicadez e inactividad. Es decir, es notable cómo el huevo se comporta “femeninamente” y como “masculinamente” el espermatozoide. Contrario a estas posturas, nos relata la autora, que otros estudios demuestran –como el realizado en la Universidad de Johns Hopkins- que lejos de ser el óvulo el pasivo es el alma de la fiesta. Que en realidad el empuje del espermatozoide es extremadamente débil, lo que contradice la suposición de que son penetradores fuertes. La investigación concluyó que el espermatozoide y el huevo se unen a causa de moléculas adhesivas en las superficies de cada uno. El huevo atrapa el espermatozoide y se adhiere a él tan fuertemente que la cabeza del espermatozoide es forzada a acostarse contra la superficie de este.

⁷ DARWIN, Charles, *The Descent of man, and Selection in Relation to Sex*, John Murray, Londres, 1871, pág 716 a 717

⁸ Idem, pág 717

⁹ Idem, pág 725

¹⁰ GARCIA DAUDER, Silvia; PEREZ CEDEÑO, Eulalia, *Las mentiras científicas sobre las mujeres*, Catarata, Madrid, 2017, pág 26

¹¹ MARTIN, Emily, “The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical MaleFemale Roles”, *Signs*, Vol. 16, No. 3 (Spring, 1991), pp. 485-501

Este es sólo un ejemplo de cómo los estereotipos permean la visión científica, de cómo la ciencia no se aparta, no es indiferente a esos condicionamientos sociales de los que alimenta sus tesis y que con su actuar reafirma.

Tal y como Foucault acertadamente concluyó, la medicina no es un campo de conocimiento puro y universal, el poder está condicionado por aspectos de tipo históricos, económicos y políticos en que se mueve¹². El imperialismo médico como discurso homogeneizador y totalizador nace en el siglo XVIII y hasta ese momento el poder era visible y se ejercía de formas directas y absolutas, pero a partir de ese momento en que emerge la clase burguesa y la economía capitalista, el poder adquiere un nuevo tinte. Un poder que sustituye los mandatos divinos por la norma de los saberes científicos, los saberes mixtos, por la voz de los expertos¹³. Evidencia de ello es la forma en que se concibe a la ciencia en las sociedades occidentales contemporáneas, como si tuviera con ella un absoluto discurso de la verdad, la medicina y sus profesionales aparecen como una de las autoridades más importantes y prestigiosas de nuestro tiempo¹⁴. Esto tiene consecuencias de vital importancia puesto que el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida. La medicina institucional asume una posición privilegiada como campo de la ciencia encargado de definir cuándo comienza la enfermedad. Es decir, establece qué es lo sano, qué es lo enfermo, y qué se considera normal y qué no, dictando cuáles son los individuos aptos y cuáles no¹⁵. “El biopoder”, tal como fue formulado por Foucault, es un mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes. El control no se ejerce ya por un soberano individual con poder para matar a sus súbditos, sino por otras formas más sutiles de coerción. Esa relación de poder permite el control de la salud de la población, incluso de su reproducción misma, todo bajo un discurso homogeneizador que desde luego no tendrá en cuenta características particulares, necesidades especiales, pero eso sí, manteniendo un discurso de aparente objetividad y rigor científico.

2. El robo epistemológico

Las mujeres pasaron de ser personas dotadas de conocimiento, poder de curar y de disponer sobre su cuerpo, a ser un instrumento de reproducción sexual y laboral, despojadas de cualquier habilidad para sanar y ayudar. Para describir este episodio histórico me apoyaré en la narrativa de Silvia Federicci en *El Caliban y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* y de de Barbara Ehrenreich y Deirdre English en *Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras*; por la claridad de la historia y por todos los componentes en ella incorporados que nos permiten develar las condiciones, el contexto y las causas en que se desarrollaron los hechos.

En el periodo de acumulación primitiva, en la transición al capitalismo, el destino de las mujeres europeas fue transformado en instrumento para la reproducción del trabajo y la expansión de la fuerza de trabajo, tratado como una máquina natural de crianza, que funcionaba según unos ritmos que estaban fuera del control de las mujeres¹⁶.

