

¿Feminismo en el mundo científico médico?

Feminism in Medicine?

CONSUELO MIQUEO

Universidad de Zaragoza

RESUMEN. Este artículo se interroga acerca del papel que ha tenido la epistemología feminista en la emergencia de los estudios de género y salud. Al revisar la literatura internacional observamos una falta de evidencias de esa influencia intelectual: se cita raramente a las teóricas del feminismo, casi no hay uso explícito del término feminismo, sustituido por el exitoso «sesgos de género» o «perspectiva de género», observándose similar silencio, incluso, en médicas significadas del movimiento feminista o reconocidas investigadoras de las redes de estudios de género, en el caso español. En este contexto, y tras examinar varias hipótesis explicativas del fenómeno, se propone cambiar los criterios de evaluación y el escenario para centrarse en la praxis médica y las relaciones terapéuticas. Finaliza la nota planteando la verdadera cuestión: ¿está influyendo esa práctica médica en el feminismo?, ¿cómo saberlo?

Palabras clave: feminismo, medicina, práctica médica

Una de las clasificaciones más sencillas de la diversidad de postulados feministas establece diferencias entre el *Feminismo empirista*, que afirmaría que el método científico garantiza la mejor verdad disponible, por lo que sólo habría que corregir los defectos, errores o sesgos patriarcales de la ciencia sin más cambios radicales, y el *Feminismo social o político*,

ABSTRACT. This paper examines the tension and paradoxes that arise during the evaluation of the effects of feminist epistemology in the medical community. The international medical literature shows us that feminist bibliography is not usually cited. The term feminism is replaced by the methodological technical terms of «gender bias» or «gender perspectives» or «gender based health studies» in the medical journal articles. Medical authors do not explicitly recognize feminist genealogy even if they are women integrated in a gender studies network or well-known members of the feminist movement in Spain. After the discussion of these and other phenomena, this essay postulates the use of new data and criteria to raise the visibility of the impact of feminism in medicine by reviewing the medical practice and the therapeutic relationship. Finally, the heading question is changed: how has been medical practice affecting feminism since the 90's?

Key words: feminism, medicine, medical practice

comprometido y coherente con los proyectos socialistas tradicionales y ecopacifistas actuales, que subraya la tradicional posición de las mujeres a favor de la naturaleza y el desarrollo sostenido y solidario, poniendo el acento en la función social de la ciencia y la responsabilidad política de las científicas. También suele distinguirse, matizando mucho más, la

epistemología del punto de vista feminista que propone partir de la vida de las mujeres, de sus necesidades y sus prioridades, como criterio básico para decidir y valorar en tecnociencia, y el *Feminismo postmoderno*, que realiza la crítica más radical tanto a la pretendida superioridad epistémica de la ciencia, como al inherente poder patriarcal de la ciencia, abogando por otra racionalidad que supere la dicotomía sujeto y objeto consustancial a la ciencia e, incluso, la de hombre y mujer, sumando teoría feminista al emergente movimiento *queer*. En la práctica, más que en la teoría, puede distinguirse también el llamado *feminismo de la diferencia sexual*, cuyo principal objetivo sería proporcionar el orden simbólico materno que le falta a la comunidad científica actual, poniendo el acento en otros valores como la autoridad, la libertad, la compasión o la empatía, sobre los convencionales de poder, éxito, eficiencia o competitividad. Pues bien, la comunidad profesional médica no usa con propiedad y relevancia epistémica ninguno de estos calificativos, ni ningún otro criterio taxonómico del feminismo o de los estudios de género que denote una conciencia de la diversidad de marcos teóricos feministas; ni siquiera nombra la palabra. Pero ¿lo necesita?

La revisión de la literatura médica internacional y española permite observar cómo la comunidad médica detecta, trata o previene sesgos de género o el androcentrismo del saber médico, la violencia contra las mujeres, que deteriora su salud, y actúa en su labor asistencial contra posibles desigualdades en razón de sexo o de los roles de género socialmente atribuidos. Se trata de actividades profesionales, intelectuales y científicas que muchos no dudarían en calificar de feministas, ni yo tampoco. Pero ¿es necesario valorarlas con ese calificativo? ¿Merece la pena tildarlas de feministas cuando

pueden ser catalogadas de rigurosamente científicas, políticamente correctas o simplemente sanitarias?

Situar la crítica feminista dentro de la propia comunidad científica

En los años noventa hemos visto cristalizar corrientes o programas de investigación feministas nuevos y más radicales, pero la novedad más característica ha sido que la crítica al sexismo de la ciencia se ha situado dentro de cada área de conocimiento, de cada especialidad, de cada laboratorio, centro de investigación o centro asistencial. Y en la mayor parte de los casos se ha elaborado ajena a —o a despecho de— los marcos epistemológicos citados, aunque vinculada inicialmente a movimientos sociales de carácter feminista, y llevada de la mano por las disciplinas humanísticas o especialidades médicas sociosanitarias. Un buen indicador es la evolución temporal y las características de los estudios internacionales sobre mujeres/género/feministas registrados en Medline/PubMed, referente mundial de la información científica médica. Por quinquenios, entre 1982 y 2002 se publicaron 353, 952, 2.319 y 3.251 artículos, observándose un cambio del foco atención desde los clásicos problemas de las diferencias fisiológicas o patológicas entre los sexos (incluidos los problemas de salud reproductiva) hacia la metodología de la investigación (del 3% al 42%) y, en menor medida, a las desigualdades asistenciales y relaciones interpersonales¹. Probablemente sólo una cuarta parte de esos 6.855 artículos estén diseñados desde la perspectiva de género, de seguir el patrón observado recientemente en España².

