La salud en la historia del feminismo
Discursos, vindicaciones y prácticas

Belén Nogueiras García

Hemisferios de Igualdad

EDICIONES COMPLUTENSE

La salud en la historia del feminismo
Discursos, vindicaciones y prácticas

La colección Hemisferios de Igualdad aborda el conocimiento de la investigación en género desde la transversalidad y con una visión integral, teniendo en cuenta las diferentes concepciones y contextualizaciones culturales a nivel internacional.

Comité científico de la colección

Dirección
Isabel Tajahuerce Ángel
Universidad Complutense de Madrid, España

Secretaría
Magdalena Suárez Ojeda
Universidad Complutense de Madrid, España

Asesoría
Rocío Deliyore
Universidad de Costa Rica

Andrea Donofrio
Universidad Complutense de Madrid, España

María de los Ángeles Fromow Rangel
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Santiago García Campá
Universidad Jaime I, España

Jorge Augusto Luengo López
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

Margarita Márquez Padorno
Universidad Complutense de Madrid, España

Adoración Pérez Troya
Universidad de Alcalá, España

Mª Belén Prados Suárez
Universidad de Granada, España

Manqinq Qiu
Instituto de Tecnología de Beijing, China

Arturo Pablo Ramírez Rébsamen
Universidad Latina de México, México

Javier Juárez Rodríguez
Universidad de Medellín, Colombia

Rosa San Segundo Manuel
Universidad Carlos III de Madrid, España

Sahar Talaat
Universidad del Futuro en Egipto

La salud en la historia del feminismo
Discursos, vindicaciones y prácticas

Belén Nogueiras García

EDICIONES
COMPLUTENSE

PRIMERA EDICIÓN: MAYO 2023

© 2023, De los textos: su autora
© 2023, Ediciones Complutense
Pabellón de Gobierno
Isaac Peral s/n
28015 Madrid
913 941127
info.ediciones@ucm.es
http://www.ucm.es/ediciones-complutense

ISBN (PDF): 978-84-669-3785-6
https://dx.doi.org/10.5209/hei.002

Diseño de cubiertas de la coleccion: Koln Studio

Ilustración de cubierta: Nuria Tamarit

Ediciones Complutense es miembro de Unión de Editoriales Universitarias Españolas (UNE) y está asociado a Cedro.

Ediciones Complutense garantiza un riguroso proceso de selección y evaluación de los trabajos que publica.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publi-cación, por cualquier medio o procedimiento, sin contar para ello con la autorización previa, expresa y por escrito del editor.

Printed in Spain

Índice

9-13 Prólogo

15-122 1. La salud en el desarrollo de la teoría feminista

16-36 1.1. Precursoras y pioneras: resistencias y vindicaciones de las sanadoras

37-50 1.2. Primera ola del feminismo: la Ilustración. Discursos sobre el malestar y la enfermedad de las mujeres como consecuencia de la desigualdad

50-82 1.3. Segunda ola del feminismo: sufragismo. Discursos y vindicaciones en el ámbito de la salud

82-122 1.4. Tercera ola feminista: feminismo radical. La salud en la teoría feminista contemporánea

123-239 2. Estudios crítico-feministas de las ciencias de la salud

123-145 2.1. Crítica feminista a la ciencia

146-217 2.2. Crítica feminista a las ciencias de la salud

173-198 2.2.1. Estudios crítico-feministas de la Medicina

198-217 2.2.2. Estudios crítico-feministas de la Psicología

217-239 2.3. El ámbito de la salud en los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género

241-349 3. Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España

241-279 3.1. La salud en la agenda política feminista

279-299 3.1.1. La agenda feminista en la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. La revista *MYS*

299-333 3.2. Discursos feministas sobre la salud, el malestar, la enfermedad y la atención sanitaria a las mujeres

333-349 3.3. Prácticas feministas en salud: objetivos y metodologías

351-404 4. Políticas públicas de igualdad en el ámbito de la salud

352-378 4.1. El ámbito de la salud en las instituciones de igualdad

378-391 4.2. La incorporación de políticas de igualdad en las instituciones sanitarias y el Sistema Nacional de Salud

391-404 4.3. El impacto de las políticas neoliberales y la contrarreacción patriarcal a las políticas de igualdad en el ámbito de la salud

405-412 Conclusiones

413-459 Referencias bibliográficas

Prólogo

Esta publicación recoge íntegramente mi tesis doctoral, en la que me propuse dos objetivos. El primero, contribuir a sistematizar el desarrollo y la aplicación del feminismo en el campo de la salud de las mujeres en España, desde 1975 hasta la actualidad. El ingente desarrollo de los estudios, investigaciones y acciones feministas en estos cuarenta años, formulados en numerosísimas publicaciones desde muy diferentes disciplinas y en diversos ámbitos –académico, profesional, político-institucional y del movimiento feminista– dificulta alcanzar una perspectiva global de esta trayectoria. Con la finalidad de facilitar su conocimiento, dar visibilidad y reconocimiento a la genealogía y la memoria histórica feminista en este campo, emprendí esta investigación.

El segundo objetivo fue indagar los discursos y vindicaciones en torno a la salud de las mujeres en las dos primeras olas feministas, la Ilustración y el Sufragismo, ya que se consideraba que no se produjeron hasta la llegada del feminismo radical**.** Sin embargo, dos ideas me llevaron a la hipótesis de que la salud tendría que haber estado presente en la teoría feminista desde sus inicios.

La primera es que siendo la salud una dimensión fundamental de la existencia, los textos históricos que analizan las condiciones de vida de las mujeres con una perspectiva feminista, ya desde la Ilustración, no podían haber dejado de atender este aspecto. La segunda idea es que fue precisamente sobre la atribución de una deficiente, lábil y débil salud a las mujeres sobre la que el patriarcado fundamentó nuestra inferioridad, sustentó la desigualdad y desarrolló todo el entramado del sistema de subordinación. Por tanto, ya que una buena parte de los discursos patriarcales se desarrollaban para incidir en esta idea, era posible sustentar que también los discursos de las primeras teóricas feministas se dirigiesen a desactivar las tesis patriarcales sobre la debilidad innata de las mujeres, como así ha sido. Con este segundo objetivo, realicé una relectura de las obras clásicas de la teoría feminista en busca de estos discursos, teniendo en cuenta los criterios feministas actuales que configuran el concepto de salud.

Los dos objetivos mencionados, en orden inverso, conforman la estructura de mi tesis y de este libro, que comprende cuatro capítulos. En el primero, *La salud en el desarrollo de la teoría feminista*, se exponen los discursos y vindicaciones en los diferentes periodos del desarrollo de la teoría feminista, dividido en cuatro apartados. El primero recoge las investigaciones de las historiadoras sobre el papel de las mujeres en el campo de la salud hasta la Ilustración, su contribución al conocimiento y el desempeño de lo que hoy llamamos profesiones sanitarias, así como su posterior exclusión de este campo con la institucionalización académica de la formación, a la que solo podían acceder los varones. Sus luchas para permanecer ejerciendo como sanadoras, su resistencia y enfrentamiento a la conformación de la organización patriarcal de las ciencias y profesiones sanitarias en una época histórica en la que hacerlo suponía arriesgar sus vidas y exponerse a múltiples violencias, sitúa a las sanadoras como precursoras y pioneras del movimiento de mujeres por la salud.

En el segundo apartado se exponen los discursos sobre la salud que se encuentran en las obras feministas escritas en la Ilustración. En el tercero, dedicado al periodo sufragista, se describen las duras luchas discursivas y vindicativas de las mujeres para el acceso a la formación universitaria en el campo de la salud y posteriormente para su ejercicio profesional, así como las conceptualizaciones sobre la salud de las mujeres en los textos de las autoras de esa etapa. En el cuarto se presenta la teorización sobre la salud en el feminismo contemporáneo, en el feminismo radical, el pensamiento de la diferencia, el ecofeminismo y la teoría queer.

En este capítulo se fundamenta la tesis de que los discursos y vindicaciones relacionados con la salud de las mujeres están presentes en cada etapa histórica del desarrollo del feminismo, siguiendo las mismas líneas discursivas y vindicativas que caracterizan cada periodo, y constituye la elaboración de la historia de la teoría feminista aplicada al ámbito de la salud.

En el capítulo segundo se describen los estudios crítico-feministas a las ciencias de la salud, realizados en el marco de la crítica feminista a la ciencia, dedicando sendos apartados a la psicología y la medicina, ya que estas disciplinas han colaborado de una forma específica al sometimiento de las mujeres a través de la aplicación de los discursos y políticas patriarcales en la práctica clínica, incidiendo de un modo directo sobre ellas. He destinado un apartado de este capítulo a los estudios e investigaciones sobre la salud presentados en los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género, que se iniciaron en 1996, ya que en ellos se ponen de manifiesto la evolución y el crecimiento cuantitativo y cualitativo de las investigaciones en este campo.

En su conjunto, estos estudios revelan que los discursos y las prácticas sanitarias son potentes herramientas del patriarcado para el control de las mujeres y han contribuido en una grandísima medida a naturalizar la desigualdad, a reforzar y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres en su biología y su capacidad reproductiva. Las instituciones sanitarias se desvelan como escenarios políticos clave, ya que en ellas se ponen en juego estos discursos en el diseño y elaboración de políticas sanitarias. Todo ello muestra la existencia de una potente política sanitaria del patriarcado, que adquiere un papel fundamental y es una herramienta imprescindible para el sometimiento de las mujeres, como se ha puesto de manifiesto de una manera feroz en el control de nuestra salud sexual y reproductiva.

El capítulo tercero está dedicado a los discursos y prácticas feministas en salud en España desde 1975, año en el que comienza la transición democrática y el feminismo sale de la clandestinidad, coincidiendo con el desarrollo del feminismo radical y el movimiento internacional por la salud de las mujeres. En el primer apartado, se expone la evolución de la agenda política feminista en salud hasta la actualidad. Un subapartado se destina a la Red de Médicas y Profesionales de la Salud, creada en 1999, en la que participan activistas feministas, investigadoras, profesionales, técnicas y responsables políticas de este ámbito. Muestro sus discursos, reflexiones y su agenda política en los 38 números de su revista *Mujer y Salud* (*MYS*) y en las actas de los seminarios de formación que realizan anualmente. En el segundo apartado me ocupo de las conceptualizaciones sobre la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres generadas en el feminismo contemporáneo y la progresiva incorporación de problemáticas de salud emergentes como objeto de estudio. En el tercero abordo las metodologías y prácticas feministas para la atención, promoción y recuperación de la salud de las mujeres y su aplicación en diferentes contextos y ámbitos, como son el sistema sanitario, las instituciones de igualdad municipales y autonómicas, o incluso los centros penitenciarios.

En el capítulo cuarto se analizan las políticas públicas de igualdad en el ámbito de la salud de las mujeres, su evolución y desarrollo. Para ello, en el primer apartado, he estudiado el importante papel que han desempeñado las instituciones de igualdad en relación a la salud de las mujeres. Analizo el contenido de los planes de igualdad, los discursos, medidas y acciones propuestas para la promoción y atención a la salud de las mujeres. Incluyo las actividades que se realizan en las instituciones municipales de igualdad, concluyendo que se han constituido en espacios para la promoción, prevención y atención a la salud de las mujeres cuando sus programas y actividades se diseñan des-

de un marco feminista. Así los reconocen las mujeres que acuden en busca de respuestas para muchos de sus malestares que no son escuchados ni atendidos en el sistema sanitario. Dedico el segundo apartado a la incorporación de las políticas de igualdad en las instituciones sanitarias y en el Sistema Nacional de Salud y al papel que han jugado la Escuela Nacional de Sanidad y el Observatorio de Salud de las Mujeres en la formación de profesionales para la incorporación de la perspectiva de género, la creación de protocolos para la atención a las mujeres en situaciones de violencia en el sistema sanitario y al malestar derivado del desempeño de los roles de cuidado. En el tercer apartado se expone el impacto de las políticas neoliberales de los últimos años y las reacciones patriarcales a las políticas de igualdad en el ámbito sanitario. Por último, aparecen las conclusiones de mi investigación, en la que querido fundamentar que ya no debería ser posible intervenir en el campo de la salud de las mujeres desde otro paradigma que no sea el feminista. De lo contrario, no solo se estarían cometiendo graves sesgos científicos y clínicos y colaborando en al afianzamiento del patriarcado, sino que, al no tener en cuenta las causas estructurales que nos conducen a la pérdida de la salud, al malestar y la enfermedad, se estarían causando mayores daños y estigmatizando y culpabilizando a las mujeres. En este sentido, la teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres debe ser incorporada en los estudios y las disciplinas sanitarias y en las prácticas profesionales y clínicas. Fuera de este paradigma no es posible dar respuesta a nuestras necesidades en salud.

Con esta investigación también he querido contribuir a la toma de conciencia de las profesionales sanitarias de que tenemos una herramienta fundamental en nuestras manos, una potentísima herramienta para desactivar el patriarcado y para el empoderamiento de las mujeres. Como se expondrá a lo largo de este texto, en el feminismo, el conocimiento y el desempeño profesional han sido históricamente una herramienta para ello.

Una las motivaciones personales que me llevaron a realizar esta tesis fue dejar constancia del enorme e intensísimo trabajo desarrollado por el movimiento feminista y el movimiento de las mujeres por la salud, en reconocimiento y agradecimiento a tantas activistas, profesionales, investigadoras, académicas, técnicas y responsables políticas, con el deseo de que formen parte de la memoria histórica del feminismo. También facilitar que las mujeres que se incorporan al campo de la salud y a las que están, pero desconocen las aportaciones feministas en este ámbito, puedan sentir el orgullo de que forman parte de una genealogía feminista repleta de luchas y vindicaciones, que ofrece, además, un marco para entender la posición en la que hoy nos

encontramos y muchas de las dificultades y conflictos a los que nos estamos enfrentando actualmente.

Los cuatro años de estudio e investigación hasta finalizar esta tesis no han hecho más que enseñarme, admirarme, sorprenderme y emocionarme. La lucidez, inteligencia y tenacidad desarrollada por las mujeres a lo largo de los siglos para desvelar y enfrentar el patriarcado, sus estrategias discursivas y vindicativas, su organización política, su fuerza individual y colectiva me han llenado de un orgullo y una satisfacción infinita que me acompañarán siempre. Los estudios feministas que he realizado en el Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid me han ayudado a comprender con mayor profundidad el alcance del proyecto feminista. Mi agradecimiento a Luisa Posada Kubissa, directora de esta tesis, es ilimitado y permanecerá siempre en mi memoria.

1. La salud en el desarrollo de la teoría feminista

La teoría y las vindicaciones feministas relacionadas con la salud de las mujeres siguen las mismas líneas discursivas y vindicativas que caracterizan cada periodo del desarrollo del feminismo. La idea de que existe una clara y estrecha relación entre el malestar y la enfermedad de las mujeres y las limitaciones que las estructuras patriarcales imponen en sus vidas, forma parte de las raíces mismas de la teoría feminista. La salud es una dimensión fundamental de la vida y el feminismo, desde sus orígenes, desvela que se ve profundamente afectada por el sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres. En ese sentido, en el feminismo, la salud adquiere una dimensión profundamente política. Descubrir la presencia de discursos sobre la salud desde los inicios de la teoría feminista, conocer y reconocer esas raíces, puede contribuir a recuperar, ampliar y reconstruir la historia de la teoría feminista en el ámbito de la salud, así como a empoderar a las profesionales y las activistas feministas al reforzar la genealogía feminista en el campo de la salud.

El feminismo, tanto en su vertiente teórica, como práctica y política, ha abordado todas las dimensiones de la vida pública y privada. El ámbito de la salud ha sido uno de los aspectos, ya que en él se manifiestan con total claridad e intensidad los mecanismos de poder que históricamente ha utilizado el patriarcado para asegurarse el control, la subordinación y la dominación de las mujeres. Desde el marco analítico feminista y desde diferentes disciplinas se han identificado también los efectos del patriarcado sobre las mujeres como usuarias del sistema sanitario y como profesionales de la salud, así como sus formas de resistencia, organización, denuncia y reivindicación de sus derechos en diferentes momentos históricos.

El objetivo de este capítulo es dar cuenta del lugar que ha ocupado la salud en el desarrollo de la teoría feminista. He incluido en este recorrido histórico la etapa anterior a la Ilustración, para incorporar las luchas y resistencias de las sanadoras a ser excluidas de la formación y del ejercicio de las profesiones sanitarias desde la Edad Media como parte de la historia feminista en el ámbito de la salud, reconociéndolas como pioneras y precursoras.