¹² FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1975

¹³ FOUCAULT, Michel, *Genealogía del Poder*, La Piqueta, Madrid, 1992, p.250

¹⁴ FOUCAULT, Michel, *La vida de los hombres infames*, La Plata, Altamira, 1996, p.87

¹⁵ BELLÓN SANCHEZ, Silvia, “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, *Revista Dilemata*, N° 18, 2015, págs. 93-111

¹⁶ FEDERICCI, Silvia, “*Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*”, Ed Tinta Limón, Buenos Aires, 2010, pág 140

Durante la Edad Media las mujeres habían contado con muchos métodos anticonceptivos, que fundamentalmente consistían en hierbas convertidas en pociones y compresas que se usaban para precipitar el periodo de las mujeres, provocar un aborto o crear una condición de esterilidad. La criminalización de la anticoncepción expropió a las mujeres de este saber que se había transmitido entre ellas y que les daba cierta autonomía respecto al parto. Al negarles a las mujeres el control sobre sus cuerpos, el Estado las privó de la condición fundamental de su integridad física y psicológica, degradando la maternidad a la condición de trabajo forzado, además de confinarlas al trabajo reproductivo que en realidad fue definido como un no-trabajo y se les redujo así a a una doble dependencia: de sus empleadores y de los hombres¹⁷.

A las que se resistieron a obedecer y que continuaron con el goce y control de su cuerpo y usando sus conocimientos para curar y acompañar a parir se les persiguió, torturó y masacró de la manera más cruel en lo que se conoció como la caza de brujas. En menos de dos siglos cientos de miles de mujeres fueron quemadas vivas, colgadas y torturadas. Acusadas de haber vendido su cuerpo y alma al demonio y por medios mágicos, asesinado a veintenas de niños succionado su sangre, fabricando pociones con su carne, causando la muerte de sus vecinos destruyendo su ganado y cultivos¹⁸.

Después de mediados del siglo XVI, en las mismas décadas en que los conquistadores españoles subyugan a las poblaciones americanas, cuando empezó a aumentar la cantidad de mujeres juzgadas como brujas, así como la iniciativa de la persecución pasó de la inquisición a las cortes seculares. La caza de brujas alcanzó su punto más alto entre 1580 y 1630, es decir, en la época en la que las relaciones feudales ya estaban dando paso a las instituciones económicas y políticas típicas del capitalismo mercantil¹⁹. Fue una persecución conjunta de la Iglesia y el Estado, que fue de la inquisición a las Cortes seculares. Los juristas apoyaron de frente estas campañas, los intelectuales de mayor prestigio de la época Thomas Hobbes, Jean Bodin quien insistía en que las brujas debían ser quemadas vivas en lugar de ser “misericordiosamente” estranguladas antes de ser arrojadas en las llamas²⁰. Fueron campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado. Por los inquisidores, tanto católicos como protestantes, la guía *Maleficarum Malleus*, o <Martillo de Brujas> escrito en 1484 por los reverendos Kramer y Sprenger, estuvo durante tres siglos, en mano de todos los jueces, todos los inquisidores²¹.

Pero es que además, las brujas sanadoras a menudo eran las únicas personas que prestaban asistencia médica a la gente del pueblo que no poseía médicos ni hospitales y vivía pobremente bajo el yugo de la miseria y la enfermedad. Ante la realidad de la miseria de los pobres, la Iglesia echaba mano del dogma según el cual todo lo que ocurre en este mundo es banal y pasajero. Pero también se aplicaba un doble rasero, pues la Iglesia no se oponía a que las clases altas recibieran atención médica. Reyes y nobles tenían sus propios médicos de corte, que eran varones y a veces incluso sacerdotes.²²

En el siglo XIII, esto es, el siglo anterior al inicio de la caza de brujas, la medicina empezó a afianzarse en Europa como ciencia laica y también como profesión. Y la profesión médica ya había iniciado una activa campaña contra las mujeres sanadoras –

¹⁷ Ídem, Pág 142

¹⁸ Ídem, Pág 221, 232

¹⁹ Ídem Pág 226

²⁰ Ídem Pág 228-29

²¹ EHRENREICH, Barbara ;ENGLISH Deirdre, *Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras*, Glass Mountain Pamphlet the feminist press, New York, 1973, pág 9