Privilegiar la reflexión crítica de las propias «expertas» ha significado darles mayor espacio y confianza que a los grupos feministas y grupos alternativos ex-

tracientíficos, que habían sido los principales protagonistas o los referentes intelectuales en las décadas anteriores. Ante aquel dilema, fundamentado epistémica y socialmente en el clásico *The feminist question of science* de Sandra Harding, se alzaron muchas voces alternativas, como la de Evelyn Fox Keller significando la lógica y ética de científicas relevantes, Helen Longino definiendo los criterios para la evaluación de la acción crítica feminista, o Diana Sartori y Enrichetta Susi creando la comunidad científica femenina Ipazia³. En este último caso, a mediados de los años ochenta, tras su ruptura política con la coordinadora italiana de mujeres y ciencia ante determinados problemas claves como Chernobil, el SIDA y otros, estas feministas de la diferencia sexual, vinculadas a la Librería de Mujeres de Milán y el grupo de Filosofía *Diotima* de Verona, cuestionaron la crítica feminista de rechazo frontal a la ciencia alegando la limitada eficacia de sus objetivos (debido a la fascinación y confianza social que ejerce la actividad científica), y su dudosa capacidad de representar así a las mujeres. Abogaron, por el contrario, por respaldar —autorizar— a las médicas o científicas que desarrollaran una práctica profesional que aspirara a garantizar la libertad de las mujeres y se fundamentara en la práctica de la confianza y el consenso o negociación en la relación profesional entre médicas y usuarias del sistema sanitario para la resolución de cada problema concreto⁴.

En muchos casos, el proceso de favorecer la crítica científica intracomunitaria, o la práctica autorizada de las profesionales, ha exigido de las feministas altas dosis de tolerancia e inteligencia para aceptar, o sortear, la proverbial moderación y soberbia de las expertas. Una confianza que, sin embargo, las médicas parecen estar ganando por el lugar simbólico que ocupan en la propia comunidad, es

decir, por su capacidad o «poder de» hacer a favor de las mujeres. Este conflictivo diálogo ha generado una rica teorización sobre algo impensado antes: el saber del propio enfermo, las relaciones entre expertos y legos, o el papel epistemológico de la relación terapéutica⁵. También que sean los propios científicos y las propias científicas quienes realicen —con su propia metodología profesional, en su estilo y lenguaje, y su autoridad profesional— una reflexión crítica sobre su saber y sus prácticas científicas desde esta nueva perspectiva y compromiso con los agentes sociales. Que fueran ellas y ellos quienes promovieran los cambios necesarios para evitar lo que desde el feminismo se había teorizado como «el malestar de las mujeres»⁶.

La deconstrucción técnica de los expertos: sesgos de género en la ciencia y práctica médica

Paralelamente a la incorporación masiva de mujeres a las especialidades médicas y su ascenso a puestos de dirección de revistas, institutos de investigación o consejos de política científica, se ha producido una progresiva sensibilización de la comunidad científica con los sesgos de género, perceptibles ya a simple vista y no sólo al microscopio feminista. Tras haberse demostrado cómo durante años se habían excluido las mujeres de ensayos clínicos y se aplicaban también a ellas resultados clínicos obtenidos mayoritariamente o exclusivamente en hombres, se desató la alarma al exigir el ministerio de sanidad de EE.UU. paridad en las muestras de estudio para otorgar subvención pública a las investigaciones. Hasta en los manuales universitarios, como el famoso *Harrison. Principios de Medicina Interna* llegaba la noticia, de modo que en la 14.^a edición de 1998 advertía en su Introducción: «Existen diferencias signi-

ficativas de sexo que afectan tanto a las mujeres como a los varones. Estas diferencias no han sido evidentes hasta ahora debido a que en el pasado, casi todos los estudios epidemiológicos se realizaban en varones»⁷.

Desde mediados de los años noventa observamos un verdadero afán por atender en detalle a la deconstrucción del androcentrismo en cada especialidad o disciplina concreta, en todo el ciclo de producción-consumo de la ciencia, y en todas las fases de una investigación⁸, guiado por una palabra clave —sesgos de género— cuya definición denota todo un programa de investigación: «el planteamiento erróneo de igualdad o diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a su naturaleza, sus comportamientos, sus razonamientos o sus necesidades; que puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto a otro»⁹. Analizando el crecimiento de la literatura internacional sobre salud basada en el género como categoría de análisis, hemos postulado la hipótesis de que el Programa que considere la diferencia sexual desde una perspectiva no androcéntrica tiene mayor «Índice de Progresividad» de Laudan que el programa alternativo (convencional) de la neutralidad sexual porque: 1) resuelve un problema simbólico, y no sólo científico o técnico, como es el rechazo social a las desigualdades de género y subordinación de lo femenino a lo masculino; 2) tiene una extensa área de aplicación científica (todas las especialidades y campos de la medicina curativa o preventiva, y por cualquiera de los actores sociales implicados, sean médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, etc.); 3) los resultados negativos son tan valiosos como los positivos, porque demostrar que no hay diferencias significativas en la morbilidad o en el estilo de vida de hombres o mujeres, sesgos de gé-

nero del saber o desigualdades en la práctica médica, interesa socialmente desde el mismo momento de su mera sospecha¹⁰.

