

Resumen

Con relación a la salud de las mujeres lo que se considera natural ha sido fuertemente naturalizado al considerar la inferioridad femenina, elemento básico del discurso médico, como una diferencia construida culturalmente.

En este artículo me refiero a la medicalización como una constante en nuestra sociedad desde el siglo XVIII y que ha incidido en la construcción de las mujeres bajo la condición de subordinación y opresión y negando la subjetividad y las posibilidades individuales.

Dicho camino lo recorro con algunos ejemplos de lo que he llamado *circularidad* evidenciando contradicciones que son incuestionables e invisibles para los servicios de salud.

Palabras clave:

Circularidad, creencias morales, condición de las mujeres, situación de las mujeres, sistema de salud

Summary

In relation to the health of women what is considered natural has been naturalized to strongly consider the female inferiority, a basic element of the medical discourse, as a difference constructed culturally.

In this article I am referring to the medicalization as a constant in our society since the eighteenth century and it has affected the construction of women from the condition of subordination and oppression and denying the subjectivity and the individual possibilities.

That way it surprises with some examples of what I have called *circularity* demonstrating contradictions that are unquestionable, invisible to the health services.

Key words:

Circularity, moral beliefs, women's condition, women's situation, health system

Autora:

Constanza del Rocío Fletscher Fernández.

Feminista.

Socióloga y Magíster en Antropología Social, Universidad Nacional de Colombia.

Estudiante Doctorado en Estudios Latinoamericanos, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

Becaria de CONACYT.

Área de investigación: Teoría feminista y salud de las mujeres.

Salud en cuerpo de mujer.

Apuntes sobre la circularidad de los servicios de salud.

En tiempos de Aristóteles se creía que cada mes fluía una sangre destinada a constituir, en caso de fecundación, la sangre y la carne del niño; la verdad de esta vieja teoría radica en que la mujer esboza sin respiro el proceso de la gestación (Beauvoir, 1999:14)

En “El segundo sexo”, Simone de Beauvoir critica los sesgos patriarcales en la ciencia, al analizar la sexualidad y el papel de la mujer limitado a albergar el producto de la gestación mientras que el del hombre es de creador del nuevo ser. Una de sus principales réplicas se enfoca en Aristóteles y la idea del espermatozoides masculino como principio activo de la reproducción y de la superioridad masculina; además Beauvoir evidencia cómo estas ideas se perpetuaron durante toda la Edad Media. Seguido, ejemplifica cómo para el siglo XVIII los científicos nombraban los ovarios como “testículos femeninos” instalando universalmente dichas teorías sobre el papel de la mujer en la reproducción hasta el siglo XIX. Así para establecer por qué la mujer es alteridad la autora propone que es necesario analizar qué es lo que a través de la historia de la humanidad se ha hecho con las mujeres. (Beauvoir, 1999:12,14).

Si bien muchas de esas creencias, que fueron consideradas como científicas, han sido devaluadas desde la evidencia biológica el significado cultural del papel de la mujer en la reproducción y la significación social de su ser

biológico se ha mantenido a través de la historia tomando un lugar protagónico en la construcción de su rol social como madre.

Foucault lo deja claro en la historia de la sexualidad cuando establece algunos de los mecanismos que extendían el control sobre los cuerpos y en específico sobre el cuerpo de las mujeres: “Ahora bien, en esas postrimerías del siglo XVIII, y por razones que habrá que determinar, nació una tecnología del sexo enteramente nueva; nueva, pues sin ser de veras independiente de la temática del pecado, escapaba en lo esencial a la institución eclesiástica. Por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, se hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse. Y nueva, también, pues se desarrollaba según tres ejes: el de la pedagogía, cuyo objetivo era la sexualidad específica del niño; el de la medicina, cuyo objetivo era la fisiología sexual de las mujeres; y el de la demografía finalmente, cuyo objetivo era la regulación espontánea o controlada de los nacimientos.” (Foucault, 2011:70)