²² Ídem, Pag 13

excluyéndolas de las universidades, por ejemplo – mucho antes de empezar la caza de brujas. En las universidades se crearon las primeras escuelas de medicina y un número creciente de jóvenes de condición acomodada empezó a seguir estudios médicos. En el siglo XIV, los cuidados de los médicos ya eran muy solicitados entre las clases acomodadas. Los estudios de medicina de finales de la Edad Media no incluían nada que pudiera entrar en conflicto con la doctrina de la Iglesia y comprendían pocos conocimientos que actualmente podamos conceptuar de “científicos”. Los estudiantes de medicina, al igual que los restantes jóvenes universitarios, dedicaban varios años al estudio de Platón, Aristóteles y la teología cristiana.

Ante una persona enferma, el médico con formación universitaria tenía escasos recursos aparte de la superstición. La sangría era una práctica corriente, en particular como tratamiento para las heridas. Se aplicaban las sanguijuelas siguiendo consideraciones de tiempo, hora del día, ambiente y otras por el estilo.

Tal era la situación de la “ciencia médica” en la época en que se perseguía a las brujas sanadoras por practicar la “magia”. Las brujas llegaron a tener amplios conocimientos sobre los huesos y los músculos del cuerpo, sobre hierbas y drogas, mientras los médicos continuaban basando sus diagnósticos en la astrología y los alquimistas seguían intentando transformar el plomo en oro.

A finales del siglo XIV, la campana de los médicos profesionales contra las sanadoras había conseguido su propósito prácticamente en toda Europa. Los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases superiores (a excepción la obstetricia que ya iría desapareciendo). Había llegado el momento de dedicar toda la atención a la eliminación de la gran masa de sanadoras, las “brujas”. La fobia contra las brujas proporcionó a los médicos una cómoda excusa para sus cotidianos fracasos: todo lo que no podían curar era, lógicamente, producto de un hechizo²³.

Detrás de la caza de brujas estuvo la expansión del capitalismo rural. Resulta significativo que la mayoría de los juicios en Inglaterra tuvieran lugar en Essex²⁴, donde la mayor parte de la tierra había sido cercada durante el siglo XVI, mientras que en las regiones de las Islas Británicas en las que la privatización de la tierra no se dio y tampoco formó parte de la agenda, no hay registros de cazas de brujas (Irlanda, Escocia). Por otro lado las acusadas eran campesinas pobres –granjeras, trabajadoras asalariadas, mujeres sin marido - mientras quienes las acusaban eran miembros acaudalados y prestigiosos de la comunidad, con frecuencia sus mismos empleadores o terratenientes, individuos que formaban parte de las estructuras de poder²⁵.

Muchas eran comadronas o mujeres sabias, depositarias tradicionales del saber y control reproductivo de las mujeres, las parteras, que empezaron a ser relegadas de su oficio y ahora eran contratadas para vigilar las mujeres – para controlar, por ejemplo, que no ocultaran sus embarazos o parieran sus hijos fuera del matrimonio – o en caso contrario marginadas. Tanto en Francia como Inglaterra, a partir de finales del Siglo XVI a pocas mujeres se les permitió que practicaran la obstetricia, una actividad que hasta esa época, había sido un misterio inviolable. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros y en cuestión de un siglo, la obstetricia había caído casi completamente bajo control estatal. En realidad las parteras fueron marginadas porque no se confiaba en ellas y porque su exclusión de la profesión socavó el control de las mujeres sobre la reproducción²⁶.

²³ Ídem, Pág 16-17

²⁴ Un condado de Inglaterra

²⁵ FEDERICCI, Silvia, “*Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*”, citado, Pág 235

²⁶ Ídem, Pág 251

Así, mientras ellas trabajaban para curar, para ayudar, otros fueron usurpando su conocimiento, robando su mérito e invisibilizando su historia. Las mujeres sabias, o brujas, poseían multitud de remedios experimentados durante años y años de uso, recetas creadas por ellas, preparados con hierbas curativas, que incluso, continúan utilizándose en la farmacología moderna. Las brujas disponían de analgésicos, digestivos y tranquilizantes. Así por ejemplo, empleaban el cornezuelo (ergotina) contra los dolores del parto, en una época en que la Iglesia aun los consideraba un castigo de Dios por el pecado original de Eva. Los principales medicamentos que se han utilizado en la medicina moderna para acelerar las contracciones y prevenir hemorragias después del parto son derivados del cornezuelo. Empleaban la belladona, para inhibir las contracciones uterinas cuando existía riesgo de que se produjera un aborto espontáneo. Todavía utilizada como antiespasmódico en la actualidad y en la industria oftalmológica²⁷.