1.1. Precursoras y pioneras: resistencias y vindicaciones de las sanadoras

> La historia de la mujer viene así contada desde la perspectiva feminista, lo cual implica que seleccionará, entre el material histórico disponible, los hitos que estima más relevantes desde el punto de vista adoptado, es decir, las situaciones históricas en que se pone de manifiesto alguna inflexión significativa en la inserción de las mujeres en las estructuras y las ideologías del patriarcado así como en su lucha contra las mismas (Amorós 1998, 2).

La historiografía feminista ha puesto de manifiesto que ya en la Edad Media hubo claros antecedentes de vindicación de las mujeres en tanto que sanadoras, cuando fueron excluidas del ejercicio profesional y de la formación institucionalizada. Puesto que ya estaban ejerciendo como sanadoras e incluso habían adquirido socialmente tal identidad, podríamos decir que «se dan las bases para que se pueda hablar de una exclusión ilegítima» (Amorós y de Miguel 2007, 31), que parece así fue percibida por ellas de acuerdo con las investigaciones realizadas por historiadoras feministas. La exclusión, en ese caso, podía aparecer como claramente arbitraria, siendo propiamente una discriminación, como establecen Celia Amorós y Ana de Miguel: «Discriminación implica parámetros conmensurables y homologables entre los individuos, de tal modo que la exclusión de un grupo de éstos aparezca como arbitraria y pueda ser por tanto irracionalizada: es, en este sentido, en el que hablamos propiamente de discriminación» (2007, 31).

En efecto, aunque la investigación histórica desde el marco feminista tuvo, fundamentalmente, «el objetivo de construir genealogías de práctica sanitaria femenina» (Cabré y Ortiz 2001, 9), estas investigaciones sirven también para recuperar y poner de manifiesto las luchas y vindicaciones de las mujeres sanadoras para mantenerse en la profesión, para acceder a la formación y exigir su reconocimiento como expertas sanitarias. La historiografía feminista, por tanto, puede ayudarnos a situarlas como precursoras y pioneras del movimiento de las mujeres en el campo de la salud.

Ninguna otra actividad que hoy consideramos profesional y que desarrollaron las mujeres, provocó tal reacción masculina para su apropiación y control. Las sanadoras suponían una fuerte competencia y una amenaza de tipo económico para los médicos y otros profesionales sanitarios. Hasta tal punto que contra ellas se ejercieron múltiples formas de violencia, que culminaron

en la tortura y el asesinato de miles de mujeres por la Inquisición, con el apoyo de las instituciones académicas, especialmente la de Medicina. En ese sentido, Silvia Federici afirmó:

> Solo el movimiento feminista ha logrado que la caza de brujas emergiera de la clandestinidad a la que se le había confinado, gracias a la identificación de las feministas con las brujas, adoptadas pronto como símbolo de la revuelta femenina. Las feministas reconocieron rápidamente que cientos de miles de mujeres no podrían haber sido masacradas y sometidas a las torturas más crueles de no haber sido porque planteaban un desafío a la estructura de poder. También se dieron cuenta de que tal guerra contra las mujeres, que se sostuvo durante un periodo de al menos dos siglos, constituyó un punto decisivo en la historia de las mujeres en Europa (Federici 2010, 221).

El hecho de que las brujas hayan pasado a formar parte del imaginario, del simbólico y del lenguaje feminista como mujeres transgresoras, poderosas y sabias, que tenían en sus manos conocimientos y herramientas que empoderaban a las mujeres y que ellas mismas habían desarrollado, así como el hecho de que fueran mujeres que se reunían en grupos, los llamados aquelarres de brujas, es un indicador de que el feminismo las considera mujeres que desafiaron las relaciones de género hegemónicas y que se mostraban y vivían como mujeres independientes y en cierta manera, emancipadas. Como manifestó Carmen Sáez Buenaventura:

> El odio que despertaron, no solo de cara al poder, sino incluso respecto a sus coetáneos, se basaba en cinco pilares fundamentales: 1) eran mujeres, en una sociedad que despreciaba a la mujer; 2) por su edad, habían perdido su encanto físico, su posibilidad de procrear y de reponer la fuerza de trabajo en el ámbito del hogar; 3) hicieron uso de su sexualidad, fuera de los límites prescritos y aprobados socialmente; 4) se reunían y formaban grupos y 5) lograban vivir autónomamente, dedicándose a actividades no domésticas (…). Pero todo ello, que hubiera podido ser el germen de una auténtica revolución social, fue ahogado en sangre (1979, 18).

Igualmente, Bárbara Ehrenreich y Deirdre English sostienen que las llamadas brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia, tanto católica como protestante, y también para el Estado. En primer lugar, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en

contra de los hombres. Sobre ellas pesaba la acusación de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas, y la tercera acusación era la de tener poderes mágicos sobre la salud, de poseer conocimientos médicos y ginecológicos (1988, 13). Mª Milagros Rivera, desde el pensamiento de la diferencia sexual, sostiene que «las brujas representaban una expresión libre de la diferencia sexual, de la femenina en este caso (…) cuando el orden dado no soporta más esa experiencia humana femenina original, la destruye con ferocidad» (1997, 37). Asimismo, Adrienne Rich, en su artículo «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana» (Rich 2001), al exponer la invisibilización de las lesbianas en la historia, menciona la quema de brujas, distinguiendo que muchas de ellas eran mujeres no casadas, que mantenían una vida independiente fuera de la institución heterosexual:

> Mujeres de todas las culturas y a lo largo de la historia han acometido la tarea de llevar a cabo una existencia independiente, no heterosexual, conectada con mujeres, hasta el límite que haya permitido su contexto, a menudo creyendo que eran 'las únicas' que lo habían hecho. Han acometido esta tarea aunque pocas mujeres han tenido una situación económica que pudiera permitirles el lujo de rechazar abiertamente el matrimonio, e incluso a pesar de que los ataques contra las mujeres no casadas hayan ido de la difamación y la burla al genocidio deliberado, incluyendo la quema y la tortura de millones de viudas y de solteras durante las persecuciones de brujas en los siglos XV, XVI y XVII en Europa (2001, 49).

Adrienne Rich, al referirse a la omisión de las luchas de las lesbianas en el libro de Dorothy Dinnerstein, *The Mermaid and the Minotaur: Sexual Arrangements and the Human Malaise*, vuelve a nombrar a las brujas como mujeres que se las habían arreglado para tener una existencia independiente, que no colaboraba con el orden patriarcal:

> Las reiteradas luchas de las mujeres para resistirse a la opresión (la propia y la de otras) y para cambiar su condición. Ignora, específicamente, la historia de las mujeres que, como brujas, *femmes seules*, reacias al matrimonio, solteras, viudas independientes y/o lesbianas, se las han arreglado, a distintos niveles, para no colaborar. Es esta historia, precisamente, de la que las feministas tienen tanto que aprender y sobre la que existe, cubriéndola, tan tupido silencio (2001, 48).

También Germaine Greer, en el apartado denominado «Rebelión» en su libro *La mujer eunuco*, escribió:

> Siempre ha habido mujeres que se han rebelado contra su papel en la sociedad. Las más destacadas son las brujas, mujeres que se retiraban de las relaciones humanas 'normales' para vivir en contacto con sus animales de compañía o con algún familiar, y conseguían ganarse la vida gracias a sus conocimientos sobre las propiedades medicinales de las hierbas (…). Una lectura cuidadosa de las declaraciones en los juicios por brujería revela que algunas de esas mujeres fueron perseguidas con los horribles métodos reservados a las brujas porque eran agitadoras que incitaban a los aldeanos a la subversión o la rebelión declarada. Uno de los castigos, la silla de inmersión, fue la forma más primitiva de psicoterapia punitiva, equivalente al tratamiento de choque que actualmente se aplica a las mujeres melancólicas o recalcitrantes (…). Sabremos bastante más sobre la historia del feminismo cuando aprendamos a leer entre líneas en los casos de la caza de brujas y otras formas de persecución de las mujeres (2004, 385).

Se puede afirmar, por tanto, que las sanadoras, señaladas y acusadas de brujería por la Inquisición, están siendo recuperadas para la historia del feminismo como mujeres pioneras en su resistencia al patriarcado. En palabras de Suzel Bannel y Mabel Pérez-Serrano:

> Entre aquellas mujeres, seguramente analfabetas pero 'cultas', que merecerían, además, el agradecimiento de sus conciudadanos, podríamos rastrear un ejemplo de incipiente liberación de la mujer, al que no nos atreveríamos a calificar de protofeminismo pero que, de no ser brutalmente reprimido, no sabemos hasta dónde hubiera podido llegar (1999, 308).

Como subrayaron Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, la perspectiva feminista en la historiografía transformó la imagen tradicional que presentaba a las mujeres como sujetos pasivos del quehacer sanitario y de su historia, y las líneas de investigación que se centran en los saberes y prácticas de salud de las mujeres están ofreciendo importantes resultados, señalando una trayectoria que ha transcurrido desde el total protagonismo y autonomía de las mujeres como sanadoras, hasta tener que situarse en los márgenes de los sistemas organizados de asistencia sanitaria, para llegar actualmente a la inserción e incluso, la transformación del centro mismo de los sistemas de salud después de

numerosas luchas y negociaciones para la conquista del derecho al ejercicio de todas las profesiones sanitarias (2001, 13).

Es posible concluir que las raíces de la trayectoria histórica del movimiento de mujeres en el ámbito de la salud se sitúan en las vindicaciones de las sanadoras para permanecer en este ámbito y ejercer en el mismo con total libertad, así como en sus luchas para acceder a la formación. Si bien no existen testimonios de vindicaciones claramente feministas en los términos en los que hoy así las consideramos, las investigaciones realizadas hasta el momento muestran una clara resistencia y oposición de las sanadoras a su exclusión y una vindicación activa de su derecho a permanecer en ese ámbito, que se pone de manifiesto, como señala Monserrat Cabré, en sus declaraciones en los juicios y en sus interacciones con el sistema legal, a veces las únicas fuentes documentales de sus discursos:

> Las sanadoras aparecen reflejadas en las fuentes en la medida en la que interaccionan con el sistema legal. Su visibilidad documental depende de que su práctica sea legalmente autorizada, prohibida o cuestionada; de que su opinión experta sea utilizada como testimonio en causas jurídicas; de que sus actividades sanadoras sean definidas y reguladas por las instituciones o de que sus trabajos sanitarios sean remunerados y, por lo tanto, controlados y anotados. Pero si tomamos estas actividades globalmente, solo significan un pequeño porcentaje del nuevo sistema médico que se implantó durante la Baja Edad Media (2005, 645-646).

Como subraya la historiadora Mª Dolores Ramos, «los archivos judiciales no solo hablan sobre las mujeres sino que hacen hablar a las mujeres» (2003, 25). Existe una gran dificultad para documentar con precisión las actividades, discursos y vindicaciones de las mujeres en el ámbito de la salud durante la Baja Edad Media, ya que «las mujeres emergen solo en la medida en la que su actividad se regula y/o se reconoce como apropiada o impropia por parte de las instituciones políticas, religiosas o sanitarias (…) aquello que sobresale es una minimísima parte de las actividades desarrolladas por las mujeres» (2005, 640-641). Sin embargo, es de esperar que futuras investigaciones puedan encontrar otras fuentes que aporten nuevos datos, ya que, como apunta Mª Dolores Ramos, «más o menos porosas, numerosas fuentes aun esperan ser descubiertas, interrogadas, interpretadas. Muchos materiales aún andan 'perdidos', atrapados en medio de una gran masa documental. Algunos textos han sido sepultados, 'sustraídos' a la mirada, borrados de la memoria» (2003, 24).

Las nuevas y críticas aproximaciones de la historiografía feminista pueden ser de utilidad y resultar fructíferas para enmarcar y vincular la resistencia de las sanadoras en la Edad Media a ser expulsadas de la práctica sanitaria con el proceso histórico de las luchas feministas en el campo de la salud. Las historiadoras Mary Nash y Karen Offen plantearon una revisión crítica del conocimiento del feminismo histórico, proponiendo una redefinición y una apertura de horizontes en su conceptualización historiográfica. Karen Offen defendió la necesidad de ampliar el concepto de feminismo, un concepto menos exclusivo y más inclusivo, que enfatizase la flexibilidad, teniendo en cuenta dos marcos feministas, uno igualitarista, que se articula en torno a la igualdad y los derechos políticos, y otro relacional, que se focaliza en las diferencias de género existentes, saliendo, de este modo, del modelo sufragista británico (1991). En 1994, también Mary Nash cuestionó las visiones sobre el feminismo histórico vigentes hasta entonces en la historia de las mujeres, subrayando la necesidad de no equiparar el feminismo con una modalidad universal de lucha y resistencia o con una perspectiva rupturista de abierta confrontación con el sistema patriarcal (1994). En la historiografía feminista fue muy polémica la idea de que la renuncia de las mujeres a la lucha contra la discriminación política no tenía que implicar forzosamente una conformidad con su situación de discriminación. Nash, además, conceptualizó las distintas experiencias colectivas de las mujeres como causa y origen de la expresión de su feminismo. La presencia activa de mujeres en espacios sociales configuraba la experiencia colectiva femenina en un aprendizaje social. La categoría de experiencia, señaló, es crucial en la formación de las estrategias plurales de resistencia y de cambio social de las mujeres. Por ello, apostó por la ampliación de la definición de feminismo para abarcar otras experiencias históricas que habían supuesto una modificación en las relaciones de género dominantes, aunque algunas historiadoras seguían manteniendo como criterio para la evaluación de una voluntad emancipadora, el desafío a las normas de género (1994, 172).

Hasta el momento, se había priorizado una conceptualización de lo que era considerado feminismo que subrayaba como necesaria la abierta confrontación con la opresión. Por ello, el sufragismo era invocado como el eje definitorio del feminismo. Refiriéndose a etapas históricas del XIX, Nash advierte que se había concluido que la única reacción o resistencia posible de las mujeres era la confrontación abierta desde discursos pública y claramente opositores al patriarcado, por lo que solo se estudiaba a las «protagonistas femeninas que rompían los moldes de la subordinación histórica en una lucha

heroica emancipadora» (1994, 151). Nash, desde una dimensión epistemológica, planteaba una reformulación de la relación entre pasado y presente: «La contextualización histórica nos da la clave precisa para calibrar la capacidad rupturista o de cuestionamiento de las normas y valores culturales que discriminaban a las mujeres, y también para definir como feminista o no cada movimiento concreto de mujeres» (1994, 158).

Sirve de ejemplo la investigación histórica del feminismo en España en el periodo sufragista, que buscaba sufragistas e igualitaristas, que no aparecían hasta los años veinte y treinta, y por eso se concluía que el feminismo español fue débil y llegó con retraso. Sin embargo, partiendo de ese nuevo modelo, Mary Nash concluyó que las dos primeras décadas del siglo xx mostraban un rico abanico de discusiones y actuaciones que configuraron el feminismo español como movimiento social, que también se produjeron en el ámbito de la salud. Las demandas feministas eran, sobre todo, de tipo social, no se reclamaban tanto derechos políticos, como el derecho a la educación, al trabajo remunerado y a la mejora de las condiciones laborales y salariales de las trabajadoras. El feminismo aparecía no solo como un movimiento social, sino como un proceso de renegociación de los términos del contrato social de género, es decir, de modificación y reajuste de las bases de dominación de género establecidas en la sociedad, «mi investigación mostraba que no necesariamente los mensajes emancipadores se expresaban en términos de la defensa del voto y de los derechos políticos» (Nash 2014,32). En consecuencia, afirma Nash, «habría que valorar la necesidad de rescatar como feminismo actuaciones, experiencias e iniciativas encaminadas al cambio social de las relaciones de género sin la implicación necesaria de su cuestionamiento abierto o global de una sociedad patriarcal» (1994, 158). En este mismo sentido podríamos considerar la experiencia de las sanadoras, que no pudieron enfrentarse abiertamente a la discriminación y exclusión, pero que, con los medios de los que disponían en ese momento histórico, reivindicaron el derecho a ejercer como tales, basándose en su saber y su experiencia, fundamentada en su práctica sanadora personal durante años y colectiva durante siglos, de la que fueron excluidas por los varones mediante la imposición de unas condiciones basadas en el género que constituían una clara desigualdad.