En el campo médico, a partir del siglo XVIII, se justificó la inferioridad femenina utilizando la medicalización como mecanismo de control sobre los cuerpos “es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más extensa, red que cuanto más funcional menos cosas deja fuera de control.” (Foucault, 1999:364)

En consecuencia, para el siglo XIX se generó una paradoja respecto de la exclusión de las mujeres basada justamente en la fisiología sexual. Lynn Hunt, al rastrear el concepto de derechos humanos en la historia, muestra que durante este periodo se generó una avalancha de explicaciones

biológicas que sustentaban la exclusión y la diferencia de unos seres sobre otros; o quizá deba decir de unos sobre otras. Hunt ubica dicha paradoja en la diferencia donde se asentaba en la inferioridad demostrada biológicamente; dado que al mismo tiempo la sociedad necesitaba de las mujeres para la reproducción, biológica y social, de la vida y esa labor debía ser exaltada, el argumento en que se cimentaba la inferioridad femenina se convirtió en necesario para sostener la especie. Por ello se asignaron a las mujeres cualidades positivas y fundamentales en la vida privada. “El principal fisiólogo francés de finales del XVIII y comienzos del XIX, Pierre Cabanis, postuló que las mujeres tenían fibras musculares más débiles y que su masa cerebral era más delicada, por lo que no estaban capacitadas para ejercer cargos públicos; sin embargo, su consiguiente sensibilidad voluble las hacía aptas para los papeles de esposa, madre y enfermera. Esta forma de pensar contribuyó a crear una tradición nueva en la cual las mujeres parecían predestinadas a realizarse dentro de los límites de lo doméstico o en una esfera femenina aparte.” (Hunt,2007:194)

Así que los mecanismos que quiero poner de presente para este primer momento como parte de la construcción que, históricamente por supuesto, se ha hecho del sujeto mujer en el campo médico son la moralización y la medicalización.

¿Mi cuerpo es mío?

A partir del discurso tradicional basado en las dualidades, mente - cuerpo, puro - contaminado, sagrado - profano, propias de las elaboraciones biomédicas (es decir las propias de la medicalización) se consolidaron los requerimientos para vivir acorde a la normalidad establecida por la medicina como parámetro social¹ de manera que los cuerpos fueron determinados y

¹ Y como lo desarrollé en el apartado anterior, en relación directa con la entrada del discurso de los derechos humanos en las sociedades que, a su vez, debían limitar dicha igualdad inherente a

transformados. Así quienes no cumplían dichas características de normalidad recibían un trato diferente; entre estos-as seres diferentes se cuentan la niñez, las personas negras, las judías, los llamados locos y, por supuesto, las mujeres².

La determinación social de los cuerpos es un fenómeno complejo pues para entender las múltiples relaciones que desde él y alrededor de él se establecen existen diferentes niveles de análisis que parten desde el momento en que las mujeres, en su propia piel, sienten la discriminación hasta aquel en que las políticas públicas son desarrolladas con sesgos patriarcales lo que sesga cómo la manera en que se planean acciones en pro del cuidado de la salud y la vida de las mujeres.

Para explicar dichos momentos de análisis seguiré las elaboraciones de Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes. El primero de ellos es el cuerpo individual, el escenario de la experiencia. “El cuerpo individual es el nivel fenomenológico de la experiencia vivida de sí mismo-a y diferenciada de otros cuerpos individuales. Las partes constituyentes del cuerpo/ mente, materia/psique, alma/self, sus relaciones con otros-as y las formas en las cuales es vivido el cuerpo en la salud y enfermedad son altamente variables” (Traducción Libre. Lock, Scheper-Hughes, 1996:45).

De allí deviene, el segundo nivel de análisis, el cuerpo social. “Relacionado a los usos representacionales del cuerpo como un símbolo natural con el cual pensar acerca de la naturaleza, sociedad y cultura. Esto sigue la vía de diferentes antropólogos-as quienes han demostrado un constante intercambio de significados entre los mundos social y natural. El cuerpo en la

la calidad de seres humanos.