En Zugarramurdi, un pueblo de Navarra, está el Museo de las Brujas. Allí se cuenta gráficamente la historia sobre la detención, encausamiento y tortura por la Inquisición, en 1610, de 53 personas acusadas de brujería, de las cuales 11 fueron quemadas en la hoguera. En ese lugar hay una frase que citaré textualmente:

«Las poseedoras de este saber ancestral, mayoritariamente mujeres, atendieron durante siglos a gente con pocos recursos. Paracelso, padre de la medicina moderna, confesó en 1527 que todo lo que sabía lo había aprendido de estas mujeres. Sin embargo, fueron excluidas de la historia de la ciencia. La medicina oficial se afianzaba en Europa como ciencia y profesión representada exclusivamente por médicos y farmacéuticos varones. A pesar de compartir materias primas y remedios, pronto tacharon de paganas las prácticas curativas tradicionales por su componente mágico.»

El conocimiento les ha sido robado a las mujeres, arrebatado de sus manos y de sus cuerpos, para luego serles devuelto a medias, a pedazos, bajo la visión patriarcal que se tiene del ser mujer y rodeado de un aire de objetividad, de irrefutabilidad, porque eso es lo que genera el conocimiento científico, contundencia y fuerza de certeza, mientras va transmitiendo eso que el poder dominante quiere transmitir, sin escuchar otras voces, sin sentir otros cuerpos. Las mujeres, también están en ese Sur metafórico del que habla Boaventura de Sousa, en ese en donde están los oprimidos, no importa si es en el sur geográfico²⁸ o en el norte global²⁹, ellas han sentido el rigor del colonialismo y del capitalismo, en un amañamiento casi indivisible con el patriarcado. Mientras a unas las explotaban, las violaban, sus hijos se vendían como mercancías y una religión se les imponía a sangre y fuego en medio de “la conquista”, a otras, en la Europa conquistadora, se les perseguía, se les torturaba, se les colgaba y se les quemaba vivas, también en nombre de la religión que se le imponía a las otras. A todas se les calló y se les dominó. Ha sido también una dominación epistemológica, no sólo por el robo epistémico que padecieron –sus conocimientos médicos apropiados por los hombres-, sino además por la configuración de una relación extremadamente desigual de saber-poder³⁰ que ha conducido a la supresión de muchas formas de conocimiento, a la presentación de un saber como único y científico en el que se fue excluyendo a las

²⁷ EHRENREICH, Barbara ;ENGLISH Deirdre, *Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras*, citado, Pág 14

²⁸ El conjunto de países y regiones del mundo sometidos al colonialismo europeo y que con excepciones – por ejemplo Australia y Nueva Zelanda-. No alcanzó niveles de desarrollo económico semejantes a los del Norte global

²⁹ Europa y América del Norte

³⁰ DE SOUSA SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula, *Epistemologías del Sur (perspectivas)*, Ediciones Akal S.A., Madrid, 2014, pág 11

mujeres, no sólo en la elaboración de ese conocimiento –están infrarrepresentadas- sino en la poca valoración de sus cuerpos, sus necesidades, sus realidades.

Las mujeres configuran resistencia, insistencia, la denuncia de un conocimiento distinto, que incluye, que trasgrede y cuestiona la “objetividad científica”. Mientras el colonialismo, el capitalismo, el patriarcado y cualquier otra forma opresiva en que se desdoblén continúen oprimiéndolas, las mujeres son y seguirán siendo parte de ese Sur metafórico, del Sur anti imperial.