Inmaculada Blasco recoge los interrogantes a los que se enfrentan las historiadoras feministas en la categorización de lo que es feminismo y feminista, a las dificultades para atribuir, desde el presente, la categoría de feminista y feminismo a una determinada

persona, movilización o ideario. Las herramientas analíticas disponibles en la actualidad no nos sirven, afirma, para analizar movimientos que se sustentan sobre otros conceptos de sujeto (2014, 270 nota 2 al pie). Subraya Blasco que vivimos un momento epistemológico que nos permite desplazar la inquietud por obtener una definición universal de feminismo por la insistencia en que los feminismos solo pueden entenderse en sus contextos, considerando fundamental evitar la proyección desde el presente a través de una atenta contextualización. Como consecuencia de estos nuevos planteamientos, la conceptualización del feminismo histórico en la historiografía feminista ha ampliado e incluido a movimientos de mujeres que desafiaron, en mayor o menor medida, las relaciones de género hegemónicas en un contexto determinado, y que han ido formando parte paulatinamente de la literatura histórica sobre el feminismo.

En la misma línea, algunas investigaciones posteriores hacen hincapié en la experiencia y en las estrategias de las mujeres como explicativas de la toma de conciencia feminista o del surgimiento de una identidad feminista. Siguiendo la propuesta de Nerea Aresti (2010), recogida por Inmaculada Blasco (2014, 281), la capacidad de las sanadoras para subvertir los discursos y las prácticas de exclusión e influir en una transformación social era muy limitada o incluso nula, pero enfatizar su autonomía de acción las dota de una *agencia* genuina. Si bien sus reivindicaciones parten de la categoría *sanadoras* y no *mujeres,* y aunque no podían concebirse ni constituirse como sujetos políticos o académicos, aunque sí expertos, se sintieron autorizadas, en el sentido de poseer saberes y una larga experiencia en su ejercicio como sanadoras, para vindicar su actividad como tales. Se autocomprendieron como aptas para el ejercicio de sanadoras. Habían adquirido identidad profesional y, podríamos afirmar de género, al ser una exclusión directa a las mujeres, lo que las condujo a la reivindicación con las herramientas de las que disponían en el contexto social y político del momento. Las sanadoras desafiaron la hegemonía masculina en el ámbito de la salud. De ahí, la necesidad de contextualizar su revuelta como parte de la historia feminista en salud. La historiografía feminista en el ámbito de la salud está incorporando a la lucha histórica por la emancipación de las mujeres las vindicaciones de las sanadoras para acceder a la formación y ejercer como tales, reconstruyendo esos elementos de continuidad histórica feminista.

La historiografía feminista ha puesto de manifiesto que las mujeres desarrollaron un trabajo sanitario a lo largo de la historia y tuvieron un status reconocido en el ámbito público y social como sanadoras. Así lo afirman Teresa

Ortiz y Dolores Sánchez: «Jugaban un papel clave, lo que les hacía figuras centrales de la vida comunitaria y sujetos con un poder social considerable. El arte de partear constituía para ellas su principal modo de vida, un oficio en el que las mujeres habían tenido exclusiva competencia durante siglos» (1995, 249).

Alison Klairmont-Lingo recoge la definición de Mónica Green de sanador/a como aquel individuo que tiene como ocupación básica su dedicación a la atención de personas enfermas, y de las sanadoras como «las mujeres que en algún momento de sus vidas se identificaron a sí mismas en relación a su práctica médica o fueron así identificadas por sus comunidades» (2001, 80). En este sentido, «se puede hablar de la actividad sanitaria de las mujeres como una seña de identidad social a lo largo de los siglos» (2001, 13). Sanar había sido tradicionalmente prerrogativa de las mujeres. Asimismo, también «puede pensarse que esta era una de las formas en que una mujer podía ejercer un cierto nivel de independencia y de control sobre algunas facetas de su vida» (2001, 107).

Las mujeres sanadoras contribuyeron al conocimiento en el ámbito de la salud, descubriendo y aportando a la cultura formas de tratar las enfermedades y mantener la salud en diferentes momentos de la vida (Alic 1991; Cabré y Ortiz 2001), mostrando, además, un persistente interés por ser reconocidas como expertas en salud. Como afirma Teresa Ortiz:

> La relectura de viejos textos sobre mujeres y el hallazgo de muchos nuevos pone de manifiesto la continua contribución de las mujeres al conocimiento en salud a lo largo de la historia, así como las posibilidades de desarrollo de la medicina que tuvieron las mujeres antes de que se organizaran los sistemas médico y universitario (2006, 190).

El cuidado de la salud fue, además, un campo exclusivamente femenino hasta la institucionalización de los estudios y del trabajo sanitario, etapa en la que las mujeres fueron excluidas de la Universidad y del ejercicio de las profesiones sanitarias (Cabré y Ortiz 2001; Ehrenreich y English 1981). Las mujeres, además, no solo fueron sanadoras, sino también médicas. Margaret Alic, en su libro *El Legado de Hipatia* (1991), expone la historia de las mujeres en la medicina. También Pilar Iglesias Aparicio recoge en su tesis doctoral un texto de Elisabeth Brooke, en su libro *Women Healers. Portraits of Herbalists, Physicians, and Midwives. The Women's Press*, publicado en 1993, en el que, al relatar la revuelta de las mujeres contra la condena a Hagnodike

por practicar la medicina, documenta que existieron médicas en la Antigua Grecia:

> Destaca la historia de Hagnodike (o Agnodice), la supuesta primera mujer médica reconocida por la historia. Según la leyenda, las atenienses no tenían siquiera comadronas antes del tiempo de Herófilo, y muchas mujeres preferían morir antes de ser atendidas por un médico varón. Hagnodike se disfrazó de hombre y estudió medicina con Herófilo en Alejandría. Después, de vuelta a Atenas, practicó la ginecología siempre disfrazada de hombre y descubriendo su verdadero sexo a aquellas pacientes que no quisieran ser atendidas por un hombre. «She was found out by jealous male colleagues who denounced her to the court. Tried and found guilty of the illegal practice of medicine, she was sentenced to death». Ante esta sentencia, las mujeres atenienses se unieron para protestar acusando a los hombres de no ocuparse del bienestar y la salud de sus esposas. En esta primera revuelta femenina, las mujeres amenazaron, según Brooke «to commit mass suicide» y, según Achterberg, «they threatened to condemn their husbands and withhold them certain favours if she were not released immediately». Los atenienses aceptaron la exigencia de sus propias esposas e hijas, y cambiaron la ley para permitir a las mujeres practicar la medicina (Iglesias 2003,15).

Entre los siglos XII y XVII se produjo en Europa un proceso de organización y consolidación de un sistema de formación y asistencia médica y sanitaria regulado mediante el poder de la ley, que no solo excluyó a las mujeres del trabajo sanitario, sino que subordinó sus actividades a las desarrolladas por los varones (Cabré y Ortiz 2001, 13). Se prohibió a las mujeres estudiar en las universidades y practicar la medicina, se desautorizaron su conocimiento y sus prácticas sanadoras, negándoles autoría y autoridad, aunque hubiesen practicado la medicina desde presupuestos científicos (Ortiz 2001, 58), «no se las acusaba de ser incompetentes, sino de haber tenido la osadía de curar, siendo mujer» (Ehrenreich y English 1981, 19).

Como muestran Monserrat Cabré y Teresa Ortiz en la introducción de su libro *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*[1], hasta ese momento las mujeres podían, libremente, asistir los partos, atender las ne-

[1] Los trabajos incluidos en este libro fueron publicados en 1999 en la revista *Dynamis (*Cabré y Ortiz 1999), para la que estas autoras realizaron un monográfico sobre este tema. De los quince trabajos que recogen, solamente dos son de autoría española.

cesidades de salud de niñas y niños, administrar medicamentos y tratar una variada gama de problemas de salud de hombres y mujeres. También podían testificar como expertas ante las Cortes judiciales. En este sentido, Monserrat Cabré relata el caso de un grupo de mujeres que en 1398 en Zaragoza y por encargo de las Cortes, examinaron manualmente a una mujer joven que había sido violada y fueron a testificar en lo que hoy se denominaría como un acto médico de la medicina forense. Asimismo, en la Barcelona de 1410, también la Corte ordena a varias mujeres el examen de tres niñas de 9 y 10 años, declarando que efectivamente habían sido violadas, aunque no podían saber si había sido recientemente, puesto que, según declararon, *la natura* se había secado y no podían conjeturar cuándo había tenido lugar la violación. Ello muestra, como resalta Cabré, que tenían conocimiento y capacidad de lectura de las alteraciones del cuerpo femenino (2000, 24). Concluye Cabré que «parece que las cortes bajomedievales habitualmente recurrieron a mujeres para determinar si una mujer había sido violada o si estaba o no embarazada» (2000, 21).

A partir del siglo XIV empieza a reglamentarse la actividad de las mujeres sanadoras, prohibiendo practicar a quien no poseyera un permiso o una licencia y se fueron restringiendo las actividades que eran legales para ellas hasta el momento. En la Edad Moderna se fueron reduciendo cada vez más las posibilidades de las mujeres para la práctica sanitaria. En el caso de las matronas, que venían ejerciendo con total autonomía la atención a los partos y cuyo saber «se basaba en siglos de observación y experiencia» (Ehrenreich y English 2010, 58), tuvieron que obtener su reconocimiento como tales por médicos y/o cirujanos, que podían examinarlas y supervisar su ejercicio, pero que, además, competían con ellas por un espacio profesional que hasta el momento había sido exclusivamente femenino.

Teresa Ortiz, en su libro *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista* (2006), y Teresa Ortiz con Montserrat Cabré en el libro *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX* (2001), recogen trabajos de investigación que documentan los saberes y prácticas de las mujeres desde el siglo XII, los conflictos y estrategias de las sanadoras para mantenerse en el ejercicio de su profesión, hasta llegar al siglo XIX, describiendo las trayectorias específicas de las mujeres para acceder a los estudios de Medicina y la creación de clínicas para mujeres como estrategia, entre otras, para poder ejercer como médicas.

La historiografía feminista también está desvelando los mecanismos utilizados por los hombres desde las instituciones patriarcales en diferentes

momentos históricos para excluir a las mujeres de la formación y el ejercicio de las actividades sanadoras, especialmente la medicina, con el objetivo de apropiarse de este ámbito e impedir que ellas continuaran ejerciendo esta actividad. Como afirmaron Ehrenreich y English, «en esta lucha se dirimían cosas muy importantes. Concretamente, el monopolio político y económico de la Medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta» (1981, 8).

Asimismo, las historiadoras feministas también están descubriendo las diferentes formas de oposición de las sanadoras a su exclusión y sus luchas para el acceso a la formación, así como sus modos de organización, sus formas de reivindicación y sus estrategias para poder continuar ejerciendo como tales.

Las sanadoras reivindicaban, por una parte, igualdad en su acceso al conocimiento. Como señaló Mª Milagros Rivera, durante el Humanismo y el Renacimiento el proyecto de igualdad fue entendido como igualdad en el acceso al conocimiento (1996, 36). Y por otra, también reivindicaban continuar ejerciendo el cuidado de la salud y la atención a los partos: «El conflicto entre el saber tradicional de las mujeres (y de algunos hombres que también practicaban al margen de la formación académica) y el de los hombres expertos se centró en conseguir el derecho a curar» (Uría y Mosquera 2013, 303). Y no solo eso. Además, las sanadoras cuestionaron los presupuestos androcéntricos y patriarcales sobre el cuidado de la salud, así como el modo en que los hombres realizaban las actividades sanitarias desde estos presupuestos, como ponen de manifiesto algunos documentos históricos. También se opusieron a la apropiación y control por los varones de las actividades sanitarias. Como afirmó Teresa Ortiz:

> Las investigaciones que se están realizando sobre las sanadoras en la Europa medieval y moderna han señalado las formas de exclusión, segregación y subordinación del trabajo sanitario de las mujeres que acompañaron a los procesos de organización y consolidación de un nuevo sistema de asistencia médica con formación de base universitaria. Y apuntan también que los conflictos, resistencias y formas de negociación social por parte de las sanadoras, así como las alianzas ocasionales fueron paralelas al éxito final masculino en ese proceso organizativo (2006, 194).

Sobre las sanadoras se ejercieron múltiples formas de violencia para su exclusión del ejercicio profesional. Los hombres, valiéndose de un verdade-

ro pacto patriarcal entre varones (Amorós 1990), se apropiaron y usurparon los saberes de las mujeres; silenciaron e invisibilizaron sus aportaciones al conocimiento en salud; descalificaron sus discursos y prácticas sanadoras; les impidieron el acceso a la formación académica y al ejercicio profesional; subordinaron las actividades sanadoras de las mujeres a las profesiones sanitarias de las que ellos se habían apropiado; estigmatizaron a las mujeres que desarrollaban actividades sanitarias y las discriminaron. Miles de mujeres fueron perseguidas, condenadas a destierro y asesinadas, acusadas de brujería. Los hombres, desde las instituciones académicas, realizaron un verdadero exterminio de las sanadoras, en alianza con el poder eclesiástico. La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política (Ehrenreich y English 1988, 8). Como contrapartida, se produjo la creación de la profesión médica masculina. Fue una toma de poder activa por parte de los hombres. La historiografía feminista ha documentado estas múltiples formas de violencia masculina contra las sanadoras, como se expone a continuación.

Los hombres, mediante el poder institucional que se otorgaron, impusieron normativas reguladoras sobre las prácticas sanitarias de las mujeres. La exclusión de las mujeres de la formación y del ejercicio de las profesiones sanitarias se realizó mediante la prohibición expresa en las leyes. Teresa Ortiz menciona cómo se produjo en España:

> Los procesos de exclusión y/o segregación de las mujeres no han sido sutiles, sino abiertos y claros. Se dictaron normas prohibiendo a las mujeres estudiar en las universidades y practicar la medicina. Entre los ejemplos más tempranos tenemos el acuerdo de 1329 de las Cortes Valencianas ordenando 'que ninguna mujer practique la medicina, ni administre brebajes, bajo pena de ser azotada por la villa; pero que puedan cuidar de niños pequeños y de mujeres, a quienes sin embargo no podrán administrar brebajes' (2001, 58).

Ortiz también señala que en España, hasta comienzos del siglo XVIII, el arte de partear fue una actividad exclusivamente femenina, hasta que los cirujanos convirtieron la partería en un saber quirúrgico y avanzaron en el monopolio de su práctica, convirtiendo a las mujeres en subordinadas de los especialistas en obstetricia: «En el siglo XVIII las mujeres podían ser matronas pero no cirujanas-comadronas, un título de mayor categoría social y profesional reservado a los varones» (2001, 59). Sin embargo, la capacidad

de curación de las mujeres no era cuestionada cuando esta se atribuía a un don sobrenatural y a la advocación divina, lo que se explica, por una parte, debido a que en esos casos las mujeres no cobraban por sus servicios, y por otra, porque no se atribuía su saber al conocimiento adquirido mediante el estudio o la formación. Algunas mujeres utilizaron este argumento como una estrategia para poder continuar ejerciendo y escribiendo, como señalan Monserrat Cabré y Teresa Ortiz:

> El espacio de lo divino, cuando estuvo gestionado dentro de los límites maleables, pero delicados, de las opciones religiosas legitimadas, parece que fue un lugar especialmente querido y seguro para las mujeres, también para la práctica terrenal de matronas, que respaldaron sus textos y su trabajo con la advocación divina (2001, 14).

En el mismo sentido, Mónica Green señala que de Hildegarda de Bingen se escribió en un *Diccionario de Biografías de Científicas* publicado en 1988: «Hildegarda produjo todas sus obras, como ella misma dijo, con la mediación de visiones celestiales o espirituales. No se basó ni en la experiencia médica ni en los saberes tradicionales» (2001, 31). Las instituciones del antiguo régimen podían admitir a las mujeres en tanto las integraban como mujeres excepcionales, figuras que son excepción a la regla y excepción que confirma la regla (Ortiz y Sánchez 1995, 254), pero no podían reconocer el saber y el papel social y profesional que jugaban las mujeres como expertas en salud.