La comunidad de especialistas en cardiología muestra cómo un programa no explícitamente feminista es formulado por profesionales varones que, siguiendo patrones de conducta profesional normales, incorporan los resultados de la investigación internacional y la aplican a su campo profesional en su país. El problema se planteó tras los estudios epidemiológicos que demostraban una incidencia de patología coronaria cardiaca en las mujeres muy superior a la esperada y con altas tasas de mortalidad, de modo que se convertía en la primera de las causas de mortalidad de las mujeres de mediana edad¹¹. En el año 2000 el cardiólogo Alfonso Castro Beiras, editor de la primera monografía española sobre el tema, diagnosticaba lúcidamente la situación proponiendo, en su introducción, el ambicioso programa para evitar esta discriminación negativa por sexo que transcribo íntegro:

1) Investigar si hay razones biológicas que obliguen a modificar las pautas diagnósticas o terapéuticas, o es sólo un problema de percepción o de indicación de técnicas o métodos adecuados; 2) Investigar si este problema se produce sólo en la enfermedad coronaria o también en las demás entidades en que se aprecian diferencias y que han sido menos exploradas (cardiopatías congénitas, valvulares, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, miocardiopatía y trasplante cardiaco); 3) Investigar la relación entre embarazo y enfermedad cardiovascular, dado que ha aumentado la frecuencia de embarazos; 4) Estudiar aún más las relaciones hormonales y las enfermedades cardiovasculares especialmente en lo relacionado con los anticonceptivos orales y con la terapia hormonal sustitutiva para dar consejo fundado a las pacientes; 5) Obtener información específica sobre al uso de los fármacos cardiovasculares, puesto que las recomendaciones están basadas en los

datos derivados de los resultados obtenidos en los estudios realizados predominante, o exclusivamente, en poblaciones de hombres jóvenes o de mediana edad; 6) Corregir la inequidad que resulta de no incluir la proporción adecuada de mujeres en ensayos clínicos como para obtener de ellos información válida en mujeres; 7) Mejorar el conocimiento sobre esta patología con más estudios epidemiológicos que valoren los factores de riesgo, sobre todo los derivados de aspectos psicológicos y socioeconómicos que resultan de la diferente facilidad de acceso al mundo laboral; 8) Aumentar la conciencia de las propias mujeres de los problemas cardiovasculares que les afectan a lo largo de la vida (a través de las autoridades sanitarias, asociaciones y organizaciones civiles, prensa, etc.); 9) Mejorar los niveles de información y formación en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la patología cardíaca en la mujer y estimular el interés por los estudios en este campo ¹².

El velo del feminismo intracomunitario

El análisis de los textos científicos médicos de estudios de género y salud denota un claro desinterés e ignorancia del feminismo, no sólo de las corrientes epistemológicas más conocidas y objeto de curso obligatorio en los estudios universitarios de género, sino también del movimiento social característico del siglo. Un silencio ante este determinante socio-cultural de su propia producción científica y práctica profesional que consideramos significativo.

Muchas de sus autoras, incluso las más sabias en la cultura o prácticas feministas y conscientes de su valor como fundamento de esa «nueva mirada» o perspectiva científica de género, normalmente eluden citar sus fuentes de información o formación feminista si, como es habitual, se trata de libros o capítulos de libro. Si consideramos las citas como el espacio instituido para el normal reconocimiento de la selecta genealogía intelectual, podemos preguntarnos sobre el

motivo de este estilo de citación que sorprende a la mirada de las científicas de ciencias humanas y sociales. Creo que se debe, por un lado, a las estrictas normas de publicación y los criterios de evaluación científica, que no sólo privilegian los artículos de revistas de alto factor de impacto escritas en lengua inglesa, sino que penalizan las referencias de libros y de capítulos de libro; y, por otro, a la cultura biológica de los profesionales de la medicina, que les incapacita mayoritariamente para el autorizado o comfortable uso de conceptos y términos no biológicos; en tercer lugar, se debe a la cultura pragmática de la profesión, que les exige continuamente una precisión terminológica técnica donde sólo caben expresiones de valor auténticamente universal ¹³.

En este contexto, en nuestra comunidad médica más próxima podemos observar las primeras señales de superación del estricto marco científico-natural o biológico convencional, apareciendo el espacio simbólico donde podría tener lugar la normalización lingüística de las epistemologías feministas. Los síntomas más significativos y recientes son, en mi opinión, los siguientes: 1) la aceptación del vocablo «marco general» para referirse a la necesaria integración de presupuestos psicosociales en Atención Primaria y, entre ellos, el del «*sistema sexo/género*» ¹⁴; 2) la integración de profesionales de antropología, sociología, filosofía, política o historia en algunos equipos de investigación de especialidades socio-sanitarias, o la práctica asidua de la interdisciplinariedad de las redes de estudios de género y salud y seminarios feministas ¹⁵; 3) el descubrimiento de la existencia de «sesgos de género» en la investigación, debido a defectos de infra-representación de mujeres o hembras en las muestras de estudio, con la consiguiente crítica a la universalidad del conocimiento científico y la aparente sim-

plicidad de las fórmulas de corrección de este defecto del método científico; y 4) la lectura y obligada aplicación de la ley integral contra la violencia de género, cuyo texto preliminar o de fundamentos y la polémica social generada ha proporcionado un discurso —construido con mucho esfuerzo— con un vocabulario técnico sociocultural que está integrándose poco a poco en la práctica asistencial cotidiana.

En esa incorporación de palabras, conceptos, ideas y valores feministas en la profesión médica española no ha sido baladí la actividad de comprensión de la violencia contra las mujeres de la médica Pilar Blanco y la farmacéutica Consuelo Ruiz-Jarabo y otras colegas con su temprana y bien publicitada segunda edición, de Díaz Santos, del manual *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*, cuya primera versión había sido publicada, significativamente, por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública¹⁶. Este manual pionero situaba el problema fuera del marco patriarcal y victimista, evitando caer en la tentación de la prepotencia médica, profesional y técnica, ante una cuestión que socaba los cimientos del orden social patriarcal, pero también roza los sueños y frustraciones más íntimas de muchas mujeres que padecen y soportan la violencia del compañero sentimental. Por ejemplo, en el capítulo *¿Qué hacer cuando una mujer nos dice que está siendo maltratada?*, sus autoras proponían la siguiente guía práctica clínica:

«a) Recibir a la paciente sola, escucharla, crearla e intentar que se sienta cómoda y segura. El ser creída puede ser para muchas mujeres un experiencia importante de reafirmación; b) Asegurarle la confidencialidad de la visita: “sepa Ud. que lo que me está diciendo es confidencial y quedará entre nosotras”; c) Informarle de que el maltrato es un problema que afecta a muchas mujeres puede ayu-

darla a disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento; d) Decirle que nadie merece ser maltratada, que ella no tiene la culpa; e) Comentarle que precisa ayuda y se le puede ayudar, aunque no intervendremos si ella no lo desea; f) Explicarle que no es conveniente para ella que comente esta conversación con su pareja (habitualmente el marido ha logrado el control sobre ellas, obligándoles a contarle todo lo que hacen); g) Empezar a explicarle que algunos de los síntomas que presenta son consecuencia de la violencia que padece». En resumen, se indicaba, que «la escucha activa y comprensiva y el dar unas informaciones básicas constituyen ya, de hecho, una intervención terapéutica que puede resultar de gran ayuda para la mujer»¹⁷.

Desde aquellas iniciales guías para atención sanitaria hasta las actuales investigaciones protocolizadas han pasado nada más que siete años, que parecen siete décadas. De esta práctica cotidiana quedan pocas huellas o evidencias accesibles a un analista externo. Un ejemplo nos lo proporciona el artículo más reciente publicado por la revista *Medicina General*, portavoz de la tradicional sociedad de tal nombre, elaborada por profesionales no vinculados a las redes de estudios de género o feministas y escrita en el mismo estilo científico y lenguaje que los demás artículos biomédicos¹⁸. Ocho autoras y autores de un centro de salud urbano de una ciudad de mediano tamaño (Lérida) realizaron este estudio (descriptivo transversal) entrevistando a 200 mujeres que convivían o habían convivido en pareja, seleccionadas al azar entre las usuarias que acudían a la consulta durante un período de tiempo de tres meses, garantizando el anonimato y utilizando un determinado método para obtener una mejor disposición a contestar el cuestionario. Si tenemos en cuenta que el mero planteamiento del proyecto, elección del diseño, o la simple elaboración del cuestionario ya obligaba a cuestionar la etiopatogenia de la violencia, los diferentes tipos y sus síntomas precoces, etc., etc., podemos

imaginar aquel contexto de práctica feminista, aunque no sea fácil ponerle apellidos ni percibir la connotación afectiva que la palabra pueda generar. Pero si leemos los Resultados y la Discusión del artículo, no cabe dudar sobre dónde está el escenario de la construcción del nuevo discurso feminista o antipatriarcal en la ciencia. La lista de datos de frecuencias, con sus intervalos de confianza, que se muestran en la tabla n.º 2 contempla estos hechos —que tenemos que imaginar escritos junto a las tasas de colesterol, triglicéridos o ácido fólico: «Sentirse agredida en su entorno más cercano, temer por su propia vida, pedir ayuda a los vecinos por agresiones, llamar a la policía, sufrir agresión física, impedirle la vida social, quitarle o controlar el dinero, insultar o amenazar, controlar su vida, forzar relaciones sexuales, no tener en cuenta sus necesidades, producirle miedo, golpearla o empujarla cuando se enfada, hacerla sentir inútil, hacerla sentir torpe, ironizar o no valorar sus creencias, no valorar su trabajo, humillarla ante los hijos»¹⁹. Pero todo ello sin nombrar —en el apartado de Fundamentos o en el Material y métodos— ningún término del campo semántico del feminismo o patriarcal, salvo «violencia doméstica». Tan visible es el vacío terminológico que en el párrafo habitualmente destinado a nombrar la «etiología o etiopatogenia» tan sólo se dirá: «Los factores que influyen en esta problemática son múltiples. La violencia doméstica se puede definir como la producida en el ámbito familiar por el que es o fue su compañero sentimental y engloba tanto la agresión física, la psíquica y la sexual»²⁰, remitiendo al lector o lectora a la autoridad del artículo más internacional de significadas colegas pertenecientes al «colegio invisible» en este nuevo campo científico.

Y si las médicas no asimilan esta genealogía, no nombran explícitamente

filiación intelectual o política feminista, ¿por qué hacerlo nosotras?

Genealogía del padre, genealogía de la madre

En su escepticismo, la cuestión del título: ¿feminismo en la comunidad médica?, me parecía pertinente porque traduce, además del aludido corsé retórico académico, un conflicto de autoridad. O, si se quiere, un conflicto de identidad profesional que tienen —tenemos— las mujeres, divididas entre la fidelidad a los cánones de pertenencia a la comunidad científica y la pertenencia sexual; un conflicto que el feminismo —los feminismos— ya han teorizado. Como afirmaba en 1998 la filósofa Diana Sartori, y antes que ella Evelyn Fox Keller o Luce Irigaray, Françoise Collin, Luisa Muraro, Milagros Rivera, Clara Jourdan y muchas otras, el conflicto de autoridad representa el precipitado actual del dilema de la emancipación de la mujer, que lleva a configurar la relación ciencia-mujeres según la oposición clásica entre el «ser una mujer» y el «ser una científica» reconocida en un ámbito profesional tradicionalmente masculino (aquello del «todo se vuelve débil al asociarse con mi sexo», que denunciaba en 1405 Cristina de Pizán, o lo que mis estudiantes de medicina reconocen enseñada ante palabras más actuales como «¿toda feminización profesional conlleva su depreciación?»). Porque, efectivamente, es esa autoridad científica y prestigio lo que tememos perder al reconocer nuestra condición sexuada y al atribuir, igualmente, esa parcialidad a los colegas varones y desconfiar de la universalidad o neutralidad de la ciencia; es la marginalidad y dolor de esa desautorización de la comunidad de expertos y expertas colegas lo que se quiere salvar al evitar usar expresiones que, como cáncer y sida y antes tuberculosis o lepra, generan ansie-

dad o rechazo en quien las escucha y pueden mover el desprecio de lo así designado ²¹.