3. La Medicina en la salud de hombres y mujeres

La salud de las mujeres se ha debatido entre la invisibilización y el reduccionismo al trato del tema reproductivo solamente –muy a medias por cierto-, y ha sido así, por cuanto se ha movido en la presunción de que lo demás ya estaba estudiado habiendo estudiado a los hombres³¹. En las siguientes líneas ofreceré algunos de los muchos ejemplos, de las afecciones que se presentan en la salud de las mujeres como resultado de una ciencia médica sesgada, elaborada bajo el estereotipo masculino.

3.1 El hombre como patrón de medida

La enfermedad cardiovascular supone uno de los paradigmas más claros de la invisibilidad de las mujeres para la medicina. Hasta hace sólo 20 años se creía que las mujeres no podían padecer enfermedades cardiovasculares, se creía que sus estrógenos, su genética, o el mismo sexo femenino las protegía de enfermedades coronarias y que por ello muy raramente morían de una enfermedad cardíaca hasta después de la menopausia. Los estudios del epidemiólogo McKinlay -1996- demostraron la falsedad de esas afirmaciones y mostraron que había un incremento de la mortalidad entre las mujeres en relación con la edad y no con la menopausia.

No es extraño por ello que los síntomas que presentan las mujeres sean menospreciados o relegados, tratándolos muchas veces como una sintomatología psicósomática o derivada de estados de ansiedad, en lugar de averiguar las causas del dolor torácico. Se ha dicho siempre que el infarto al miocardio se presenta como un fuerte dolor en la zona precordial izquierda que irradia al brazo izquierdo y a los dedos, pero este dolor no es el frecuente en las mujeres, para quienes es mucho más habitual que el dolor relacionado con el infarto se presente en el abdomen alto, con un estado nauseoso y un dolor retroesternal que sube a las mandíbulas.

En estudios realizados en 1998 por el Framingham Heart Study, se establecía que las mujeres tenían un 33% más de infartos de miocardio no detectados que los hombres y que después de los 65 años esa diferencia era de 100% y que ello se ha debido a que en muchos casos cursaban de manera distinta³², distinta de los síntomas “típicos”, que son en realidad los síntomas que presentan los hombres.

Las mujeres durante años fueron excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos, muchos se habían realizado sólo entre hombres suponiendo que los resultados se podían aplicar automáticamente a las mujeres, o que las mujeres estaban naturalmente protegidas para determinadas enfermedades sin base científica. Además la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos actuales, sólo se ha aplicado en el 25 ó 30% de los trabajos publicados en los últimos años³³.

³¹ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, Cátedra, Citado pág. 66

³² VALLS LLOBET, Carme, *Mujeres Invisibles*, Random House, Mondadori, Barcelona, 2006, pág 140,141

³³ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres Invisibles*. Nuevas Ediciones de Bolsillo, Barcelona, 2006, pág 265

La mayoría de los grandes estudios sobre la aspirina, no incluyeron ninguna mujer en los trabajos de investigación, por lo que los síntomas que presentan las mujeres antes del infarto y el papel preventivo de algunos medicamentos, tanto como para evitar un infarto como para que se vuelva a repetir, quedaron pendientes por estudiar en el sexo femenino.

Sin embargo, estudios realizados más tarde dejaron en evidencia unas claras diferencias de los efectos de la aspirina entre hombres y mujeres. Mientras en estos puede prevenir, un 32% de los infartos de miocardio, su utilización entre las mujeres no ha sido significativa frente al placebo y ha incrementado las hemorragias gastrointestinales. Sin embargo, en las mujeres mayores de sesenta y cinco años sí se han demostrado efectos preventivos del infarto de miocardio y de los infartos cerebrales isquémicos³⁴.

3.2 Entre la invisibilización y la normalización

Las mujeres han sido invisibles para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, los avances en la innovación han sido muy desiguales, y poco sistemáticos, en cada una de las especialidades médicas, en las que todavía existen pocos datos de investigación diferenciados por sexo, y en las que se plantean de manera reduccionista las causas y los efectos de determinadas patologías.