Como consecuencia de las normativas que prohibían a las mujeres ejercer como sanadoras, muchas fueron denunciadas y juzgadas por ejercer como tales. El juicio a Jacoba Félicié, analizado por Montserrat Cabré y Fernando Salmón, es una prueba clara y bien documentada de ello (2001). En 1322, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de París la acusó ante la curia arzobispal de practicar ilegalmente la medicina. La argumentación de Felicié para su defensa se basó en que muchas mujeres se dejarían morir, antes de que un hombre accediera a su cuerpo. La resolución dictada en este juicio condenó a Felicié a ser excomulgada y condenada al pago de una cantidad en caso de que volviera a ejercer. Cabré y Salmón señalan que la Facultad de Medicina respondió crudamente con un discurso misógino, al excluir a las mujeres de la posibilidad de ejercer como sanadoras, aunque hubiesen curado a personas enfermas que la medicina universitaria no había conseguido curar (2001, 74). Jacoba Felicié «fue percibida por la medicina universita-

ria como un desafío al intento de monopolización del mercado sanitario y a la definición del encuentro clínico como una relación de poder» (Cabré y Ortiz 2001, 13).

Pilar Iglesias Aparicio documenta el caso de la matrona Elizabeth Cellier en Inglaterra y su lucha para recuperar el estatus sanitario de las matronas, por lo que también fue juzgada y condenada:

> El primer intento de elevar la categoría profesional de las comadronas aparece también en Inglaterra en el siglo XVII, gracias a Elizabeth Cellier, ya mencionada en el capítulo anterior, quien diseñó un hospital real y organizó una corporación de comadronas. En 1687, propuso la preparación profesional y el registro de las comadronas. Su sentido humanitario y social la llevó a visitar a los prisioneros de la cárcel de Newsgate, algo no aceptado en su época. Su actividad le creó poderosos enemigos que consiguieron fuese juzgada por supuesto complot contra el rey Carlos II, encarcelada, condenada a pagar una multa de 1.000 libras, y a presenciar la quema de sus libros (2003, 219).

La restricción de las funciones profesionales a las mujeres, imponiendo normativas reguladoras de su actividad, fue otra forma de exclusión. Les prohibieron la administración oral de medicinas, la realización de tratamientos quirúrgicos o el uso de instrumentos, que pasaron a definirse como tecnologías masculinas. El estudio de Gianna Pomata sobre las sanadoras de Bolonia en el siglo XVII revela que en 1674 el Colegio de Médicos promulgó un edicto requiriendo a las matronas un juramento de fidelidad a las leyes del protomedicato, para lo que tenían que jurar no administrar remedios por vía oral ni sangrar, así como no testificar como expertas sobre cuestiones relacionadas con la desfloración de mujeres vírgenes sin el consejo de un médico licenciado (2001, 120-121). Además, las licencias a las matronas continuaron concediéndolas las autoridades eclesiásticas, en un claro ejercicio de control de sus vidas y comportamientos, control que se mantuvo a pesar de la nueva regulación. Para obtener una licencia, las matronas debían entregar una carta del párroco sobre su carácter moral, como documenta Pilar Iglesias Aparicio: «Para poder acceder a dicho examen la aspirante o *pretendiente* debía presentar fe de bautismo y de su buena vida y costumbre dada por el Párroco, e información de limpieza de sangre, además de licencia por escrito de sus maridos en el caso de las mujeres casadas» (2003, 220). En la investigación que realizó Jennifer Hellwatrh en Inglaterra, también encuentra que «en el

siglo XVI, las licencias para la práctica legal de la matronería las concedían las autoridades eclesiásticas, aunque muchas ejercieron sin esas licencias» (2001, 95). Las mujeres que actuasen como comadronas sin licencia podían ser excomulgadas o encarceladas (2003, 218). Las investigadoras han encontrado documentos que muestran que las matronas fueron denunciadas por el protomedicato por no atenerse a estas normas y también su enfrentamiento y transgresión de estas normas. La matrona Angelica Benini testificó en un juicio de este modo:

> Mi oficio es la partería, que he practicado durante más de cuarenta años. Sí, prescribí sangrías, muchas, muchas veces y de hecho lo hago casi cada día, de acuerdo a las necesidades de las mujeres parturientas. Nunca tuve licencia para prescribir sangrías, pero siempre lo he hecho libremente sin licencia, como hacen las demás matronas, como solía hacer mi maestra, que se llamaba comare Sabina (Pomata 2001, 123).

Sus palabras, que expresaban una clara autoafirmación de sus prácticas y de su oficio, suponían no solo una transgresión a las normas vigentes, sino un claro enfrentamiento a las mismas. Reconoce, además, que la práctica sin licencia es común entre las matronas, dejando claro de este modo que se estaba produciendo un enfrentamiento colectivo y que colectivamente estaban retando al sistema que prohibía a las mujeres realizar sangrías y ejercer la partería.

Otra de las estrategias utilizadas para la exclusión de las mujeres fue la invisibilización de su trabajo sanitario, que se produjo por diversos medios. Las fuentes archivísticas silencian las categorías ocupacionales de las mujeres y los detalles sobre su formación, aunque las mujeres trabajaron como matronas, médicas y cirujanas. La incapacidad jurídica de las mujeres en ese periodo histórico explica también, en parte, su invisibilidad en la vida pública y en las fuentes que la documentan. Solo «cuando las sanadoras se implicaron en batallas legales, reivindicando su derecho al ejercicio de la medicina» (Klairmont-Lingo 2001, 91) puede obtenerse información sobre su desempeño como sanitarias. Asimismo, el estatus matrimonial tuvo consecuencias en la invisibilidad e identidad ocupacional de las mujeres (Green 2001). Ya que las mujeres trabajaban en situaciones laborales ambiguas, desempeñando en ocasiones profesiones sanitarias en el marco de un oficio familiar, también salen a la luz cuando el marido muere y reivindican su saber y su derecho a ejercer:

> El caso de la viuda de Clement Bardin indica que esta mujer deseaba ejercer el oficio de su esposo después de su muerte, como una extensión de sus derechos de propiedad que, en esta ocasión, incluían también la propiedad intelectual. La corte falló que, previo pago de nueve *libres tournois*, podía obtener el título de *maitrise* que la habilitaba para ejercer como cirujana. Esta decisión reafirmó la legitimidad de una identidad laboral compartida, en contra de las pretensiones de los maestros (Klairmont-Lingo 2001, 89).

Alison Klairmont-Lingo, en su investigación sobre las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI, también muestra que las mujeres, que ya habían sido excluidas de las universidades francesas desde su fundación, solo podían adquirir formación universitaria a través de tutorías de carácter privado, presentándose a un examen con posterioridad.

La apropiación y usurpación de los conocimientos de las sanadoras sobre el cuidado de la salud mediante el silenciamiento de sus aportaciones y el cuestionamiento de la autenticidad de su autoría fue otra de las herramientas para excluir a las mujeres del ejercicio profesional y de la historia. En palabras de Teresa Ortiz, «a partir del siglo XV, la cancelación de la autoría femenina funcionó como una estrategia recurrente de desautorización de los saberes médicos de las mujeres» (2006, 191). Ese fue el caso de Trótula de Salerno e Hidelgarda de Bingen. Los textos de Trótula fueron obras especializadas en medicina de las mujeres y se difundieron en toda Europa occidental entre los siglos XII y XV. El género fue la razón por la que se cuestionó su autoría. Su obra también fue pirateada, según investigó Mónica Green (2001). Las historiadoras están trabajando sobre la autoría femenina oculta en los textos anónimos o firmados por hombres y está sacando del anonimato a algunas científicas, médicas y empíricas, demostrando que las mujeres escribieron libros de medicina desde los tiempos de Hipócrates, poniendo de manifiesto que los llamados libros hipocráticos no fueron todos escritos por él, ni siquiera el famoso juramento, ni los libros de ginecología (Ortiz 2006, 191). Mónica Green muestra las dificultades que entraña para la investigación el ocultamiento de la autoría de las mujeres a través de la experiencia de una estudiante, que no podía identificar los textos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen por aparecer con diferentes nombres (Green 2001). Como señalaron Cabré y Ortiz, hasta que el feminismo académico institucionalizó la historia de las mujeres, muy pocos historiadores de la medicina hicieron siquiera mención a las médicas, y este proceder muestra una clara intención:

> En este proceder historiográfico masculino hay también una opción oculta de género, pues las mujeres (médicas u otras sanadoras) no se mencionan en la historiografía profesionalizada hasta finales del siglo XX, salvo para señalar a algunas como excepciones o, más frecuentemente, para contrastar negativamente sus prácticas con las de los médicos, siempre más apropiadas, perfectas y avanzadas (2001, 10).

La descalificación de sus discursos y prácticas en salud, a pesar de la capacidad sanadora de las mujeres y su dominio del saber médico de su tiempo, fue otra estrategia de exclusión. En el primer tercio del siglo XIV era bien conocida una literatura misógina, escrita por hombres y para hombres, que tuvo una gran difusión. Un ejemplo de esta literatura es el *Secreta Mulierum*, que prometía revelar a los hombres los secretos de las mujeres y advertía de la necesidad de excluir a las propias mujeres de ese conocimiento (Cabré y Salmón 2001, 72). Pilar Iglesias Aparicio también señala que en los manuales de la época se ofrecía una doble y contradictoria visión de las comadronas, que eran alabadas o cuestionadas. En este caso, Iglesias afirma que existían claros intereses por parte de los médicos:

> La visión negativa que ofrecen autores del siglo XVIII, como Percival Willughby, va unida al interés por incorporarse los cirujanos y doctores al campo de la obstetricia, consiguiendo clientas de clase media y alta y a través de ellas, en muchas ocasiones, la posibilidad de atender a toda la familia (2003, 217).

Las sanadoras no solo fueron denunciadas por el ejercicio de su profesión, sino que también ellas realizaron denuncias ante los tribunales: «Las sanadoras se implicaron en batallas legales, reivindicando su derecho al ejercicio de la medicina ante maestros airados» (Klairmont-Lingo 2001, 91). Teresa Ortiz investigó el caso de la matrona Luisa Rosado como exponente de la resistencia de las matronas a ser desplazadas de una actividad que durante siglos había pertenecido a las mujeres (2001). Rosado se embarcó en un largo proceso legal y fue un ejemplo de matrona con clara conciencia y orgullo profesionales, segura de sí misma y de sus conocimientos. Subraya Teresa Ortiz que «quizás estas virtudes no fueran tan singulares ni exclusivas a su persona, siendo por el contrario expresión no solo de la resistencia de las matronas, sino también de la decidida voluntad de las mujeres a no sucumbir frente al empuje de la ciencia y al poder de los varones» (2001, 175).

Otra muestra del enfrentamiento y de la afirmación de su saber y su valía, fue la crítica a las prácticas sanitarias que introdujeron los hombres en la atención a las mujeres. Algunas investigaciones muestran que las matronas tenían disensiones con los cirujanos e hicieron público y defendieron un conocimiento diferente al de médicos y cirujanos, que ellas siempre consideraron compatible, aunque prestando escaso reconocimiento de autoridad a los cirujanos (Ortiz 2006, 196). En el texto que sigue, escrito en 1737 por Sarah Stone, se realiza una crítica abierta a los cirujanos por sus prácticas en la atención a los partos, que violentan el ritmo que requiere este proceso, considerándolas, por tanto, una mala praxis: «Quisiera suplicar a los cirujanos que asisten a mujeres en su parto que saquen la placenta con paciencia, como las matronas, o que dejen que la matrona la saque, por el desgarramiento que he visto en las placentas que algunos cirujanos extraen» (citado en Ortiz y Sánchez 1995, 253). Las matronas también consideraban el fórceps como una intrusión violenta en el proceso del parto. Era frecuente que la criatura quedara destrozada dentro del útero o que este se desgarrase, produciendo la muerte de la madre y la criatura. Como señaló Margaret Alic, «'estos carniceros', como a veces se llamaba a los parteros varones, se convirtieron en blanco especial de los ataques de las feministas de los siglos XVII y XVIII» (Alic 1991, 128).

Las sanadoras también utilizaron la escritura, no solo como medio de transmitir su saber, sino como una forma de autoafirmarse y reivindicarse, como afirman Teresa Ortiz y Dolores Sánchez:

> En este proceso de usurpación y transformación de una actividad hasta entonces limitada a las mujeres, las matronas desarrollaron diferentes estrategias de resistencia, entre ellas el uso de la palabra escrita con objeto de expresar y transmitir su saber y su experiencia. Como señala Milagros Rivera, 'para las mujeres de las sociedades patriarcales la escritura ha sido siempre una forma de resistencia' contra el silencio que la sociedad les impone (1995, 250).

Se servían de la escritura técnica, con la que buscaban instruir a otras matronas y a la vez demostrar el dominio de su oficio. De esta forma, también hacían frente al proceso difamación profesional, que les atribuía la responsabilidad de la elevada mortalidad infantil debido a su ignorancia (Ortiz y Sánchez 1995, 252). Las palabras de la matrona Teresa Ployant en 1787 lo expresan así: «Hagamos mediante el estudio que la gente se de cuenta de

que nosotras somos las únicas que pueden llevar los partos a un final feliz y al mismo tiempo salvar el pudor de las mujeres» (citado en Ortiz y Sánchez 1995, 252). Ortiz y Sánchez resumen de este modo los múltiples significados y efectos de la escritura de las matronas:

> Las estrategias son numerosas y coinciden muchas veces en los distintos libros. A través de ellas las autoras parecen conjurar la transgresión que supone tomar la palabra escrita. El propio estilo literario, ya comentado, contribuye a la conformación de una identidad propia, lejana y ajena a lo científico y, además, les proporciona credibilidad y funciona como estrategia frente a formas de silenciamiento tan comunes como la negación de autoría (1995, 253-254).

Para demostrar su autoridad y conocimientos, indicaban en las portadas de sus libros sus méritos, ofrecían detalles de su formación e incluían presentaciones de terceros que las acreditaban, en un claro ejercicio de autoafirmación pública y vindicación de sus saberes. Aún así, no les fue suficiente la experiencia demostrada para autorizar su incursión en un espacio que legalmente no les pertenecía (Ortiz y Sánchez 1995, 254). Por ello, «según avanza el siglo XVIII, se tornan cada vez más reivindicativas de un espacio que la tradición les reconoce, pero que la ciencia quirúrgica les está arrebatando» (Ortiz y Sánchez 1995, 254-255). Con la palabra impresa tomaron el espacio público y compitieron con las palabras de los considerados sabios, aunque finalmente los intereses patriarcales consiguieron silenciarlas:

> Sus libros tuvieron una difusión extraordinaria en los siglos XVII y XVIII y conocieron numerosas ediciones y traducciones, pero no fueron suficientes para luchar contra una dinámica social que las quería encerradas en la domesticidad y acabaron sepultados bajo montones de otras obras a muchas de las cuales habían servido de fuente de inspiración (Ortiz y Sánchez 1995, 255).

Las sanadoras también encontraron vías alternativas de formación, que desarrollaron textual y oralmente. El interés en la difusión y enseñanza de saberes médicos entre mujeres se ha atestiguado en la Edad Media con la creación de comunidades textuales femeninas, concepto desarrollado por Hellwarth, que atribuye la creación y utilización de un texto a un grupo de mujeres de generaciones diversas (2001). En el caso de las médicas, no solo escribieron,

sino que desarrollaron programas de formación para niñas y adolescentes, mujeres y futuras médicas (Cabré y Ortiz 2001, 22). Como también señalaron Marian Uría y Carmen Mosquera, aunque la relación de las sanadoras con la formación académica fue casi inexistente y el acceso al conocimiento a través de los libros limitado, aplicaron conocimientos rigurosos a los que accedieron de forma oral, con probabilidad a través de las redes establecidas entre ellas (2013, 305).

Las investigaciones históricas desde el marco feminista y de los estudios de género, han puesto de manifiesto, como resume el grupo Genciana de la Universidad de Zaragoza, las numerosas estrategias masculinas para apropiarse del ejercicio profesional con exclusividad:

> Los hábitos de exclusión de las mujeres del saber transmitido, la denegación de autoridad femenina, la producción de teorías sesgadas acerca de las mujeres, la no consideración de estilos cognitivos y modelos de conocimiento femeninos, la producción de teorías sobre la realidad que ocultan las actividades e intereses de las mujeres y la producción de conocimiento científico que, en lugar de servir como herramienta de cambio de la relaciones de poder, refuerza las estructuras de jerarquía y dominación (Miqueo et al. 2003, 195-196).

La historiografía feminista ha dotado de significación la experiencia de las mujeres que en el pasado fueron cuestionadas como expertas en salud y ha puesto en valor fuentes que recogen directamente sus ideas y sus palabras. También ha puesto de manifiesto que las sanadoras utilizaron diversas formas de resistencia a su exclusión de la formación académica y del ejercicio de profesiones sanitarias. Desafiaron las normas patriarcales, en ocasiones se enfrentaron abiertamente al poder y a la normatividad impuesta por los varones, reivindicando sus derechos ante los tribunales, y en otras se resistieron con estrategias menos visibles. Por ello, pueden ser consideradas pioneras y precursoras en la historia de las vindicaciones feministas en el ámbito de la salud.