Pero no sólo hay un problema de estilo retórico y ético consustancial al positivismo científico-natural predominante, o de defecto de reconocimiento de la genealogía femenina o feminista. En ese vivirse demediadas simbólicamente o huérfanas de estirpe materna, al asumir la crítica feminista se corre el riesgo de tomar postura crítica contra la propia ciencia y sus estructuras, alejando o dificultando toda posibilidad de relación con las mujeres que aman y practican la ciencia médica, incluida una misma. Es de la superación de ese dilema que podemos hablar siempre que observemos señales de búsqueda de sentido de lo femenino: cuando cambiando la dirección de la propia mirada se dirija a «las semejantes», es decir, hacia las otras mujeres y, en primer lugar, hacia aquellas que por opciones similares, deseos o casualidades se hallan cerca. En ese girar la mirada apartándola del «reflejo en el otro del padre» —como afirmaba Diana Sartori en su ya clásica reflexión «La autoridad en cuestión» ²²— podemos encontrar más señales ciertas y seguras de práctica feminista, o de práctica libre de mujeres autorizadas, que en los análisis del discurso basados en los análisis de textos y citas. Porque hoy la crítica feminista a la ciencia se ha situado y crecido dentro de la comunidad y ha cambiado de faz.

Quizá la muestra colectiva más representativa del integración del feminismo en la comunidad científico-médica española sean las actividades de la *Red de Médicas y Profesionales Sanitarias* creada en 1999 desde el Programa de «Mujer, salud y calidad de vida» coordinado por la especialista en endocrinología Carmen Valls i Llobet. Los principios fundacionales y objetivos programáticos iniciales son elocuentes. Para neutralizar los sesgos de género —previamente mostrados y clasifica-

dos—, se proponía dirigir la atención hacia los temas que son centrales para la salud de las mujeres, y definir sus necesidades incluyendo como fuente de información sus experiencias, su fisiología y su entorno sociolaboral. Para ello se consideraron relevantes los métodos de participación y la integración de las investigaciones cualitativas y cuantitativas, además de la colaboración interdisciplinar. Como recomendaciones metodológicas se propuso que las investigaciones en salud incluyeran tanto hombres como mujeres, que los diseños tuvieran en cuenta tanto las diferencias naturales o biológicas entre hombres y mujeres como sus roles sociales, que el género fuera una variable sustantiva más que una variable de control en investigación de salud, y que se crearan diseños innovadores capaces de descubrir las manifestaciones peculiares de las enfermedades en las mujeres, o desvelar las actitudes de los médicos/médicas que conducen a desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso y la administración de recursos sanitarios ²³. Desde 1999 esta *Red* ha desarrollado sus simposios anuales de género y salud —o cursos de autoformación, como suelen denominarse, significativamente— organizadas por el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) y desarrolladas en la sede del Instituto de la Mujer del Ministerio de Asuntos Sociales en Madrid, o en Barcelona (CSIC). Uno de los espacios relacionados es la revista *Mujeres y salud*, dirigida desde 1996 por la legendaria activista de los años setenta y ochenta Leonor Taboada, sostenida por Margarita López Carrillo, y editada por el Programa «Mujer, salud y calidad de vida» del citado CAPS. La Red de Médicas y Profesionales de la Salud del estado español no ha dejado de crecer en número de asociadas, publicaciones o actividades diversas, y en definición y alcance de los objetivos propuestos.

En contraste y complementariamente, podemos analizar el discurso institucio-

nal generado en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el mismo escenario donde las médicas y médicos suelen reunirse para tomar decisiones habituales de la agenda sanitaria de sus respectivas especialidades profesionales. Es interesante observar *post hoc* las recomendaciones político-científicas propuestas en el Primer Taller de Expertos de género y salud organizado en octubre de 2004 por el recién creado *Observatorio de la Salud de la Mujer*, sobre todo si tenemos en cuenta el contexto de producción. El objetivo de aquella reunión fue definir la agenda política, científica y sanitaria del *Observatorio*, que era entonces una entidad de nueva creación a desarrollar en el seno de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. La relación de expertas/os participantes, a los que se seleccionó por su currículum en estudios de mujeres/género, muestra a muchas facultativas tradicionalmente vinculadas al movimiento feminista español. Por lo tanto, podemos considerar esta agenda como el discurso político (científico sanitario) representativo del feminismo en la comunidad médico-sanitaria española. La agenda de recomendaciones, en escrito todavía informal, fue la siguiente:

1) Incorporación de una cláusula a la normativa legal en las subvenciones a los proyectos de investigación que pretendan conclusiones generales que obligue a incluir poblaciones femeninas y masculinas. 2) Recomendaciones que pongan en valor la importancia de investigaciones que contemplen el género, la clase social y la etnia. 3) Establecer en el seno del consejo del FIS un mecanismo que vele por la investigación salud/género que contemple una cuota de «paridad». 4) Introducción de la dimensión de género de los sistemas de acreditación en los centros profesionales, programas y protocolos asistenciales. 5) Modificación de la normativa sobre la publicación de estadísticas de salud que incluyan datos al menos por sexo y también que permitan interrelacionar sexo edad y condición de trabajo. 6) Grupo de expertos que

creara una plataforma permanente y actualizada sobre la salud de las mujeres abierta a los agentes de salud. 7) Recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género a los diagnósticos, planes de salud, programas y a las carteras de servicios del SNS. 8) Recomendaciones para que las fuentes de información sistemáticas introduzcan la perspectiva de género y homogeneización de las fuentes establecida por el consejo interterritorial. 9) Recomendaciones para unificar criterios, términos, definiciones en la perspectiva de salud y género. 10) Creación de un grupo de trabajo para la unificación de las recomendaciones preventivas. 11) Potenciar la investigación de factores determinantes de salud de las mujeres con mayor segmentación para ofertar programas de acuerdo a la diversidad de las mujeres. 12) Realizar estudios cualitativos para valorar las resistencias y, ante esta situación, asegurar la accesibilidad a la formación ²⁴.