Hasta principios del 2000 se creía que era “normal” que las mujeres tuvieran ferritinas bajas y no se habían realizado estudios que correlacionaran los síntomas clínicos con dicha deficiencia³⁵. La ausencia de hierro influye en todos los tejidos y órganos del cuerpo. Algunos síntomas de la ausencia de este son: fatiga (incluso puede llegar a confundirse con fatiga crónica), debilidad, dolor muscular generalizado, sensación de frío en todo el cuerpo y en especial manos y pies, somnolencia de día, insomnio de noche y una enorme lista que continúa. Las anemias y las deficiencias de hierro constituyen la causa más frecuente del persistente agotamiento de las mujeres en todo el mundo. El 50% de las mujeres en edad reproductiva y dos terceras partes de mujeres embarazadas en Africa y en el Sudeste asiático están clínicamente anémicas. En América Latina y el Caribe, la anemia entre las mujeres embarazadas es de un 30 por 100. No se ha valorado la relación que existe entre los niveles de ferritina y la capacidad vital, el cansancio, la ansiedad, la energía corporal; por lo tanto, la mayoría de mujeres con deficiencias de hierro no son tratadas adecuadamente, ya que no se diagnostica una carencia sino que se considera “normal”³⁶.

Los estudios médicos no han tenido en cuenta, los efectos de los roles de género, de las asignaciones sociales y de qué manera esto impacta en la salud de las mujeres, factores que han permanecido invisibles. Es claro por ejemplo, que el estrés se vive de manera diferente en los cuerpos de las mujeres y de los hombres, que a ellas se les ha puesto una doble y triple jornada laboral, que cuando sus actividades se remuneran se hace mayoritariamente en condiciones más precarias y que además se les ha delegado el trabajo doméstico, que definitivamente no se remunera ni se reconoce.

En 1975 Marianne Frankenhauser, una investigadora Sueca llevó a cabo un estudio para evaluar las situaciones de estrés diferenciadas por Sexo y concluyó que los niveles de tensión arterial de las mujeres aumentaba entre las mujeres y disminuía entre los hombres, en las tardes al volver a casa en donde seguían trabajando. También había

³⁴ Ídem, 267

³⁵ Un estudio de Ann. B. Bruner, “Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron deficient adolescent girls” en Estados Unidos, evidenció que la prevalencia de deficiencia de chicas adolescentes oscila entre el 9 al 70 por 100, frente a sólo un 2 por 100 de la población masculina.

³⁶ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, Citado, Pág 164, 266

incremento de adrenalina y noradrenalina y ello impedía un reposo reparador, manifestándose mediante el insomnio, sueño intermitente, dolor en el trapecio, taquicardias, etc. Todos estos, efectos secundarios del estrés crónico, que podía derivar por el exceso de estrés en el trabajo o por la doble jornada laboral, que por ahora comparten mayoritariamente las mujeres en el mundo³⁷.

Tampoco se ha valorado el trabajo afectivo, emocional, es decir, no es sólo la actividad física y el esfuerzo corporal que puede implicar el ámbito privado, sino además el esfuerzo emocional, de acoger a los hijos, a las personas a cargo, a la pareja, del afrontamiento de situaciones afectivas difíciles, etc. Todo ello impacta directamente en el estado de ánimo de las personas y son las mujeres quienes generalmente hacen este tipo de trabajo y ello debe ser valorado, tenido en cuenta, incluido en los estudios de salud laboral y de salud pública, no se puede seguir cargando a las mujeres e invisibilizando no sólo su trabajo, sino las consecuencias que el mismo ocasiona en su salud, en su vida.

Son muy escasos los trabajos científicos que estudian al mismo tiempo condiciones de vida y trabajo y que se realizan con perspectiva de género. Es un asunto pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres. En los trabajos clínicos sobre el dolor y el cansancio no se tienen en cuenta las condiciones de vida y trabajo y en los estudios de salud laboral tampoco se tienen en cuenta las condiciones de trabajo doméstico que arrastra cada mujer cuando acude cada día a su lugar de trabajo, por lo que el rigor científico se sesga inmediatamente³⁸.

3.3 Una sexualidad oculta y una reproducción medicada

El ámbito de lo sexual y reproductivo cobra un especial valor en una sociedad patriarcal, en la cual el control que sobre ello se ejerza es crucial para el mantenimiento de la sumisión y subordinación de las mujeres, de ahí que muchas conductas que se realizan cotidianamente en el ámbito médico sobre los cuerpos de las mujeres se vean con tanta naturalidad y sin el menor reparo. No podemos dejar de lado que en nuestra sociedad el parto y la maternidad han sido vistos como el papel fundamental de ellas, ese en donde encuentran su “realización” como mujeres. El placer, el disfrute de la sexualidad, del cuerpo, han sido en cambio facultades del dominio primordialmente masculino, de suerte que lo sexual se convierte en un mecanismo de control social para las mujeres, la regulación de su “buena conducta”.