La lucha de las mujeres por el acceso a la formación universitaria y al ejercicio de todas las profesiones sanitarias en pie de igualdad será una de las vindicaciones que estará presente desde el inicio de la primera ola feminista en la Ilustración y que continuará durante el sufragismo. En la tercera ola feminista, además, una vez conseguidos estos derechos, las feministas realizarán, desde dentro y fuera de la Academia, una fuerte y profunda crítica a los presupuestos androcéntricos y sexistas de las ciencias sanitarias.

1.2. Primera ola del feminismo: la Ilustración. Discursos sobre el malestar y la enfermedad de las mujeres como consecuencia de la desigualdad

En el marco de la lógica del pensamiento de igualdad, paradigma que se desarrolla en la Ilustración en el contexto europeo del siglo XVIII, se sitúa el inicio de la primera ola del feminismo. Las mujeres son excluidas de las nuevas propuestas políticas, y es desde la misma lógica del pensamiento ilustrado desde la que reivindican la equiparación de derechos entre hombres y mujeres. El pensamiento de la igualdad entre los sexos es una crítica ilustrada a las insuficiencias de la propia Ilustración, que después de proclamar la igualdad, libertad y fraternidad como principios universales, deja fuera de estos a las mujeres, por lo que la premisa de ser principios universales quedaba invalidada. En palabras de Celia Amorós, las mujeres interpelan a los varones burgueses por incoherencia en la aplicación de sus propios principios, manteniéndolas en el régimen social anterior. El discurso de Cady Stanton apela también a la misma lógica: «Vosotros, hombres liberales, tratáis a vuestras mujeres como si fuerais barones feudales» (Amorós 2006, 305).

Uno de los textos emblemáticos escrito por Olympe de Gouges en el marco de la revolución francesa fue su célebre *Declaración de los derechos de la Mujer y de la ciudadana* en 1791, en clara contestación a la exclusión de las mujeres de la *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano* de 1789. En su obra reclama para las mujeres los mismos derechos en todos los aspectos de la vida pública y privada, incluyendo el derecho al voto, a la educación, al trabajo, a hablar en público en temas políticos, a acceder a la vida política, a poseer y controlar propiedades, a formar parte del ejército, incluso a la igualdad fiscal y a la igualdad de poder en el ámbito familiar y eclesiástico. Olympe de Gouges reclama el acceso de las mujeres a la educación y al ejercicio de todas las profesiones, precisamente en una etapa histórica en la que las sanadoras estaban manteniendo una lucha para poder ejercer como tales, después de haber sido excluidas tanto de su práctica como de la formación académica.

En Inglaterra, Mary Wollstonecraft escribe *Vindicación de los derechos de la mujer* en 1792, obra en la que se teoriza por primera vez la mujer como grupo oprimido, comparando la situación de las mujeres con la esclavitud. En su texto establece profundas relaciones entre el malestar y la enfermedad de las mujeres y las limitaciones que los varones les imponen en su desarrollo intelectual y profesional, siendo destinadas únicamente al matrimonio y

recluidas en el mundo doméstico. En el prólogo a la edición de Cátedra en 1994, Isabel Burdiel señala la preocupación de Wollstonecraft por encontrar las causas de las enfermedades de las mujeres:

> Había dedicado una buena parte de sus escasos treinta y ocho años de vida a estudiar, evidenciar y criticar la suerte de las mujeres de su época (empezando, claro está, por la propia) y a preguntarse por la causa de las enfermedades (no solo, ni principalmente físicas) a las que estas eran 'particularmente susceptibles' (1994, 10-11).

Y Wollstonecraft encuentra esas causas: describe las consecuencias en la vida y la salud de las mujeres de la falta de formación, de la imposibilidad de desarrollar actividades profesionales y carecer de un proyecto de vida propio, habiendo sido educadas únicamente en las virtudes necesarias para conquistar a un varón, casarse y dedicarse a su cuidado y al de sus hijas e hijos. Ya en la introducción a su libro, señala que estos hechos hacían que sus mentes no pudieran encontrarse en un estado saludable:

> La conducta y los modales de las mujeres, de hecho, prueban con claridad que sus mentes no se encuentran en estado saludable (…). Atribuyo una de las causas de este florecimiento estéril a un sistema de educación falso, organizado mediante los libros que sobre el tema han escrito hombres (…) se han mostrado más dispuestos a hacer de ellas damas seductoras (…) las mujeres de nuestro siglo, con unas pocas excepciones, solo desean fervientemente inspirar amor, cuando debieran abrigar una ambición más noble y exigir respeto por su capacidad y sus virtudes (Wollstonecraft 1994, 99-100).

Mostrará en su texto que las limitaciones que los hombres han impuesto en las vidas de las mujeres tienen un claro objetivo, domesticarlas para ponerlas a su servicio, y desenmascarará a lo largo de su obra las estrategias que utilizaron para conseguirlo. Afirma que los hombres que se han esforzado por «domesticar a las mujeres han tratado de debilitar sus cuerpos y entorpecer sus mentes» (Wollstonecraft 1994, 195). Wollstonecraft ya identificó que para someter a las mujeres, tanto a nivel estructural como en las relaciones de pareja, es necesario debilitarlas, desarmarlas, corporal y mentalmente. Es esta una idea fuertemente moderna, desarrollada en los análisis feministas contemporáneos para explicar la violencia patriarcal.

Wollstonecraft muestra la importancia y el papel clave de la socialización, dirigida al desarrollo de las herramientas necesarias para conseguir que las mujeres dediquen sus energías a la seducción de los varones con el fin de llegar al matrimonio, lo que las convertirá en meros objetos de deseo, afirmando que ello mina tanto la autoestima como la valoración social de las mujeres:

> La inclinación generalizada hacia el placer que ocupa el lugar de la ambición y de aquellas pasiones más nobles que abren y le ensanchan el alma, que la instrucción que han recibido las mujeres hasta ahora solo ha tendido, con la implantación de la sociedad cortés, a convertirlas en objetos insignificantes del deseo (…) se las hace ridículas e inútiles cuando pasa el breve florecimiento de la belleza (…). De hecho las mujeres se encuentran tan degradadas por la mala interpretación de las nociones sobre la excelencia femenina, que minan la estima aunque exciten el deseo (1994, 104-105).

Mary Wollstonecraft argumenta que la reclusión doméstica de las mujeres, que asemeja a una jaula, y el vacío de vida que ello produce tienen graves consecuencias sobre su salud: «Confinadas en jaulas como la raza emplumada, no tienen nada que hacer sino acicalarse el plumaje y pasearse de percha en percha. Es cierto que se les proporciona alimento y ropa sin que se esfuercen o tengan que dar vueltas; pero a cambio entregan salud, libertad y virtud» (1994, 183). Sus argumentos resuenan en los que desarrollará Betty Friedan en la *Mística de la Feminidad,* que identificó el malestar de las mujeres como una consecuencia de la dedicación a la vida doméstica y al cuidado de la familia, lo que condujo a las mujeres al desarrollo de numerosos problemas de salud. Wollstonecraft afirma que «el descontento socava su salud y quiebra su espíritu» (1994, 140). Frente al vacío vital, plantea como un proyecto de vida posible la dedicación a la medicina, en un momento histórico en el que las mujeres tenían prohibido el acceso a la formación académica: «Cuántas mujeres malgastan de este modo sus vidas, presas del descontento, cuando podían haber trabajado como médicas» (Wollstonecraft 1994, 323).

Wollstonecraft también muestra, en el mismo sentido que ha sido descrito en el feminismo contemporáneo, las violencias que se ejercen sobre el cuerpo de las mujeres con el objetivo de moldearlos conforme a los cánones de belleza y las profundas consecuencias que esto tiene en su salud, tanto física como emocional: «Para conservar la belleza personal –gloria de la mujer– se oprimen miembros y facultades con algo peor que las vendas chinas, y

la vida sedentaria que se les condena a vivir, mientras los niños retozan al aire libre, debilita los músculos y relaja los nervios» (1994, 161). Observa que la centralidad del cuerpo en la socialización de las mujeres las convierte en esclavas y, a la vez, también dependientes mentalmente, señalando la íntima relación entre ambos aspectos: «Las funestas consecuencias originadas por la falta de atención a la salud durante la infancia y la juventud se extienden más de lo que imaginaba: la dependencia del cuerpo produce de forma natural la dependencia mental (…) las mujeres son, literalmente hablando, esclavas de sus cuerpos» (Wollstonecraft 1994, 163). Destinadas a ser objetos sexuales, su educación se dirigía a desarrollar sus encantos físicos y su belleza. Las mujeres, centradas en el cultivo de su aspecto para ser objetos del deseo masculino, habían de dedicar una constante atención a su cuerpo, lo que impedía que dedicaran su energía a desarrollar sus capacidades intelectuales: «El cultivo del entendimiento siempre se subordina a la adquisición de ciertas dotes corporales» (Wollstonecraft 1994, 133). Wollstonecraft tiene el empeño de desacreditar la idea de la mujer como mero objeto sexual (Burdiel 1994, 78).

Señala también el efecto en la salud del tipo de actividades que desarrollaban las mujeres burguesas en el ámbito doméstico, que implicaban una escasa actividad física y una vida sedentaria, que además debilitaban su desarrollo intelectual: «Las tareas sedentarias hacen enfermizas a la mayoría de las mujeres y una falsa noción de la excelencia femenina las hace sentirse orgullosas de su delicadeza, aunque son otros grilletes que, al llamar la atención continuamente sobre el cuerpo, estorban la actividad mental» (Wollstonecraft 1994, 213).

Wollstonecraft abunda en las consecuencias de la limitación de la actividad física en las niñas y en la socialización dirigida a moldear sus movimientos para conseguir, como señalaron Celia Amorós y Rosa Cobo, la construcción de «un ideal de feminidad que excluye a las mujeres de la razón y del espacio público-político y las arrincona en el cerrado mundo de la domesticidad y los cuidados» (2007, 131), enfrentándose a una pedagogía femenina profundamente marcada por el pensamiento y la práctica más patriarcal y misógina (Amorós y Cobo 2007, 134):

> Con qué disgusto he oído hablar a mujeres juiciosas del confinamiento tedioso que soportan las niñas en la escuela, ya que se las sujeta y amedrenta más que a los niños. Tal vez no se les permita salirse de un amplio paseo en un jardín soberbio y se las obligue a andar estúpidamente de arriba aba-

> jo con porte serio, irguiendo la cabeza y torciendo hacia fuera los dedos de los pies, con los hombros sostenidos hacia atrás, en lugar de saltar, como ordena la Naturaleza para completar su designio, en las diferentes posturas tan favorables para la salud (Wollstonecraft 1994, 349).

Wollstonecraft transforma en vindicación su conciencia de la relevancia que tiene para una vida plena y sana eliminar las limitaciones impuestas a las niñas en la actividad física: «Déjennos alcanzar la perfección corporal permitiéndonos hacer el mismo ejercicio que a los niños, no solo durante la infancia, sino también en la juventud» (1994, 227); «Si se permitiera a las niñas hacer suficiente ejercicio y no se las confinara en habitaciones cerradas hasta que sus músculos se debilitan y se destruyen sus poderes de asimilación» (1994, 192).

En varias partes de su obra establece que esa debilidad que se atribuye a las mujeres es una debilidad construida por la educación y no dada por la naturaleza: «La debilidad de las mujeres es una debilidad artificial» (Wollstonecraft 1994, 105), «La educación proporciona esa apariencia de debilidad a las mujeres» (Wollstonecraft 1994, 133), «… debe fingir una delicadeza enfermiza» (Wollstonecraft 1994, 142). Con sus argumentos, Wollstonecratf pone de manifiesto que la feminidad es una construcción interesada al servicio de los varones, por lo que, advierte, va a intentar en su libro «persuadir a las mujeres para que se vuelvan más masculinas y más respetables» (1994, 104). Con ese objetivo hace un llamamiento a las mujeres, proponiendo que no se sometan a lo que en la actualidad llamaríamos los mandatos de género, para que tomen conciencia de esa socialización patriarcal y de sus consecuencias, así como una postura activa para transformar sus vidas. Asimismo, observa la identificación de las características atribuidas a lo femenino con la debilidad, la naturalización de la construcción de una feminidad enfermante y la creación de un imaginario de las mujeres como seres vulnerables, aspectos que serán teorizados por las psicólogas feministas durante el feminismo radical:

> Quiero persuadir a las mujeres para que traten de conseguir fortaleza, tanto de mente como de cuerpo, y convencerlas de que las frases suaves, el corazón impresionable, la delicadeza de sentimientos y el gusto refinado son casi sinónimos de epítetos de debilidad, y que aquellos seres que son solo objetos de piedad y de esa clase de amor que se ha calificado como su gemela pronto se convertirán en objetos de desprecio (Wollstonecraft 1994, 102).

Las mujeres, por tanto, han sido desempoderadas por la socialización patriarcal. En ese sentido, más adelante señala: «No deseo que tengan poder sobre los hombres, sino sobre ellas mismas» (Wollstonecraft 1994, 193), en respuesta a las palabras de Rousseau «educad a las mujeres como hombres y cuanto más se parezcan a nuestro sexo, menos poder tendrán sobre nosotros» (Wollstonecraft 1994, 193). Su propuesta es de radical actualidad y es uno de los objetivos del trabajo que se viene desarrollando en los talleres dirigidos al empoderamiento de las mujeres.

Con sus reflexiones, como afirma Burdiel, Wollstonecraft ya argumentaba que el problema de las mujeres es «un problema de identidad que se situaba a un nivel más profundo que el referido a su situación legal o política» (Burdiel 1994, 63). Como señaló Virginia Sapiro, construyó una «psicología política» (1994, 64), que caracteriza a la psicología feminista en la actualidad. Wollstonecraft expresa muy bien su comprensión de la construcción social de la subjetividad femenina: «Al ser tratadas como seres despreciables, acaban volviéndose de esa condición» (Wollstonecraft 1994, 223).

Identificó como otra fuente de daños emocionales para las mujeres el ejercicio de poder arbitrario en la familia, destacando que se ejerce con mayor intensidad sobre las niñas, produciendo, por tanto, un mayor impacto sobre ellas: «Lo que primero daña la mente es el ejercicio irregular de la autoridad paternal, y a estas irregularidades se hallan más sujetas las niñas que los niños» (Wollstonecraft 1994, 336). También sostuvo que el aprendizaje de la obediencia, la docilidad y la subordinación a los varones durante la infancia tiene grandes repercusiones en el posicionamiento de las mujeres en sus relaciones de pareja: «Enseñadas a someterse servilmente a sus padres, están preparadas para la esclavitud del matrimonio» (Wollstonecraft 1994, 335). Es esta otra de las ideas que se trabaja en la actualidad para la prevención de la violencia.

Sin mencionar expresamente la violencia masculina, alude a sus consecuencias sobre los sentimientos de las mujeres: «También veremos continuamente a algunas mujeres valiosas, cuya sensibilidad se ha agudizado dolorosamente por un desprecio inmerecido, dejar caer cosas como ‘el lirio es quebrado por la reja del arado’» (Wollstonecraft 1994, 323). Atribuyó a la conducta sexual y promiscua de los varones buena parte del sufrimiento y de las enfermedades de las mujeres:

> Estoy convencida de que el poco respeto que se presta a la castidad en el mundo masculino es la gran fuente de muchos de los males físicos y morales que atormentan a la humanidad, así como de los vicios y locuras que

> degradan y destruyen a las mujeres (…). De qué manera tan innatural se viola a menudo la inocencia y qué consecuencias tan serias se siguen de hacer que los vicios privados se conviertan en una plaga pública (Wollstonecraft 1994, 349-350).

Mary Wollstonecraft murió con 38 años como consecuencia de lo que entonces se denominaban fiebres puerperales, como menciona Isabel Burdiel:

> Un mal que era, casi invariablemente, producto de la escasa atención médica de entonces al más viejo oficio del mundo por lo que a las mujeres se refiere y que consiste, como es sabido, en dar a luz. Fue un caso común, situado entre los primeros por lo que respecta a los índices de mortalidad femenina del siglo XVIII: una placenta mal expulsada y a duras penas extraída por un médico que –siguiendo las costumbres en uso– no consideraba necesario, ni de sentido común, lavarse las manos previamente (1994, 10).