Estas informales y quizá vagas formulaciones han dado lugar en tres años a numerosos proyectos de investigación, varias redes de investigación, decenas de artículos y programas docentes, consolidando una auténtica sociedad de especialistas. Sin embargo, el producto política y científicamente más relevante es el *Informe Salud y Género 2005* presentado al Congreso de Diputados en diciembre de 2006 por su directora Concha Colomer Revuelta ²⁵. Su relevancia científica radica en que instituye un cambio paradigmático muchas veces demandado (ya no se titulará *Informe Salud y mujer*). Veamos, por ejemplo y ante la dificultad de trasladar sus elocuentes gráficas, cómo ha sido conceptualizada la «Violencia» en el privilegiado espacio de las 12 Conclusiones relativas a los «12 principales» problemas sanitarios detectados:

«La violencia, causa de malestar social, tiene un claro patrón de género. Es un componente de la masculinidad hegemónica, que repercute negativamente en la salud de los hombres produciéndoles lesiones y discapacidades. Pero también tiene consecuencias sobre la salud de las mujeres. La

violencia de género, tanto por su magnitud, como por su impacto sobre la salud mental y física de las afectadas y de sus hijas e hijos, se considera un tema prioritario de salud pública. En el terreno sanitario se plantea el desarrollo de instrumentos, como el protocolo para la atención integral, y la necesidad de evaluar a medio y largo plazo el impacto de la Ley 1/2004» (p. 93).

¿Transferencias intelectuales del mundo médico al feminista?

Se están produciendo cambios de dirección del flujo de autoridad y conocimiento en la interacción feminismo y comunidad científica; unos cambios que completan y renuevan las aportaciones clásicas desde el psicoanálisis, psiquiatría o ginecología. Las señales son numerosas, pero pocas han dejado huella escrita que me interese tanto como las desarrolladas en el mundo de la comunidad científica Hipatia o Diótima en Italia. En mi entorno más próximo, el ejemplo más reciente es la activación para el próximo curso 2007-08 de una nueva asignatura —*Emmalaltir, guarir, viure. Una reflexió desde l'experiència femenina*— en el ya clásico Máster de Estudios de Mujeres del centro *Duoda* de la Universitat de Barcelona, ahora significativamente retitulado Máster en Estudios de la libertad femenina. Una «médica de familia» de la citada *Red* de médicas, Pilar Babi Rourera, se ha propuesto tratar sobre la necesidad de hablar del cuerpo, de conocerlo a través de la relación con los demás y de la relación médica-enferma, planteándose tres cuestiones: qué tiene la medicina de traductora, qué los médicos y médicas de mediadores, y por qué algunas enfermedades de las mujeres parecen no tener sentido (como la fibromialgia, dolor crónico, anorexiabulimia)²⁶. En definitiva, su objetivo pedagógico ya no es formar a las y los asistentes en la crítica a la ciencia convencional, ni siquiera es for-

marles en el nuevo conocimiento generado por las investigadoras en estudios de género, sino proporcionar y obtener, con quienes se forman en feminismo, claves de experiencia de salud y enfermedad. Lo insólito: una médica clínica maestra para feministas. ¿Por qué interesa su lección tanto o más que la de una teórica crítica de la ciencia?

Terminado el recorrido me pregunto sobre la cuestión que articulaba esta nota. ¿Feminismo en la comunidad científica médica? Quizá la pregunta carezca ya de sentido porque la cuestión que importa es, en realidad, otra: qué aporta la medicina al feminismo. ¿Qué categorías de análisis o qué pensamiento, qué espacio simbólico y qué prácticas profesionales de médicas o médicos favorecen —o dificultan— el libre sentido de sí de las mujeres? Es decir, ¿qué hace la comunidad profesional médica por el reconocimiento de la valía de las mujeres y de su experiencia de salud y enfermedad física o moral, por la fidelidad a sus valores y proyectos de vida personales, sea cuales fueren? Que la libertad, vivida personalmente como condición de «realización simbólica», sea el principal factor de protección contra la enfermedad es algo sabido entre mujeres de la comunidad de profesionales y usuarias de los servicios sanitarios; pero ahora empieza a decirse con la persuasiva claridad de su autoridad científica. Y para los analistas externos queda, por ejemplo, el recuento y significación del proceso de construcción científico-profesional de términos-conceptos nuevos. Puede ser una tarea apasionante conocer el origen, la transferencia, circulación y aceptación o rechazo de palabras/conceptos nuevos que transcriben —en código científico— el «malestar de hombres» y el «malestar de mujeres» en nuestras sociedades postpatriarcales, tales como: «escala de sobrecarga del cuidador», «patrones de búsqueda de ayuda», «trabajo de reproducción», «percepción de riesgo de lesiones de tráfico», «violencia

cia de género» o «pacientes multifrecuentadoras». Para las docentes, el placer de ver asomarse —sin ocultar su estirpe cultural— estos mismos términos/conceptos

y bibliografía en los manuales universitarios y en los programas de curso, porque ofrecen palabras, complicidad y autoridad a quienes lo necesitan.