² Foucault se ha especializado en describir y explicar estas formas de naturalizar la diferencia en los cuerpos en textos como la “Historia de la locura en la época clásica” y “Vigilar y Castigar”, por ejemplo.

salud ofrece un modelo de totalidad orgánica; el cuerpo en enfermedad ofrece un modelo de desarmonía social, conflicto y desintegración. Recíprocamente, la sociedad en la enfermedad y en la salud ofrece un modelo para entender dichos cuerpos.

El tercer nivel de análisis es, el cuerpo político, referido a la regulación, la cercana observación y control de los cuerpos (individual y colectivo) en reproducción y sexualidad, trabajo, placer y enfermedad. En diferentes formas de política la estabilidad del cuerpo político reside en su habilidad de regular poblaciones -el cuerpo social- y disciplinar los cuerpos individuales” (Traducción Libre. Lock, Scheper-Hughes. 1996:45)

Son estas formas simbólicas las que permiten que los sistemas de salud se sumen al control sobre las mujeres en tanto su particular forma de contacto con ellas pasa por un nivel que otros sistemas sociales no intervienen directamente: el cuerpo físico de las mujeres. Si retomamos las consideraciones históricas sobre éste -con la que inicié este escrito- y seguimos el apartado anterior, de Lock y Scheper-Hughes, la relación entre estos factores permite observar la naturalización de la inferioridad femenina - reforzada por la medicalización - en el marco de la interacción de los tres niveles por las autoras conceptualizados.

El cuerpo físico de las mujeres en la atención en salud corresponde al cuerpo individual y el control sobre él opera en tanto se genera una negación de la subjetividad; lo que a su vez favorece la posesión social. Este es el cuerpo social que determina la vivencia de las mujeres y la posibilidad de experiencia que en sus propios cuerpos pueden tener. El cuerpo político se consolida a través de los marcos operativos de los sistemas de salud y las líneas de acción que han de seguir quienes prestan los servicios en los diferentes niveles (promoción, prevención, atención y rehabilitación).

De esta manera las preguntas para las políticas públicas y los sistemas de salud deben pasar por ese “lugar para las mujeres” del que parten sus apuestas, sus supuestos y en el que se tropiezan sus limitaciones, esas que inciden directamente en la vida de las mujeres cada día.

El sí pero no.

Esa posibilidad de injerencia sobre el cuerpo físico de las mujeres se enfrenta permanentemente con la construcción social que de él se ha hecho, de manera que afloran una serie de contradicciones en la atención. A continuación enumero algunas de las que, para mí, son evidentes.

- La menstruación se vuelve el factor explicativo de muchas otras condiciones físicas o emocionales bien sea porque la medicina no puede interpretarles o porque el - la profesional de salud, al tener un cuerpo femenino en frente, sólo puede pensar en este proceso (ahí sí podemos decir natural y biológico) como parte constitutiva de cualquier malestar de su “paciente”, otorgándole toda la significación social y cultural posible.

Para los sistemas de salud muchas veces nuestra emocionalidad nos traiciona y realmente no tenemos nada físico o evidente a sus ojos. ¿Será que la salud mental de las mujeres sólo vive en la imaginación de las mujeres?

- Las mujeres nacieron para ser madres. Es, entonces, la función reproductiva aquella que les es encomendada y por la que son reconocidas por antonomasia. Eso supondría excelentes servicios de salud reproductiva. Mas los sistemas de salud muestran que dicho lugar no es tal, y la mortalidad materna es uno de los principales flagelos para la vida de las mujeres en la mayor parte de países del mundo.

- Los métodos de anticoncepción se han desarrollado para favorecer el ejercicio de la sexualidad frente a una reproducción controlada. Mas, en una perversa lectura del enfoque de género, los sistemas de salud los han modificado en una decisión compartida con el varón limitando la posibilidad de decisión de las mujeres. A lo que se suma que no son entregados con la eficiencia, calidad y seguridad necesarias.