La obra de Mary Wollstonecraft, considerada un texto fundacional que pondrá las bases intelectuales y políticas del feminismo (Amorós y Cobo 2007, 128), también puede y debe ser considerada un texto fundacional en los estudios feministas en el ámbito de la salud, al establecer claros nexos entre la desigualdad y la carencia de derechos de las mujeres y su malestar y enfermedad, y contener las bases y los criterios que la teoría, la práctica y la investigación feministas desarrollarán posteriormente en el ámbito de la salud. La historia y el desarrollo de la teoría feminista, con la obra de Mary Wollstonecraft, está fuertemente vinculada, desde sus inicios, con la salud de las mujeres. La salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres aparecen como cuestiones determinadas por las estructuras políticas de dominación patriarcal, y no como cuestiones relacionadas con la naturaleza de las mujeres o con la biología femenina. Así, en *Vindicación de los Derechos de la Mujer*, se establece que la confinación de las mujeres en el ámbito doméstico, las limitaciones impuestas para su desarrollo intelectual y profesional, la socialización dirigida al cuidado de su aspecto corporal, tienen un importantísimo impacto sobre la salud de las mujeres, tanto física como emocional y mental. Mary Wollstonecraft, además, utiliza un lenguaje, unos conceptos y categorías potentísimas y fuertemente actuales: el espacio doméstico como una jaula; las mujeres como objeto de deseo, esclavas y dependientes de sus cuerpos; la limitación del movimiento y la actividad física en las niñas y mujeres; la

caracterización de las tareas domésticas como sedentarias y debilitantes, física y mentalmente; la relación entre el maltrato social y el personal; el abuso de autoridad paterna en la infancia como aprendizaje del sometimiento y la subordinación en las relaciones de pareja; los efectos de la incorporación de valores patriarcales en la subjetividad y, de ese modo, el impacto de la cultura patriarcal sobre la autoestima y la autovaloración de las mujeres. Como afirmó Amelia Valcárcel, leyendo a Wollstonecraft se tiene la impresión de estar en el puro presente:

> Una de las cosas que siempre más me han llamado la atención en mis estudios de Historia de las Ideas es la enorme estabilidad de la agenda feminista. Esa estabilidad se corresponde también con la estabilidad de sus argumentaciones. A veces, leyendo a Wollstonecraft se tiene la impresión de estar en el puro presente, no en el Siglo de las Luces. Y eso es tan extraño, habida cuenta de la variabilidad y hasta la volubilidad de otras tradiciones políticas, que sorprende e incluso inquieta (2017)[2].

En el periodo de la Ilustración, algunas ilustradas relevantes en España abordaron en sus obras aspectos relacionados con la salud. Inés Joyes (Madrid, 1731-1808) escribió en 1798 *Apología de las mujeres*, un ensayo en forma de carta a sus hijas, reproducido por Mónica Bolufer (2008) y recogido en *Antología del pensamiento feminista español* (Johnson y Zubiaurre 2012). Su ensayo fue publicado junto con su traducción del inglés al castellano de *El príncipe de Abisinia* de Samuel Johnson. Señala Bolufer que la elección de esta obra para publicar su ensayo no es casual:

> La elección de la obra a la que su ensayo acompañaba es significativa, pues se trata de una novela filosófica, alejada del estilo sentimental en boga a finales de siglo y coprotagonizada por una heroína inteligente y resuelta. Una obra que concede un papel destacado a personajes de mujeres cultas y resueltas, capaces de indagación filosófica, censura la frivolidad en que se educa comúnmente a su sexo y ofrece una visión poco halagüeña del matrimonio, temas todos que Inés Joyes desarrollaría en su propio texto. Escoger precisamente ese texto parece revelador del pensamiento y los gustos de la traductora (2011, 81).

[2] Disponible en: http://elpais.com/elpais/2017/05/25/opinion/1495703140_313473.html. (Consulta: 13-06-2017).

Apología de las Mujeres es un texto breve de 30 páginas, en el que, con el pretexto de ofrecer sus reflexiones y consejos a sus hijas, analiza y critica la situación de las mujeres en la sociedad de su época. En palabras de Mónica Bolufer:

> Sus ejes son la profunda convicción en la capacidad moral e intelectual de las mujeres y la denuncia de la desigualdad entre los sexos que rige las normas morales y los valores sociales. Se dirige tanto a convencer a los hombres del trato injusto que otorgan a las mujeres como a exhortar a estas para que, abandonando una dependencia moral y sentimental degradante, cobren conciencia de su propia dignidad y actúen en consecuencia (2011, 82).

Bolufer subraya que Inés Joyes es una mujer profundamente crítica con la formación de las mujeres, centrada en cultivar las apariencias y las artes de agradar, que también desaprueba una educación restringida a lo doméstico, considerando que el estudio es una fuente de satisfacción personal para las mujeres. Asimismo, considera que la familia no es la única fuente de realización para las mujeres ni un recurso fundamental para su felicidad. Advierte que las expectativas de las mujeres al contraer matrimonio no siempre se ven realizadas y llama a las mujeres al cultivo de la amistad y la razón. Sus propuestas vitales, tener vida propia al margen de la familia, cultivar otros proyectos como el estudio y la formación, crear vínculos de amistad, serán aspectos fundamentales en la promoción de la salud de las mujeres a partir del feminismo radical.

Aborda en su texto una cuestión que continúa siendo de total actualidad y controversia, la presión social para que las mujeres amamanten a sus hijos y el papel que juegan los discursos de los tratados médicos en esa presión. Joyes denunció «las motivaciones interesadas del discurso higiénico que imponía a las madres estrictas normas de conducta sin exigir lo mismo de los hombres y, más ampliamente, para expresar su sospecha sobre la subjetividad del discurso científico» (Bolufer 1998, 109). Asimismo mostró cómo los hombres, apoyándose en esos discursos, ejercen la misma presión que los médicos sobre sus esposas, aunque vean los padecimientos que para muchas mujeres conlleva amamantar, que incluso a algunas les cuesta la vida, así como numerosos problemas de salud. Utiliza el concepto de «mala madre», que ya se aplicaba a las mujeres que no querían amamantar y doblegarse a los mandatos patriarcales, un concepto que será cuestionado fuertemente por las psicólogas

y psiquiatras feministas en el siglo xx. Aboga por que sean las mujeres las que tomen la decisión de amamantar o no hacerlo:

> Algunos que escriben de crianza empiezan poniendo todo su conato en persuadir a las madres a que alimenten a sus hijos con su propia leche. Tienen razón, pero no es justo traten de malas madres a todas las que no lo hacen: muchas hay cuya constitución delicada no les permite tolerar los trabajos de tal empeño, y yo he conocido a quienes costó la vida. Lo peor es que algunos maridos que leen los tales tratados, el primero y a veces el único punto a que se aficionan es ese, teniendo valor de ver a sus pobres mujeres pasar postemas de pecho, inapetencias y otros males, sin querer que se remedien. Las infelices sienten todavía más la dureza y falta de compasión de sus maridos que el mismo mal que padecen, y cuanto más entendidas y de más finos sentimientos, más se afligen. Este es ciertamente un punto que se debería dejar a la prudencia y conciencia de la misma que lo ha de sufrir (citado en Johnson y Zubiaurre 2012, 66-67).

Asimismo, Joyes manifiesta que muchas mujeres pierden la salud en el matrimonio, señalando a los hombres como la causa: «Por otra parte, cómo me probarán que siempre ha de ser mejor al niño la leche de su madre, si esta es de complexión poco sana (y muchas lo empiezan a ser luego que se casan, por culpa de los señores míos)» (citado en Johnson y Zubiaurre 2012, 67). También destaca que son los hombres los que dictan las normas a las mujeres sobre la educación de las criaturas, afirmando que, sin embargo, no se abordan los comportamientos sexuales de los varones que sí tienen graves consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres y su descendencia:

> Rara vez escriben las mujeres, y ya es asunto de moda entre los modernos eruditos escribir sobre la crianza física de los niños, sacando siempre la grave falta de las mujeres que no dan de mamar a sus hijos; pero ninguno he visto que toque la inhumanidad de los hombres que, habiendo vivido una vida desenfrenadamente viciosa, pasan sin escrúpulo a contraer matrimonio con una sencilla paloma, cuyo semblante a muy pocas semanas manifiesta la impiedad del que la ha contaminado y de resultas a todos sus descendientes (Johnson y Zubiaurre, 2012, 67).

Bolufer también resalta que Inés Joyes aborda de una forma inusualmente explícita la moral sexual, un tema que, por razones de decoro, estaba práctica-

mente ausente o era tratado de manera eufemística en los escritos de ilustrados españoles. Sin embargo, ella, de forma tajante:

> Reprocha a médicos, pedagogos y moralistas de su tiempo que culpen severamente a las mujeres si no se adecúan al perfil de la madre abnegada, plenamente volcada en el cuidado de sus hijos, silenciando en cambio las infidelidades de los hombres y sus esfuerzos de seducción, lo que supone una dura crítica, inusual en su tiempo, a la doble moral sexual que toleraba en mayor medida los deslices de estos, imponiendo en cambio a las mujeres una estricta contención y reserva (Bolufer 2011, 83).

Asimismo subraya la visión lúcida de Joyes sobre los riesgos que tenía para las mujeres vivir en una sociedad asimétrica, y aunque las exhortó a que protagonizaran la reforma de las costumbres y asumieran la igualdad utilizando todos los recursos a su alcance, también les advirtió que lo hiciesen con el menor daño posible para sí mismas, enfatizando la necesidad y la importancia de que preservasen su confianza en sí mismas (Bolufer 1998, 111). Joyes ya señaló, por tanto, una de las claves relevantes para no perder la salud, el autocuidado y autoprotección al enfrentarse a los mandatos patriarcales y vivir en un contexto de desigualdad, aspecto que forma parte en la actualidad de los programas feministas para la promoción de la salud de las mujeres. Observa Bolufer que aunque Inés Joyes no cita referentes eruditos, parece apoyarse, además de en reflexiones sobre su propia experiencia, en amplias lecturas, entre ellas, quizá, las de algunas autoras españolas y europeas contemporáneas, a las que recuerda en algunos aspectos, como Josefa Amar, Madame de Lambert o Mary Wollstonecraft (2011, 81).

Otra ilustrada española que trata el tema de la salud es Josefa Amar y Borbón. Mónica Bolufer, en su libro *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII* (1998), y Mª Victoria López-Córdón en *Condición femenina y razón ilustrada.* Josefa Amar y Borbón (López-Cordón 2005)[3], examinan su biografía y sus obras. También Amalia Martín-Gamero, en *Antología del feminismo* (1975), recoge parte de una de las obras de Josefa Amar, *Importancia de la instrucción que conviene dar a las mujeres*, escrita en 1784.

[3] En este libro María Victoria López-Cordón incluye 15 apéndices con parte de la obra de Josefa Amar y Borbón.

Josefa Amar y Borbón (Zaragoza, 1749-1833) escribió *Discurso sobre la Educación Física y Moral de las Mujeres* en 1790, obra en la que «aplicó a la formación femenina, con una extensión y sistematicidad hasta entonces desconocidas, los preceptos higiénicos tomados de médicos» (Bolufer 1998). Es la primera vez que se utiliza el concepto de Educación Física. Esta obra se enmarca en la preocupación por el cuidado de la salud que se desarrollaba en el siglo XVIII, a través de la promoción de hábitos de vida correctos y el higienismo como una nueva disciplina del cuerpo, con amplias implicaciones morales, sociales y políticas (Bolufer 2000). En 1786, Josefa Amar y Borbón ya había escrito *Memoria*, conocida como *Discurso en defensa del talento de las mujeres y de su aptitud para el gobierno y otros cargos en que se emplean los hombres*, publicado en el Memorial Literario en 1786, que fue escrito para vindicar la entrada de mujeres en la Sociedad Económica Matritense, de la que posteriormente consiguió formar parte. También fue nombrada socia de mérito de la Real Sociedad Aragonesa y de la Real Sociedad Médica de Barcelona.

Al igual que Mary Wollstonecraft, Josefa Amar y Borbón afirmó que la fortaleza varonil no es consecuencia de la naturaleza, sino de los hábitos, y que al fomentarse en las mujeres la delicadeza y pusilanimidad, se les hace inútiles para todo. Las mujeres no son el sexo débil, sino el debilitado por los malos hábitos. La educación, señaló, «tan lejos está de fomentar una fortaleza varonil en las mujeres» (López-Cordón 2014, 68), enunciado que recuerda las palabras de Wollstonecraft que quería persuadir a las mujeres para que se volviesen más masculinas.

Inició la parte primera de su obra *Discurso sobre la Educación Física y Moral de las Mujeres,* «De la Educación Física», afirmando que «los hombres y las mujeres son iguales porque los dones más preciados de la especie, la inteligencia, el vigor corporal y la salud, no admiten distinciones entre unos y otros» (López-Cordón 2014, 71), en una clara defensa de la igualdad, también en la salud:

> Entre los bienes de la naturaleza ninguno hay comparable con el de la salud y la robustez del cuerpo. Este solo puede recompensar la falta de los demás, y sin él todos son inútiles (…). La salud es conveniente a ambos sexos porque si los hombres deben ocuparse en varios destinos que requieren fuerza y agilidad, del mismo modo hay bastantes mujeres que están precisadas a trabajar corporalmente para ganar su vida. Y cuando esta razón no hubiera, bastaría la que tienen todas, como es la de parir y criar hijos robustos. Esto importa más de lo que parece (Amar y Borbón 1790, 3).

Incluye en su libro recomendaciones médicas para el cuidado durante el embarazo, el parto, el amamantamiento y la infancia. Dedica el capítulo 8 al «Régimen de vida que conviene enseñar a las niñas». Sus consejos sobre la vestimenta de las niñas inciden en la importancia de fomentar en ellas el movimiento libre y el juego por encima de los valores asociados a la feminidad:

> Los vestidos de las niñas no deben ser ricos; lo primero por el daño que causan en lo moral, enseñándolas desde temprano a estimarlos más de lo que merecen; y lo segundo, porque se les quita la libertad de jugar, que les es tan saludable. El temor de que las riñan o castiguen si los manchan o los rompen, las obliga a estarse sentadas y no pensar en otra cosa que su adorno (Amar y Borbón 1790, 91).

En la segunda parte de su libro, «De la educación moral», destacó la importancia y la influencia de esta en la salud, incorporando, de este modo, una dimensión ética e intelectual a la salud:

> Si es tan conveniente la sanidad y buen régimen del cuerpo para conseguir la salud y robustez, como se ha dicho en la primera parte, es infinitamente más necesario el recto uso de las facultades racionales para obrar con cordura y discreción, para desempeñar las obligaciones comunes a todos, las particulares de cada uno, y finalmente para ser feliz en su estado y circunstancias (Amar y Borbón 1790, 100-101).

Aunque en su texto aconseja la lectura y la educación de las mujeres en diversas disciplinas, su discurso no se aparta del lugar tradicional asignado a las mujeres y sigue considerando que su papel principal es la familia y la maternidad. No obstante, sí recomienda la igualdad en el matrimonio, «si quieres casar bien, casa igual», refiriéndose a la importancia de la igualdad social, cultural y de edad, aunque no cuestiona la autoridad marital ni la dualidad funcional de marido y mujer. Asimismo, afirma que el estado conyugal no debería impedir que las mujeres, al igual que los hombres, pudiesen desarrollar actividades al margen de la vida familiar y que, incluso dentro de esta, tuviesen espacios de autonomía para su desarrollo intelectual (López-Cordón 2014, 65).

Argumentó que el cultivo de la educación y el conocimiento en las mujeres es un antídoto que puede llenar sus vidas frente al envejecimiento y la pérdida de la belleza, al proporcionar una gran satisfacción subjetiva y una forma de vida que permite depender menos de otras personas: «¿Qué mayor ventaja que

la de poder hacer un uso saludable del tiempo, prevenir recursos para todas las edades y sucesos de la vida, adquirir nuevas ideas, y estar contento fuera del bullicio de las demás gentes?» (citado en Martín-Gamero 1975, 39). Frente a la fragilidad de la belleza, busca otras razones que motiven a las mujeres a su desarrollo intelectual y les muestra los beneficios del estudio y el saber por su propia conveniencia, ya que, señala, para las mujeres no hay beneficios sociales como en el caso de los varones, que «estudian con la seguridad de lograr los empleos, los honores y los intereses» (citado en Martín-Gamero 1975, 39). La sabiduría es en sí misma el mejor premio para las mujeres, afirma, ya que nada les estimula a cultivar su inteligencia ni su destino va a depender de un mejor o peor aprovechamiento del estudio. Considera la sabiduría y el conocimiento como fuente de felicidad, alternativa al amor o la atracción sexual: «¡Qué dos épocas más diversas experimenta una mujer que ha sido hermosa y deja de serlo a cierto número de años! La que haya pasado por ambas podrá pintar con energía la desgracia de la segunda, si no ha adquirido otro mérito que acompañe a este y le sobreviva» (citado en López-Cordón 2005, 109).