Bajo ese entendido, y como seres destinados a ser madres, deben sacrificarse por ello y como consecuencia, el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio -como por ejemplo: un parto doloroso-, atravesado por cualquier tipo de actitud que configure violencia obstétrica (maltrato verbal, actitudinal o médico) que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideración en favor de un parto se mantiene como uno de los tópicos machistas que permean la práctica médica sin que se tenga el más mínimo reparo sobre ello.

Esto se ha convertido en otra forma de control para las mujeres, partos medicalizados – como lo relata Carme Valls³⁹- con las mujeres atadas de piernas, en posición antinatural para mejorar los movimientos de parto, con rasurado inútil del vello pubiano y con episiotomías que dejan la pelvis condicionada para sufrir incontinencia de orina y de heces en la vida adulta. El miedo y la situación de ser torturada no deja espacio para el

³⁷ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres Invisibles*, citado, Pág 244

³⁸ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, citado, p.71-72

³⁹ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, citado

deseo y el placer del encuentro con el ser que ha llevado dentro durante meses. El parto medicalizado lo desnaturaliza.

Las mujeres llegan a los hospitales y ceden completamente ante la autoridad del médico que es el que tiene la autoridad y el saber, a las mujeres se les ha desprovisto no sólo del conocimiento que incluso les fue esquivo cuando por excelencia fueron los hombres quienes pudieron asistir a la universidad y así sus saberes quedaron inutilizados, sino porque además sus voces en estos espacios médicos son muchas veces silenciadas, ya sea por el temor de no saber y no tener la autoridad para ello o por orden directa de los profesionales de la salud para quienes las opiniones de ellas muchas veces no tienen relevancia.

Solo hasta mediados del siglo XX se prestó atención a la menstruación, con el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, esto, con el objetivo de conseguir medicamentos anticonceptivos. Son escasos los estudios que den cuenta de las características del ciclo menstrual y es poca la difusión que se hace sobre los efectos secundarios a corto mediano y largo plazo, porque además hay escasez de ensayos clínicos que hablen del tema. A las mujeres no se les dice por ejemplo que los anticonceptivos aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso y arterial cerebral o que son un factor de riesgo para el cáncer de mama⁴⁰.

Aún hay pocos estudios sobre la menopausia y por eso las terapias recomendadas son para mitigar los síntomas y no para encontrar el origen de esos cambios que se están produciendo. Igual sucede con la menstruación, que ante cualquier trastorno, lo que se hace es medicar mediante el uso de anticonceptivos para buscar “regularla” en lugar de encontrar la causa del problema⁴¹.

El clítoris, el orgasmo, la uretra, la eyaculación femenina siguen siendo todo un mito y un “mundo por descubrir”. Sólo hasta el 2004 el Comité Federativo de Terminología Anatómica reconoció de nuevo la “próstata de las mujeres” como resultado de los estudios de la Investigadora Milan Ziviacic, en donde insiste que los conductos parauretrales de Skene son en realidad la próstata femenina que en su momento nombró de Graaf⁴². El hecho de que en los últimos años se haya investigado más, ha sacado a la luz la diversidad de experiencias eyaculatorias en las mujeres que hasta ahora habían estado silenciadas. Toda esta ignorancia y los sesgos de género que han permeado la atención médica por mucho tiempo, no sólo ha privado a las mujeres de una vida sexual placentera y libre de tabúes, sino que además ha provocado malas praxis y violentos procedimientos; mujeres sanas que eyaculaban han sido tratadas como si tuvieran problemas de incontinencia urinaria o coital, extirpándoles la próstata como remedio⁴³.