- El discurso de los hábitos de vida saludables corresponde a modos de vida en los que cada quien cuida de sí. Mas la promoción y prevención se dirigen a las mujeres para que sigan encargándose del cuidado de otros y otras. La llamada responsabilidad sobre el propio cuidado no se promueve como un proceso en beneficio de sí misma y, además, se le hace responsable de no seguir ciertos estándares de salud.

- Los sistemas de salud no han logrado especializar políticas para la atención de las mujeres. Mas los factores diferenciales entre nosotras, nuestra diversidad, sí logra ser vista como factor de discriminación. Así la clase, la étnia, la edad, la orientación sexual se convierten en detonantes para especializar la inferioridad femenina.

Estas contradicciones reflejan visos patriarcales en los servicios de salud. El primero de ellos es que las mujeres son menores de edad para el sistema en los términos en que Kant lo definió: “La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento, sin la dirección de otro” (Kant, 2007:17). Por eso sus posibilidades de decisión se ven menoscabadas y reducidas a un círculo en el que, si bien muchos programas se dirigen a ellas como objetos de sus acciones, realmente no tienen posibilidad de ser sujetos.

Aclaro, esta minoría no es propia de las mujeres; sino que es la forma en que el sistema de salud las concibe. Y ese tutor que requieren es el sistema mismo, se representa en cualquier profesional de salud que la atienda y no es parte sólo de un nivel de atención pues desde la promoción de la salud se evidencia la dominación masculina como factor rector³.

El segundo elemento, se refiere al cuidado de los - las otras que ha sido históricamente tarea femenina; por asignación cultural diferentes sociedades basan gran parte de su economía en el trabajo de cuidado y reproducción social de la vida de las mujeres. Los sistemas de salud promueven la vida saludable, los hábitos saludables mas muchos de sus programas de promoción, prevención, y de las lógicas con las que funciona cotidianamente, existen gracias a la reproducción del modelo tradicional-patriarcal en que las mujeres cuidan de los y las demás y no de sí mismas; poniendo, así, en riesgo no solo su salud, de manera particular, sino su vida, hablando de manera estructural.

En el mismo marco del cuidado de la vida y la salud de todos y todas, una mujer que acude a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE⁴, rompe los cánones que derivan de la maternidad, el sufrimiento que trae consigo, su lugar en la familia como condición implícita de ser mujer. Por ende, otros-as han de decidir por ella evitando que salga de los parámetros establecidos para su condición genérica; de esa manera, se generan toda serie de barreras de acceso lo cual atenta contra el sentido mismo de la salud como derecho universal y fundamental.

3 La discriminación a las mujeres se relaciona con la generalidad de los servicios de salud donde toman un lugar protagónicos los obstétricos siendo una prueba de oro de las contradicciones que aquí describo.

4 Así se denominó en Colombia a partir de la Sentencia c-355 de 2006 que despenalizó el aborto en 3 causales.

He denominado a dichas contradicciones *circularidad*, como el camino de todas estas particulares "si pero no" con que nos encontramos en el sistema de salud. Eso que debería ser pero no le alcanza para serlo. Es una condición sociovital en la que las mujeres entramos y salimos de la normalidad, de la salud y de la enfermedad. El cuerpo femenino, la mujer en sí misma, vestida de particularidades pero que sigue siendo una mujer a los ojos del sistema, se mueve constantemente en contradicciones incuestionables e invisibles para los servicios de salud⁵. Y, además, son naturalizadas siguiendo el canal del discurso en el que su cuerpo es naturalmente inferior.

Es a partir de la circularidad, ubicada entre la naturalización de los cuerpos físicos de las mujeres y la condición social que en ellas subyace, que el control sobre la salud de las mujeres se consolida como uno más de los componentes de la condición de las mujeres.

¿A qué me refiero con la condición de las mujeres? Siguiendo a Marcela Lagarde, "está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan." (Lagarde, 1990:78)

Para mí, hoy, es ese sentir que muchas de nosotras encontramos en los detalles de la cotidianidad y a través de los cuales nos hacemos feministas. Hay algo en el mundo, respecto a nuestra inferioridad frente a los varones, que parece que nos compete a todas.