Frente a los dones y gracias arbitrarias que vienen dadas por la naturaleza, como la belleza, recomienda «adquirir otras más sólidas y permanentes, que acompañen en todas edades, y que al paso que sean recomendables en el trato común de las gentes, sean útiles a su poseedor; finalmente, unas gracias que pueda conseguir nuestra propia industria. Estas son las del entendimiento que no se marchita ni envejece» (citado en López-Cordón 2005, 143).

Josefa Amar y Borbón e Inés Joyés, como otras mujeres ilustradas en España, fueron defensoras de la igualdad y del acceso de las mujeres a la razón. Argumentaron intensamente su derecho a la educación y a la formación, al ejercicio de todas las profesiones, a su desarrollo fuera del ámbito familiar, vindicación que se retomará con mucha fuerza durante el sufragismo. Por ello, como afirmó Celia Amorós, «necesitaríamos muchísimas páginas para hacer un homenaje mínimamente digno a la memoria de obras y figuras como la de Josefa Amar y Borbón, Concepción Arenal, Emilia Pardo Bazán» (2009a, 191).

1.3. Segunda ola del feminismo: sufragismo. Discursos y vindicaciones en el ámbito de la salud

Después de casi medio siglo de silencio, la vindicación feminista resurge con fuerza a mediados del siglo XIX y se convertirá en un potente movimiento,

el movimiento sufragista. El contexto histórico estaba caracterizado por las reivindicaciones de igualdad social y los movimientos sociales emancipatorios, como el movimientos en pro de la abolición de la esclavitud, en el que las mujeres participaron activamente y también tomaron conciencia de su situación, como expone Ana de Miguel: «Gran número de mujeres unieron sus fuerzas para combatir en la lucha contra la esclavitud y, como señala Sheila Rowbotham, no solo aprendieron a organizarse, sino a observar las similitudes de su situación con la de esclavitud» (1995, 209). En Estados Unidos, la relación del movimiento sufragista con el movimiento abolicionista fue tan estrecha que dejó su huella en la *Declaración de Seneca Falls*: «Mujeres y algunos hombres abolicionistas reconocían en ese texto la necesidad de declarar igualmente la independencia de las mujeres y su derecho a la participación política» (Posada 2012, 82).

El movimiento sufragista se articuló políticamente en torno al derecho al voto, pero entre sus vindicaciones reclamó también el derecho a la propiedad y a la participación política, a la educación y el libre acceso a todas las profesiones, derechos, estos últimos, que ya fueron reivindicados en la Ilustración, pero que no fueron conseguidos. Las acciones de las sufragistas fueron tan llamativas y espectaculares en Estados Unidos e Inglaterra, que dieron nombre a esta segunda ola feminista. En el documento considerado el acta fundacional del sufragismo y primer documento del feminismo (Capel 2006, 78), la *Declaración de Seneca Falls*, aprobada el 19 de julio de 1848 en ese lugar del Estado de Nueva York, o *La Declaración de Sentimientos y Pareceres,* como la nombraron sus autoras, reclamaban derechos civiles, económicos y jurídicos, haciendo un llamamiento a las mujeres a exigir estos derechos. Está firmada por trescientas mujeres y algunos hombres y es fruto de una reunión convocada por Elizabeth Cady Stanton y Lucretia Mott, la primera convención sobre los derechos de las mujeres en Estados Unidos. La *Declaración de Seneca Falls*, como afirma Luisa Posada, «marca el punto de inflexión hacia un movimiento, no ya de mujeres, sino abiertamente feminista en el sentido contemporáneo» (Posada 2012, 19).

La *Declaración de Seneca Falls* está inspirada en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos. En su primera parte «denuncia la situación de inferioridad en que vive la población femenina respecto a la masculina desde hace siglos» (Capel 2006, 78). Afirmaban en su texto que: «La historia de la humanidad es la historia de las repetidas vejaciones y usurpaciones perpetradas por el hombre contra la mujer, con el objetivo directo de establecer una tiranía absoluta sobre ella» y exponían, «al ingenuo mundo», los hechos

que fundamentaban su afirmación: las mujeres no han tenido el derecho al voto, han tenido que acatar leyes en cuya elaboración no han participado, se les ha despojado del derecho a la propiedad, incluso a los salarios que ellas ganan. Si están casadas, están civilmente muertas, se les exige obediencia al marido, que tiene el derecho de privarlas de libertad y someterlas a castigos, por lo que se ha convertido en su amo. En casos de separación y divorcio, el hombre, que ha hecho las leyes, tiene supremacía, incluso en la decisión de quién debe ejercer la custodia de los hijos. A las mujeres se les adjudica una posición subordinada, tanto en el estado como en la Iglesia. En su documento se pronunciaron contra la desigual y doble moral para hombres y mujeres, que toleraba los comportamientos de los hombres y, por el contrario, permitía a las mujeres perpetrar todo tipo de delitos mientras no lo hicieran delante de sus maridos. Denunciaron el monopolio de los hombres de los empleos más lucrativos y la mísera remuneración que recibían las mujeres en aquellos trabajos a los que podían acceder, cerrando para ellas la posibilidad de la fortuna y la fama. Por todo ello es por lo que exigieron todos los derechos para las mujeres en tanto ciudadanas, derechos que, subrayaron, eran reconocidos incluso a los hombres más ignorantes e inmorales. Con la clara conciencia de que serían ridiculizadas y malinterpretadas por emprender esta tarea, manifestaron que, aun así, utilizarían todos los medios a su alcance para conseguirlo: divulgarlo mediante folletos, presentar peticiones a las cámaras legislativas, llegar a la prensa y a la Iglesia: «Al emprender la gran tarea que tenemos ante nosotras, anticipamos que no escasearán los conceptos erróneos, las malas interpretaciones y las ridiculizaciones, empero, a pesar de ello, estamos dispuestas a conseguir nuestro objetivo, valiéndonos de todos los medios a nuestro alcance» (*Declaración de Seneca Falls* 1848)[4].

En la *Declaración de Seneca Falls* se establece una clara relación de causalidad entre la carencia de derechos, que limita la vida de las mujeres a la esfera doméstica, y la autoestima de las mujeres. Se responsabiliza a los hombres de haber creado en las mujeres sentimientos de menosprecio y vejación y de haber destruido la confianza en sí mismas y su autoestima:

> Él ha tratado por todos los medios posibles de destruir la confianza de las mujeres en sus propias capacidades, reduciendo su autoestima y conduciéndola a una vida dependiente y miserable. Ahora, en vista de la situación en que vive la mitad de la población a la cual se le niega el reconoci-

[4] Disponible en: http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2260. (Consulta: 03/05/2017).

> miento de sus derechos y se le somete a una degradación social y religiosa, en vista de las leyes injustas más arriba mencionadas y porque las mujeres se sienten vejadas, oprimidas y fraudulentamente desposeídas de sus derechos más sagrados, insistimos en que se les deben reconocer inmediatamente todos los derechos y privilegios que les pertenecen como ciudadanas de los Estados Unidos (*Declaración de Seneca Falls* 1848).

Se menciona explícitamente la medicina como una de las disciplinas que los hombres han vetado a las mujeres, en una etapa en la que se estaba produciendo una fuerte vindicación para conseguir el acceso de las mujeres a esta carrera universitaria:

> Él ha monopolizado casi todos los empleos lucrativos y en aquellos en los que ella puede desempeñar, no recibe más que una remuneración misérrima. Él le ha cerrado todos los caminos que conducen a la fortuna y a la fama, y que él considera más honrosos para él. No se la admite ni como profesor de Medicina, ni de Teología ni de Derecho (*Declaración de Seneca Falls* 1848)[5].

En este periodo, que transcurre desde la mitad del siglo XIX hasta la segunda década del siglo XX, se producen en Estados Unidos y Europa, también en España, encendidos debates para reivindicar de una manera especial el acceso de las mujeres al estudio y ejercicio de la medicina, así como, una vez conseguido este derecho, un intenso movimiento asociativo de las médicas, la creación de escuelas de formación y clínicas para mujeres.

En España, en esta etapa, no se produjo un movimiento potente por el derecho al voto, pero sí por el derecho a la educación y al ejercicio de todas las profesiones[6]. Estaba teniendo lugar un intenso debate social sobre si las mujeres estaban dotadas para todas las profesiones y se entabló una amplia polémica sobre el acceso de las mujeres a la educación superior, que se desarrolló en los congresos pedagógicos, en la prensa y en la literatura, así como en las novelas y textos de Emilia Pardo Bazán y Concepción Arenal (Flecha 1996). Dolores

[5] Harriet Taylor Mill lo cita de este modo: «Lo que sigue es un breve resumen de las principales peticiones: 1. Educación en escuelas de enseñanza primaria y media, universidades e instituciones médicas, jurídicas y teológicas» (2000).

[6] Como subrayó Consuelo Flecha, la reivindicación pedagógica precede a todas las otras reivindicaciones feministas, el saber es indispensable para la vida y el acceso a la independencia económica pasa por la adquisición y el reconocimiento de conocimientos profesionales (2001, 219, nota 5 a pié de página).

Sánchez afirma que es ésta una época de fuerte contienda social y discursiva, provocada por la insubordinación de las mujeres: «Lo que hay es un ruido discursivo más fuerte que pretende controlar una insurrección social, que es también una insurrección discursiva, la de las mujeres» (2008, 74).

A finales del siglo XIX, la pretensión de las mujeres de acceder a la profesión médica era fuertemente cuestionada (Ortiz 1986). En esta polémica participaron muy activamente Emilia Pardo Bazán y Concepción Arenal entre otras, que desarrollaron argumentaciones para defender el acceso de las mujeres a la medicina, uno de los estudios que causaron los mayores debates, posiblemente porque era esta una carrera que se estudiaba, no solamente con el afán de obtener mayores conocimientos y cultura, sino con el objetivo de ejercerla. En este caso, las mujeres eligen unos estudios superiores como preparación para un ejercicio profesional en el que no se había previsto la participación femenina. Y cuentan con una gran oposición masculina. Consuelo Miqueo advierte que los estudios de medicina implicaban, además, una relación estrecha y cotidiana en los espacios de formación entre mujeres y hombres, lo que añadía otro factor para esta oposición:

> El modelo general de acceso de las mujeres a la Universidad española, establecido por Consuelo Flecha, no es aplicable sin matices al caso de la medicina. Lo peculiar y problemático de los estudios universitarios para médicos es la proximidad material y simbólica de los dos espacios de formación que se hallaban bien segregados en las carreras universitarias que alcanzaron mayor éxito (maestras y bibliotecarias). Por una parte, las aulas de la Facultad y la biblioteca, es decir, el espacio académico tradicional y, por otra, el espacio de formación profesional, que en la carrera de Medicina comprendía, desde mediados del siglo XIX, las clínicas de la facultad, así como los laboratorios químicos, la sala de disección de cadáveres y las salas de operaciones o quirófanos. La proximidad del trato entre hombres y mujeres en esos espacios de sociabilidad –de socialización profesional médica, en última instancia– resultaba más problemática (2015, 367).

Y tan problemática que, como sigue mencionando Miqueo, se indicaron unas pautas de conducta que sugieren la existencia de conflictos y violencia de los estudiantes hacia las pacientes y compañeras, y permiten, además, visualizar el espacio simbólico y laboral asignado a las mujeres y el «no lugar» de las estudiantes. Como ejemplo, cita el *Reglamento de Profesores Clínicos y Alumnos Internos*, en el que se expone:

> Los alumnos internos no tienen ningún género de dominio, ni mando sobre las Hermanas de la Caridad, enfermeros y criadas, con quienes guardarán la más prudente circunspección (…). No practicarán en las salas de Clínica de Obstetricia (preferentemente) más reconocimientos que los precisos y los que sean prescritos por el Catedrático o profesor clínico. Y si las enfermas se negaran a ser reconocidas por el alumno, este lo pondrá en conocimiento del profesor clínico, para que este verifique las operaciones y los reconocimientos que fueran necesarios (Miqueo 2015, 368-369).

Geraldine Scanlon relata como un ejemplo de la virulencia de los ataques para frenar a las mujeres en su pretensión de ser médicas y desalentar a las jóvenes que pretendiesen estudiar medicina, la utilización, sin ningún escrúpulo, de la muerte de la médica Martina Castells, que quería dedicarse a la medicina infantil y que falleció como resultado de un parto:

> Los antifeministas no tardaron en explotar tan desafortunada muerte de la manera más vergonzosa: 'el mérito de dicha señorita fue por todos reconocido; pero la naturaleza física no en vano se sojuzga por los trabajos intelectuales; y aquella joven, esperanza de la medicina hispana, sucumbió al peso abrumador de excesivos estudios'. Criado y Domínguez expresa su sorpresa de que haya otras chicas jóvenes que, sin tener en cuenta esta 'desconsoladora experiencia, hayan seguido sus pasos de querer estudiar y ejercer la medicina' (1986, 72).

Scanlon también refiere que, incluso aunque se estuviese de acuerdo con la idea de que las mujeres fuesen médicas, sin embargo no era así ante el hecho de que fuesen cirujanas[7]. Cita como ejemplo de los argumentos que se utilizaban para oponerse a tal pretensión, al doctor Álvarez Sierra en su libro *La vida como la ven los médicos*: «El frío del escalpelo no cuadra bien con una mano suave y delicada. Los dedos temblarán y no podrá trazar las incisiones. Una mujer trepanando un cráneo, cortando una costilla, abriendo un vientre o amputando un muslo es algo perfectamente antiestético con la contextura espiritual femenina» (Scanlon 1986, 73).

[7] La primera cirujana en España fue María del Monte López Linares, «que ejerce la cirugía con brillante éxito» (Laffite 1964, 230). Se doctoró en medicina en Madrid en 1923. Trabajó en Tetuán en el Protectorado español en Marruecos atendiendo a mujeres y criaturas en el Dispensario que ella misma fundó (Martínez Antonio 2012).

Sin embargo, había poca oposición al acceso de las mujeres a carreras sanitarias menos prestigiosas que la Medicina, como la Enfermería, por lo que muchas mujeres, ante tantas dificultades, optaron por esta última. Y es importante recordar que, así como las sanadoras y comadronas fueron autónomas, la enfermería era una profesión subordinada a la medicina. También los estudios de Farmacia se consideraban más adecuados para las mujeres.

Es esta una época en la que la medicina ocupa el lugar de la religión y el papel de la Iglesia para fundamentar la subordinación y la inferioridad de las mujeres, no con los argumentos de la Biblia y las creencias y argumentaciones religiosas, sino con observaciones de la fisiología, anatomía y biología (Nash 2004). Geraldine Scanlon, en su libro *La polémica feminista en la España contemporánea, 1868-1974,* expone las argumentaciones desarrolladas por médicos españoles (1986, 161-194) y la respuesta de mujeres como Concepción Arenal y Emilia Pardo Bazán. Los argumentos que se esgrimían para oponerse a que las mujeres ejerciesen la medicina eran la incompatibilidad entre el pudor y el decoro propios de la mujer y cierto género de estudios anatómicos y fisiológicos del hombre y exploraciones en regiones determinadas. Emilia Pardo Bazán y Bertha Whilelmi replicaron recordando que la Hermanas de la Caridad conocían a la perfección las anatomías masculinas y estaban familiarizadas con ciertas clases y causas de enfermedad, pero no se planteaba que dejasen de cuidar, mostrando que era el acceso a estudios universitarios lo que en realidad estaba en juego (Scanlon 1986, 72). Como señaló Oliva Blanco, el argumento del pudor se utilizaba como coartada, la moral tenía un rendimiento político (2007, 155). El mismo argumento era utilizado en sentido contrario. En la defensa de las mujeres para que ejerciesen la medicina, se esgrimía que las doctoras introducirían el pudor y serían la solución para muchas mujeres que, antes de ser atendidas por un médico, preferían sufrir o incluso morir, argumento que ya fue utilizado por las sanadoras para defenderse ante los tribunales. También se argüía que las mujeres estarían más capacitadas que los hombres para tratar a las niñas y niños y las enfermedades nerviosas de las mujeres (Scanlon 1986, 71-72).