Finalmente

Admitir que la medicina –cuyo valor para la vida humana no requiere defensa alguna– como cualquier otra área del conocimiento, se ve influenciada por asuntos sociales, económicos, políticos, jurídicos, religiosos, no pretende de ninguna manera desconocer los grandes esfuerzos que al interior de ella se hacen para marcar la diferencia, sino invitar a reflexionar, a cuestionar a una autoridad que siempre se mostró como irrefutable, infranqueable generadora de verdades absolutas.

⁴⁰ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres, Salud y Poder*, citado Pág 135-148

⁴¹ VALLS-LLOBET, Carme, *Mujeres Invisibles*, citado, Pág 124

⁴² En 1672 en su Nuevo tratado en relación con los órganos generativos de las mujeres. Por ello fue el primer científico y médico en utilizar el término “próstata femenina” para referirse a las glándulas periuretrales en las mujeres, considerándolas equivalentes a la próstata masculina.

⁴³ GARCIA DAUDER, Silvia; PEREZ CEDEÑO, Eulalia, *Las mentiras científicas sobre las mujeres*, citada Pág 114

Reconocer que el derecho a la salud no se efectiviza sólo con el suministro de un sistema sanitario –si asumimos que al menos eso se garantiza-, sino que además, es necesario tener conciencia y tomar medidas frente a todo lo que condiciona la buena o mala salud de las mujeres; esa serie de factores en los que siempre han tenido desventaja histórica; -por la forma en que se ha organizado la sociedad, por las tareas que se les han delegado, sus características biológicas, sus dificultades para el acceso laboral y las condiciones una vez allí, la mala alimentación, la infrarrepresentación en los espacios de toma de decisiones, etc - y la manera en que todo esto incide en la perspectiva médica, en la elaboración del discurso científico, en la intervención en los cuerpos de las mujeres, en la normalización y la perpetuación de los estereotipos.

Ello desde luego implica cuestionar el orden dado hasta ahora, reconocer a las mujeres como seres libres, que han sido condicionadas por su contexto, un contexto que se ha normalizado y se ha mostrado como inevitable e inminentemente sufrible. Ser madres, ser cuidadoras, ser trabajadoras no remuneradas del hogar, estar predispuestas por las hormonas, ser menos sexuales que los hombres, ser delicadas y cautas, tener más facilidad para las tareas emocionales, estar “naturalmente” destinadas a sufrir y soportar dolor. Es necesario deconstruir esa idea de inevitabilidad y de marcado destino femenino, reconocer que ha sido producto de un orden social que se ha acomodado poniendo cargas a las mujeres y que ello ha repercutido indiscutiblemente en la salud y la vida de estas.

La salud de las mujeres no puede continuar dependiendo del nivel de sensibilidad y de conciencia de las estructuras científicas. Que finalmente viene siendo una réplica del nivel de conciencia de la sociedad misma. La garantía real de su derecho al más alto nivel de salud posible, no puede condicionarse al nivel de conciencia que tengan los científicos del momento. Es urgente que se visibilicen las diferencias, que la mujer deje de ser vista como lo otro, lo distinto, porque el patrón de medida sólo es uno, lo que responda a las características masculinas, pero además, la masculinidad normativa, la “normal”.

Se requieren instituciones científicas, médicas (y de toda índole) reales, confiables, no dotadas con una falsa objetividad que no es más que el reflejo de los estereotipos y opresiones de siempre. Las mujeres y en general los grupos excluidos, “anormalizados” por el discurso científico no pueden seguir por la vida “litigándose” – como abogado en juicio- su derecho fundamental a la salud, a que sus cuerpos, sus necesidades, sus voces; sean visibilizados, escuchados y encuentren soluciones reales.

Parir o no, tener orgasmos o no, enfermar o sanar, Vivir o morir; no tiene que seguir dependiendo de lo que la ciencia reproduzca del entorno, sino de las decisiones de las mujeres, de la apropiación de sus cuerpos, de un ejercicio real de autoconocimiento y libre decisión, acompañado eso sí, de una medicina diseñada también para ellas, ya no como un traje de talla ajena, sino uno hecho a su medida, para cubrir sus necesidades, sus miedos, sus dolores, sus cargas, sus cuerpos. Que esté elaborado con una tela de buena salud, sin tanta “objetividad” que apreta mucho y en lugar de eso más “realidad” que se ajuste a sus cuerpos.