⁵ Invisibles en el sentido de ser establecidas por el propio sistema y naturalizadas a su interior.

Ahora, el camino feminista nos ha mostrado que al hablar de todas no estamos afirmando que tengamos las mismas características. Nuestra situación de opresión se matiza desde diferentes lugares; dicha situación no es la misma. Es esta la situación de las mujeres, “se refiere al conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas. Las mujeres comparten como género la misma condición genérica, pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de la opresión.” (Lagarde, 1990:79) Así, leemos la diferencia como un factor positivo, un factor de especialización y no de discriminación desde el que las mujeres contaríamos otra historia hablando de políticas de salud y la atención correspondiente.

Ni de la iglesia, ni del estado

¿Cuál es el punto que articula la circularidad de la que hablo y la condición de las mujeres? Doy paso al último punto que propongo en este escrito a través de una pregunta: Si la reproducción biológica es tan altamente valorada socialmente, ¿por qué los patrones de cuidado no son del mismo carácter?

Desde mi lugar de argumentación, y mi propia situación como mujer, el ahondar de manera crítica el análisis de los sistemas de salud exige conocerlos a profundidad y considerar la salud como derecho y como servicio público - independientemente de la condición de la institución o persona prestadoras - y cuestionar qué tanto están permeados por las creencias religiosas de quienes los imparten. Son estas las creencias morales que operan como factor naturalizador de la biologización de las mujeres por sobre su propia voluntad y su propia vida.

Las creencias morales: “son verdades garantizadas por el consenso de la humanidad ... Son la síntesis de la experiencia moral humana que se expresa en reglas comunes a distintas épocas y localizaciones geográficas ... En dichas creencias morales se fundamenta la moralidad positiva asentada consecuentemente en la biología mas la hegemonía masculina y los arquetipos de los que se ocupa la educación para las mujeres se consolidan como los procedimientos que imponen, sostienen y perpetúan la ideología patriarcal” (Hierro, 1990:10, 11).

En estas creencias, al ser constitutivas del discurso y la práctica en el cuerpo político (quienes elaboran las políticas que determinan la atención), confluyen las creencias religiosas para las que el lugar tradicional de la mujer es inamovible del mundo de lo privado, y, claro, con toda la incidencia conservadora que trae en su carga social, ella es la guardiana de la familia, pues tiene en su haber tanto preservar su continuidad y su sostenimiento, como mantener la estructura de la familia, custodiar la moral y los valores cristianos de quienes están a su cuidado.

Sin lugar a duda, se abre una brecha en la calidad del servicio si antes que atender a mujeres, desde sus vivencias particulares, se asume una única forma de considerarlas basada en múltiples determinaciones religiosas y tradicionales que hacen que esa mujer, su subjetividad (cuerpo individual) sea traslapada por la concepción que se tiene del ser femenino (cuerpo social) y así se definen las políticas y los principios que las rigen (cuerpo político) preservando la condición de las mujeres impuesta por el patriarcado, ignorando la subjetividad y limitando la lectura de su bienestar y sus malestares.

De manera que para el sistema de salud todas somos iguales: cuerpos biológicamente destinados para la reproducción biológica y social de la vida,

seres hechos para el cuidado de otros y otras, para preservar la familia; además de sumisas y obedientes seguidoras de esos preceptos. Y si acaso lo olvidamos, están ahí los y las tutores-as que nos obligarán a no decidir sobre nosotras mismas.

¿Qué le decimos a los servicios de salud?

A modo de conclusión

- Es inaplazable el esfuerzo por escindir lo natural y lo naturalizador de los enfoques en las políticas de atención en salud para las mujeres. Estas dos categorías se cuelan fácilmente en tanto no pueda diferenciarse que lo que cada quien crea no es constitutivo del escenario público en el que hemos luchado por la garantía de derechos y de la vida digna de las mujeres.