NOTAS

¹ Seleccionamos los artículos circulantes en MEDLINE que cumplieran las condiciones de: nombrar gender- o sex- o women- en el título; estar codificados con el descriptor Mesh «prejudice» (incluye sexistas), o nombrar «sesgos de género» en el resumen del artículo (perfil de búsqueda: gender* near bias*). Los campos temáticos explorados fueron Body weights and measures (18 descriptores), epidemiological methods (186 descriptores) y Methods, evaluation studies (25 descriptores), Interpersonal relations, Health occupations y Health care (156 descriptores específicos). Miqueo, C. «Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea». En J. Martínez Pérez et al. (eds.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2004, pp. 45-66. C. Miqueo et al., «Progresividad del Proyecto Género en Salud. Análisis bibliométrico de la literatura internacional: 1982-2002». En: E. Pérez Sedeño et al. (eds.) *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, Madrid, CSIC, 2006, pp. 231-240.

² E. Castaño-López et al., «Publicaciones sobre mujeres, salud y género», *Rev. Española de Salud Pública*, 80, 2006, 705-716.

³ E. F. Keller, *Seducida por lo vivo. Vida y obra de Barbara McClintock*, Barcelona, Fontalba, 1984; R. Bleier, *Science and gender*, New York, Pergamon Press, 1984; The october 29th group, *Defining a feminist Science, Women's Studies International Forum*, 12 (1989), 252-259; Helen Longino, *Science as social Knowledge. Values and objectivity in Scientific Inquiry*, Princeton, Princeton UP, 1990; S. Harding, *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*, Ithaca, NY, Cornell University Press, 1991; Hipatia, *Autoridad científica, autoridad femenina*, Madrid, horas y Horas, 1998; E. F. Keller, *Making a difference: Feminist Movement and feminist critiques of science*. En: A. Creager, E. Lunbeck y L. Schiebinger (eds.), *Feminism in twentieth-century science, technology, and medicine*. Chicago, Chicago UP, 2001, pp. 98-109; M. González «Epistemología feminista y práctica científica», en N. Blázquez Graf y J. Flores, *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. México, UNAM-CIICH- Plaza y Valdés, 2005, pp. 575-596.

⁴ Diotima, *Traer al mundo el mundo. Objeto y objetividad a la luz de la diferencia sexual*, Barcelona, Icaria, 1996; Hipatia, *op. cit.*; Diotima, *El perfume de la maestra. En los laboratorios de la vida cotidiana*, 2.ª ed., Barcelona, Icaria, 2004. Hipatia, *Dos para*

saber, dos para curar, Madrid, horas y Horas, 2004. Varias de sus autoras más significadas publican regularmente en la revista española *Duoda* y en la italiana *Via Dogana*.

⁵ Enrichetta Susi, «Presentación», en *Dos para saber, dos para curar*, *op. cit.*, pp. 21-30; Luisa Muraro y Daniela Rivoli, «Acompañar la mente enferma», en *El perfume de la maestra*, *op. cit.*, pp. 73-92; C. Miqueo y M. J. Murria, «Una apuesta por la relación. Traducir “Dos para saber, dos para curar”», en C. Tomás Aznar et al., *Diálogos Interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género*, Zaragoza, SIEM, 2006, pp. 53-67.

⁶ En este proceso de integración institucional de la crítica feminista en su agenda científica destacan en España los casos del CSIC y las sociedades de Epidemiología y Salud Pública, Cardiología, Neurología, Atención Primaria, Enfermería e Historia de la Medicina. Son buenas muestras, por ejemplo, los números monográficos de sus revistas: E. Pérez Sedeño (comp.), «Mujer y ciencia», *Arbor* 1993, CXIV, 198 pp.; V. Fernández Vargas y M. J. Santesmases (eds.), «Ciencia y tecnología en el CSIC: una visión de género», *Arbor* 2002, CLXXII, n.º 679-680; «Género y salud: la visión epidemiológica», *Gaceta Sanitaria* 2002, 16; «Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública», *Gaceta Sanitaria* 2004, 18 (supl. 2); M. Cabré i Pairet y T. Ortiz Gómez (eds.), «Mujeres y salud: prácticas y saberes» (Monográfico). *Dynamis* 1999; 19, 17-400. También son significativas la creación de la Red de Investigación en salud y género (RISG) en 2002, el Observatorio de la Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2004, y la Unidad de Mujer y Ciencia del Ministerio de Educación y Ciencia en 2006.

⁷ A. Fauci et al., *Harrison. Principios de medicina Interna*. 14.ª ed., Madrid, Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998, pp. 4-5. La lista de enfermedades en que se han observado diferencias entre los sexos ha ido aumentando. A las tres iniciales, coronariopatías, hipertensión y enfermedades autoinmunes de 1998, se añadieron en la siguiente edición de 2002: lupus eritematoso, esclerosis múltiple y cirrosis biliar. C. Miqueo, «El valor epistemológico de la diferencia sexual en los tratados de Patología Médica», en N. Blázquez y J. Flores (eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, UNAM-CIICH-Plaza y Valdés, 2005, pp. 377-404.

⁸ Son excelentes síntesis las de M. T. Ruiz y L. M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *J. Epidem Commun Health* 1997 (51): 106-109; C. Valls, «El estado de la investigación en salud y género», en C. Miqueo et al., *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, 2001, pp. 179-195; y T. Ruiz Cantero, «Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad», en *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, 2001, pp. 162-177.

⁹ Teresa Ruiz Cantero, *op. cit.*, p. 164.

¹⁰ C. Miqueo et al., «Progresividad del Proyecto Género en Salud», en *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, *op. cit.*, pp. 231-240.

¹¹ I. Rohlfis et al., «Género y cardiopatía isquémica», *Gaceta Sanitaria* 2004, 18 (supl.2): 55-64.

¹² A. Castro Beiras (ed.), *Enfermedad cardiovascular en la mujer*, Barcelona, Masson, 2000, p. IX.