- Así los prestadores de los servicios tengan un carácter mercantil privado, la salud es un derecho, por ende, es laico, plural y obligatorio. Los servicios de atención para las mujeres están en deuda en tanto no han encontrado elementos críticos para crear y sostener políticas laicas.

- “Reconocer la experticia de la situación que atraviesan” dice Diana Maffia. Allí está la delgada línea para la lectura diferenciada, y su aplicabilidad, de la condición y la situación de las mujeres.

Las feministas trabajamos desde diferentes perspectivas para cuestionar, debilitar y erradicar esas condiciones que mantienen la condición de las mujeres en el marco de la opresión y la discriminación pero para ello es necesario que metodológicamente los servicios de salud permitan la incorporación de elementos cualitativos -tanto en su creación como en su implementación- donde la diversidad de las mujeres pasando por su clase, étnia, orientación sexual, identidad de género, sus opciones políticas, edad,

lengua, su religión, sus costumbres, tradiciones (y tantas otras que sólo la vida diaria permite enumerar) sea un factor constitutivo para leer los marcos de atención, modificarlos y hallar salidas a los flagelos para la vida de las mujeres como la penalización del aborto, la mortalidad materna, las muertes por cáncer, la malnutrición, los problemas cardiovasculares, la obesidad, la diabetes, la maternidad impuesta o la negación de las partes dolorosas de la maternidad, en fin... El reto está aquí.

Los sistemas de salud han de aprender el lenguaje de las mujeres para entender cómo se atienden y así muchas de nosotras no seguirán muriendo por cuenta de servicios patriarcales y, en consecuencia, deficientes.

- El concepto de creencias morales permite hacer lecturas específicas de la concepción patriarcal que se cuele en las líneas que marcan la atención y asimismo hacerlas notar. Sumado al de circularidad funcionan para encontrar las múltiples contradicciones evidentes en esos “sí pero no” que enredan la atención y ponen en grave riesgo tanto la vida como la salud de las mujeres en los países de América Latina.

- Las sociedades se constituyen entre otros muchos elementos por creencias y vivencias religiosas y la mayoría de las veces éstas no son muy afortunadas en términos de la autonomía y la mayoría de edad de las mujeres. Pero esas no pueden ser razones lapidarias para la salud y la vida de las mujeres y mucho menos ser parte constitutiva de los sistemas de salud.

No hablo de un deber ser cristiano sino ético donde converge la esfera pública y los elementos para garantizar una vida digna, esenciales a cualquier estado. La salud de las mujeres es parte incuestionable de ésta.

Bibliografía

Beauvoir, Simone. 1999. El segundo sexo. Madrid: Colección Feminismos. Ediciones. Cátedra. Tercera Edición. Vol. I.

Foucault, Michel. 1967. Historia de la locura en la época clásica. Traducción al español por Juan José Utrilla. México. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel. 1976. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México. Editorial Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, Michel. 1999. Nacimiento de la medicina social. En M. Foucault, Estrategias de poder (J. Varela, & Á. U. Fernando, Trads., Vols. Obras Esenciales, Volumen II, págs. 363-384). Barcelona: Editorial Paidós.

Foucault Michel. 2011. Historia de la Sexualidad. 1. La voluntad del saber. Traducción de Úlises Guiñazú. México: Siglo XXI editores.

Hierro, Graciela. 1990. Ética y feminismo. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hunt, Lynn. 2007. La invención de los derechos humanos . (J. B. Ferrer, Trad.) Barcelona, España: Tusquets Editores .

Kant, Immanuel. 2007. ¿Qué es la Ilustración? Madrid: Alianza Editorial.

Lagarde, Marcela. 1990. Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. México. Universidad Nacional Autónoma de México

Lock, Margaret y Scheper-Hughes, Nancy. 1996. A Critical Interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. En: Sargent, C. y Johnson, T. Handbook of medical anthropology. Connecticut. Greenwood Press. pp. 41 - 70

Diana Maffia. Conferencia inaugural “Diplomado Internacional Los desafíos del Feminismo en América Latina”, Febrero 6 de 2014, CEIICH, UNAM, México.