¹³ La invisibilidad de este marco epistemológico resulta inevitable al no usar los tecnicismos adecuados, y ello en un campo profesional muy vivo que cada año incorpora o modifica unas 700 «nuevas palabras» a los thesaurus o descriptores de clasificación instituyendo ese «nuevo saber» científico producido anualmente. La mera revisión del «uso natural» de palabras como *feminismo* o *feminista* en *Medline/PubMed* arroja un total de 2.384 registros desde 1966 (la quinta parte de los referidos a cualquier enfermedad). De ellos, un tercio (800) fueron publicados en revistas de enfermería, y casi otro tercio en revistas de historia de la medicina, trabajo social o sociología, medicina alternativas y otras revistas de ciencias humanas. En España en ese periodo sólo han quedado registrados siete artículos en *Índice Médico Español*, casi la mitad de los cuales fueron publicados en los años setenta. Los recientes son: C. Borrell, I. Rohlfis, L. Artazcoz y C. Muntaner, «Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?», *Gaceta Sanitaria*, 2004, 18 (supl.2): 75-82; C. Vives-Cases, C. Álvarez-Dardet, C. Colomer y A. Bertomeu, «Una experiencia de defensa de la salud en violencia contra las mujeres», *Gaceta Sanitaria* 2005, 19 (3): 262-264; S. Velasco, M. T. Ruiz y C. Álvarez Dardet, «Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres», *Revista Española de Salud Pública* 2006, 80 (4): 317-333; E. Castaño López, J. Plazaola Castaño, J. Bolívar Muñoz y I. Ruiz Pérez, «Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)», *Revista Española de Salud Pública* 2006, 80 (6): 705-716.

¹⁴ Sara Velasco, *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2004. Fue interesante observar *in situ*, en las Jornadas de Género y Salud celebradas en Zaragoza en septiembre de 2005 cómo se prefería la expresión «sistema sexo/género», salvo en los casos de

profesionales sanitarias con estudios de antropología, sociología o psicología que usaban con comodidad y competencia la expresión «feminismo», por ejemplo: Eugenia Gil García, «Técnicas de investigación: análisis del discurso de la ciencia y del enfermo», publicado en Tomás Aznar, *Diálogos interrumpidos*, *op. cit.* pp. 27-38. No hay que olvidar que las referencias explícitas al «feminismo» han sido constantes en las publicaciones de expertas en ciencias humanas y sociales de la medicina.

¹⁵ Citaré dos ejemplos relevantes, ambos vinculados a la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. M. T. Ruiz, M. Martín, D. La Parra, C. Vives y M. Albaladejo, «El enfoque de género en las noticias de salud», *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (supl. 2): 65-74; R. Peiró, N. Ramón, C. Álvarez-Dardet, C. Colomer, C. Moya, C. Borrell, A. Plasència, E. Zafra y M. I. Pasarin, «Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue», *Gaceta Sanitaria* 2004, 18 (supl 2): 36-46. Resulta pertinente añadir que estos mismos textos, de profesionales reconocidos y comprometidos con el movimiento feminista en España, paradigmáticos del esfuerzo de integración de presupuestos feministas aplicados inteligentemente a su práctica profesional y utilizados, por ello, como material docente en mis clases sobre deconstrucción del androcentrismo, fueran criticados por su absoluta tibieza ideológica feminista por la mayoría de los estudiantes internacionales de un máster de estudios de género durante el curso académico 2005-06.

¹⁶ C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco, *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección: cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Madrid, Díaz de Santos, 2004.

¹⁷ Pilar Blanco y Consuelo Ruiz-Jarabo, *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*, Madrid, FAPDSP, 2000, p. 97.

¹⁸ J. Soler González, T. Vidal Bertrán, M. C. Ruiz Magaz, X. Gómez Arbonés, J. Durán Rabés, P. Santafé Soler, D. Riba Torrecillas y A. Plana Blanco, «Violencia doméstica en mujeres de un centro urbano», *Medicina General* 2006; 87: 511-518.

¹⁹ Soler, *op. cit.*, p. 515.

²⁰ Soler, *op. cit.*, p. 512.

²¹ Numerosos estudios sobre la posición social de las científicas han evidenciado este problema. Han sido relevantes los estudios de Marisa García de Cortázar, Ana Guil, Eulalia Pérez Sedeño, Fátima Arranz o Teresa Ortiz. Recientemente Emilce Dio-Bleschman lo ha tratado desde su óptica clínica psicoanalítica. Considero lecturas claves del feminismo y práctica de la diferencia sexual, además de las citadas en notas 3 y 4, las siguientes: VV.AA., *No creas tener derechos*, Madrid, ed. horas y Horas, 1991 (2.^a ed. 2004); M. Rivera, *Nombrar el mundo en femenino*. Barcelona, Icaria, 1994; L. Muraro, *El orden simbólico de la madre*, Madrid, horas y Horas, 1995; L. Cigarini, *La política del*

deseo, Barcelona, Icaria, 1995; R. Braidotti, *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona, Gedisa, 2004; F. Collin, *La praxis de la diferencia. Liberación y libertad*, Barcelona, Icaria, 2006; M. Rivera, *La diferencia sexual en la historia*, Valencia, PUV, 2005; C. Magallón, *Mujeres en pie de paz*, Madrid, Siglo XXI, 2006.

²² D. Sartori, «La autoridad en cuestión», en Hipatia, *Autoridad científica, autoridad femenina*, Madrid, horas y Horas, p. 78.

²³ Carmen Valls, «Desigualdades de género en salud pública. Ponencia. I Jornadas de la Red de

médicas y profesionales de la salud, Madrid, julio de 1999», en *Género y Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer, p. 20.

²⁴ Documentación del «Primer Taller Mujer, salud y género. Construyendo el Observatorio de la Salud de las Mujeres», Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 5 y 6 de octubre de 2004 (inédito).

²⁵ *Informe Salud y género 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf>

²⁶ <http://www.ub.edu/duoda/master.html>