Además de refutar los argumentos en contra de la incorporación de las mujeres a la medicina, Emilia Pardo Bazán y Concepción Arenal interpelaron los discursos médicos sobre la salud de las mujeres, que atribuían el malestar y la enfermedad a su biología, obviando y ocultando las condiciones de vida que las enferman, bien sea la sobrecarga de trabajo o la inacción, dependiendo de su clase social. Desvelaron la intencionalidad de esos discursos, que trataban de inhabilitar e impedir el desarrollo intelectual y profesional de las

mujeres, al considerar que las mujeres eran enfermas por naturaleza, esclavas de su condición física, sometidas a la maternidad y al amor, incapaces de grandes amistades, pero sí de convertir cualquier relación con un hombre en amor. Pardo Bazán escribió que tales afirmaciones crean «una atmósfera en la que la mujer no respira, y se perturba su espíritu y se mancha su imaginación y se la obliga a desconfiar de sí misma y de las otras», considerando que ese discurso «es una de las distintas armas de mala ley que se emplean para circunscribir a la mujer a un orden limitado de relaciones» (citado en Scanlon 1986, 169). Pardo Bazán señaló, anticipándose a la emblemática afirmación de Simone de Beauvoir, que las mujeres no han sido concebidas como seres para sí, sino para los otros: «El error fundamental que vicia el criterio común respecto de la criatura del sexo femenino es el de atribuirle un destino de mera relación; de no considerarla en sí, ni por sí, ni para sí, sino en los otros, por los otros y para los otros» (citado en Martín-Gamero 1975, 154).

Y abundará, en ese mismo sentido, que esos otros serán siempre seres masculinos, el destino atribuido a las mujeres es estar disponibles para los varones de la familia, bien sea el esposo, el padre o hermano:

> El eje de la vida femenina para los que así piensan (y son innumerables, cumple a mi lealtad reconocerlo), no es la dignidad y felicidad propia, sino la ajena, la del esposo e hijos, y si no hay hijos ni esposo, la del padre o del hermano, y cuando estos faltaren, la de la entidad abstracta género masculino» (citado en Martín-Gamero 1975, 149)[8].

Emilia Pardo Bazán, en la *Revista Blanco y Negro* en 1907, también aludió a la violencia masculina que asesina a las mujeres y que es la causante de la pérdida de su salud, enfrentando las argumentaciones del momento, que la atribuían a la maternidad y a la biología femenina:

> Goza la mujer española de recia salud y larga vida, por término medio superior a la del varón; con todo, tiene y sufre una enfermedad más que él (…). No se trata de la maternidad, que no es enfermedad, sino función fisiológica. La enfermedad que arrebata a tantas españolas, es la navaja, esgrimida por celosas y brutales manos (…). Achaque nacional, signo de raza (citado en Alcalá et al. 2009, 55).

[8] Este texto pertenece a la Memoria leída en el Congreso Pedagógico el día 16 de octubre de 1892: «La educación del hombre y de la mujer. Su relación y diferencias».

También Concepción Arenal, en su libro *La mujer del porvenir*, en el capítulo que dedica a «Consecuencias para la mujer de su falta de educación» (2000), alude, en el mismo sentido que ya lo hizo Wollstonecraft y que lo hará Betty Friedan, al malestar que sienten las mujeres y que no pueden explicar, atribuyéndolo a su reclusión en la vida doméstica y a las limitaciones impuestas para su desarrollo intelectual y profesional: «Cuántas mujeres se hallan mal, o tal vez son desgraciadas sin que acierten a saber por qué, y miran como inevitable su malestar, atribuyendo a sus nervios, a su desdicha o a su culpa, lo que es consecuencia de la inacción de sus facultades más nobles» (Arenal 2000, 63).

Explica que la falta de formación y el no poder ejercer una profesión lleva a las mujeres al tedio y este produce un malestar que «es como ciertas enfermedades que revisten mil formas, pero cuyo origen es el mismo» (Arenal 2000, 63). Subraya también que a las mujeres solo se les deja el amor como proyecto de vida, con las subsecuentes nefastas consecuencias, que posteriormente han sido ampliamente analizadas y teorizadas en el feminismo contemporáneo: «Amar para ella es la vida, toda la vida; el amor es a la vez un recurso, una ocupación, un sentimiento, y ama sin medida, ciegamente, con locura, con delirio, porque sin el amor, sin algún amor, su existencia es la negación» (Arenal 2000, 66).

En su artículo «La educación de la Mujer», publicado en 1892, señala los efectos en la salud de la carencia de educación física de las mujeres y también de las condiciones en las que trabajan, teniendo en cuenta, además, su clase social. Menciona tanto la sobrecarga de trabajo en las mujeres de clase baja y la insalubridad de sus lugares de trabajo, como la inactividad en las mujeres de la burguesía:

> Donde, como acontece en España, la educación física del hombre está descuidada, la de la mujer ha de estarlo más, y tanto, que respecto a ella no hay solo descuido, sino dirección torcida. Las mujeres del pueblo se debilitan por exceso de trabajo, las señoras por exceso de inacción; y los que sin salir de la errónea rutina aspiran a que sean buenas madres, no lo consiguen ni aun bajo el punto de vista fisiológico. Las mujeres del pueblo que se debilitan por exceso de trabajo son las que trabajan en el campo, en las minas, machacando piedra, etc. Hay otros trabajos que no parecen excesivos porque no exigen gran esfuerzo muscular, y suelen ser los más enervantes y fatales a la salud, ya porque obligan a una vida sedentaria, ya porque la trabajadora, encerrada en su estrecha vivienda o en una fábrica,

> no tiene siquiera la compensación de respirar aire puro como la mujer de los campos. La miseria estrecha de tan cerca a la trabajadora sedentaria, le impone condiciones tan terribles en la hora presente, que al educador le es más fácil enseñar cómo la falta de higiene acaba con su vida, que evitar que la aniquile y la mate (citado en Johnson y Zubiaurre 2012, 119-120).

En *La mujer de su casa*, publicado en 1883, escribe que la debilidad de las mujeres, en ningún caso, puede atribuirse a su biología. Afirma, como ya lo hizo Wollstonecraft, que las mujeres son debilitadas física, moral e intelectualmente por el tipo de vida y el trabajo que realizan, por las limitaciones impuestas a su desarrollo intelectual, por la carencia de recursos, por la escasa valoración que reciben, aspectos todos ellos relacionados con el ámbito social:

> Víctimas de grandes injusticias y de grandes errores, sufre todavía los efectos de las causas que, calificándola de débil, la debilitan inhabilitándola para la plenitud de su vida física, moral e intelectual. Se notan y censuran sus condescendencias no razonables, sus contradicciones, la energía de la falta, sin notar la que necesita y la que se le quita. No es cierto que la mujer sea débil, pero sí que está debilitada por el exceso de trabajo o la ociosidad; por el tedio, por la inacción de sus facultades más elevadas; por la mala higiene; por la falta de recursos; por el poco aprecio en que se la tiene y por la escasa instrucción que se le da (citado en Jagoe et al. 1998, 499).

Otra de las mujeres que intervinieron en los debates y la defensa del derecho de las mujeres a estudiar y ejercer la medicina fue Bertha Whilelmi. En 1893 escribió *Aptitud de la mujer para todas las profesiones,* un texto para su intervención en el Congreso Pedagógico Hispano Portugués y Americano celebrado en 1882, en el que también intervino Emilia Pardo Bazán. Como observa Pilar Ballarín, poco ha trascendido de esta mujer ni en ámbitos pedagógicos ni feministas, a pesar de su constante actividad y sus sólidos argumentos (1998, 192). Whilelmi llegó a Granada con su familia alemana cuando tenía 12 años. Fue el más claro exponente de la Institución Libre de Enseñanza de Granada. Creó un sanatorio para personas tuberculosas en la sierra granadina de La Alfaguara en 1923, que funcionó hasta que fue destruido en la guerra civil. Refutó la argumentación sobre la inferioridad intelectual de las mujeres con hechos y números, y en una buena parte de su discurso

expuso, para demostrarlo, el desempeño profesional de las mujeres en la medicina en diferentes momentos históricos:

> En el siglo XIII, asistió como médico una mujer a Luis IX, de Francia, en una Cruzada. En 1311 se dio en Francia un edicto que prohibía a todo cirujano y cirujana el ejercicio de su profesión sin previo examen ante una comisión especial. En el mismo siglo XIV explicó Medicina en la Facultad de Salerno, Trótula. Isabel Lora, en el siglo XV, e Isabel Córdoba en el XVI fueron doctoras. La alemana Bárbara Wintrauben redactó un manual de Medicina. En el siglo XVI encontramos, entre otras, a Alejandra Gighani, estudiando Anatomía (citado en Ballarín 1998, 201).

Y continúa afirmando que la medicina es una buena profesión para las mujeres, señalando las enormes resistencias a las que tenían que enfrentarse para acceder a su formación:

> Después de la enseñanza, es, sin duda, la medicina la profesión que mejor se aviene con la condición actual de la mujer, pero como para ejercerla necesitaba adquirir los conocimientos en un centro docente adecuado, y su participación en los estudios tropezaba con fuertes resistencias, necesitó emplear todas sus energías para lograr vencer tantos obstáculos (citado en Ballarín 1998, 203).

Whilelmi muestra un gran conocimiento sobre la participación de las mujeres en los estudios y el ejercicio de la medicina a nivel internacional, hechos en los que se basa para argumentar la capacidad intelectual y la valía de las mujeres en este ámbito:

> Solo en las Universidades especiales de Nueva York, Filadelfia y Chicago estudiaban en 1889 unas mil mujeres. En los Estados Unidos ejercen la medicina dos mil trecientas ochenta y cinco señoras; tienen, de estas, título universitario, mil novecientas veinticinco, de las que quinientas ochenta son alópatas, ciento treinta homeópatas, seiscientas diez especialistas de enfermedades de la mujer y cirujanas; sesenta y cinco ortopedistas, treinta especialistas en electroterapia; setenta, en enfermedades mentales; cuarenta, en enfermedades de los ojos y del oído; setenta, médicos de hospitales y profesores clínicos; varias, inspectoras de Juntas de Sanidad, y noventa y cinco, catedráticos de universidades. En Boston ejerce Miss Berlin,

> doctora en Cirugía, que goza de gran fama como operadora, y a quien la Academia de Medicina de Londres ha hecho miembro honorario. La doctora María Zakrzewska fundó en Boston un hospital de mujeres, que dirige desde hace veinte años, y cuya fama es tan grande, que vienen señoras de los Estados del Oeste a buscar allí alivio a sus dolencias. Con esta pequeña e incompleta estadística, nos proponíamos demostrar que la mujer, a pesar de un pasado que la oprime y de un presente, que con sus preocupaciones, costumbres y temores la estrecha, ha sabido desplegar sus actividades y mostrar que a su cerebro de mujer, no estaban vedados los altos vuelos del pensamiento; que su voluntad y sus fuerzas superaban en mucho a lo que de ellas se creía. No se nos objete, que las sobresalientes fueron las menos, puesto que en los hombres los sobresalientes no son, por cierto, los más (citado en Ballarín 1998, 212).

Whilelmi también enfrenta y desmonta los argumentos que se utilizaban para justificar la exclusión de las mujeres del ejercicio de la medicina, basados no solo en la carencia de capacidades intelectuales y físicas necesarias para esa profesión, sino en el pudor que habían de mantener las mujeres. Su discurso tiene en cuenta, además, la especial y difícil situación de millones de mujeres en el mundo, mencionando a las que viven en países musulmanes y en India:

> No alcanzamos a comprender que se crea propio de la mujer el puesto de hermana de la Caridad, y se opone tenaz resistencia a la profesión aquí más frecuentemente emprendida por ella: la de médico ¿Cuánta más resistencia física no necesita la primera? Respecto a facultades intelectuales, han demostrado tenerlas cuantas ejercen la Medicina: esa pléyade de doctoras, directoras de hospitales y dispensarios, profesores clínicos y catedráticos. La oposición no está, pues, basada en falta de aptitudes, sino en la creencia de que con el estudio de la Medicina padecen el pudor y la delicadeza de la mujer. A esto hay que replicar que también la enfermera, la hermana de la Caridad y las socias de la Cruz Roja están obligadas a ver y a hacer cosas que lastimarían su pudor, si no estuviesen llenas, como puede estarlo el médico, de la idea de su misión; y que al ser oculistas, alienistas, cirujanas, etc., y al dedicarse, como hacen siempre la mayoría, a enfermedades de mujeres y niños, no solo producen un bien inmenso a la humanidad (porque, por ser mujeres, comprenden mucho mejor los padecimientos de unas y otros), sino que son más bien guardadoras del pudor de sus herma-

> nas ¿Por qué se ha de hacer la sociedad protectora del pudor de un corto número de mujeres que, por vocación, amor a la ciencia y firme voluntad son estudiantes de Medicina, venciendo ciertas repugnancias (además, en los Estados Unidos e Inglaterra hay ya Universidades especiales para la mujer), y ha de olvidar o menospreciarla el de la inmensa mayoría de las mujeres, que en partos, enfermedades propias de su sexo, operaciones, etc., al tener que recurrir a médicos, o ser entregadas en hospitales, clínicas a estudiantes y practicantes poco púdicos, ha de violentarse y ofenderse? ¿Será de absoluta necesidad el ejercicio de la medicina por mujeres en los países donde el culto mahometano prohíbe a más de 50 millones de mujeres el ser vistas por un hombre extraño? ¿En la India inglesa, que viven separadas de todos los hombres, excepto de sus parientes más cercanos; donde un leve roce es vergüenza y deshonra; donde, por lo tanto, están condenadas 40 millones de mujeres a morir sin asistencia facultativa? A los que temen pierda la mujer-médico la sensibilidad y ternura femenina, les diremos que la ciencia, la verdad desnudada, no embotan las fibras del sentimiento, muy al contrario de la mayoría de esas producciones dramáticas y cómicas y de esas novelas hoy en boga, de las cuales el sentido moral no suele salir muy bien parado (citado en Ballarín 1998, 213).

Otras mujeres que defendían en España el derecho de las mujeres a la educación también incorporaron en sus discursos la vindicación específica al acceso a los estudios de medicina. Es el caso de Concepción Gimeno de Flaquer (Alcañiz, Teruel, 1850-1919), que escribió en 1900 *Evangelios de la Mujer*, título con el que quiere ganarse al sector ilustrado burgués católico para la causa feminista, como menciona Margarita Pintos en su estudio sobre esta autora (Pintos 2016a). Gimeno de Flaquer fue defensora de la emancipación intelectual y económica de las mujeres, defendió los derechos de las mujeres a la educación, al trabajo digno y con igual remuneración que el hombre, la maternidad consciente y, en los últimos años, el derecho al voto (Pintos 2016b, 8). Entre los siete puntos que para ella conforman el ideal del feminismo, reclama explícitamente el derecho al ejercicio de la medicina: «Permitirle el derecho de ejercer las profesiones y cargos dignos de sus aptitudes, muy especialmente la medicina, para curar las enfermedades de las mujeres y las de los niños» (citado en Pintos 2016a, 160)[9].

[9] En 1903, Gimeno de Flaquer publicó *El problema Feminista*. Una parte de esa obra se recoge en Antología del Pensamiento Feminista Español (Johnson y Zubiaurre 2012).

También la periodista y escritora Rosario Acuña (Madrid, 1850-1923), en la conferencia pronunciada en 1888 en el Fomento de las Artes de Madrid, «Consecuencias de la degeneración femenina», recoge aspectos relacionados con la salud de las mujeres. Afirma que la enfermedad de las mujeres se deriva de las condiciones de vida que la sociedad les impone: «La deformación, la ineptitud, la enfermedad, la ignorancia y la astucia: he aquí la dote que la sociedad le prepara a la mujer». En la adolescencia, afirma, «todo lo que se le impone es inmovilidad de cuerpo y alma». El cuerpo de las mujeres, violentado y envilecido, favorece el desarrollo de enfermedades durante el embarazo y el parto, que permanecerán toda la vida, a veces, de forma latente:

> La enfermedad, tan admirablemente atraída sobre aquel organismo, violentado y envilecido, llega con cauteloso paso y espera el momento supremo en que la vida toma derechos de reproducción en el ser femenino, para invadirla con caracteres latentes, o caracteres determinantes. En el primer caso, la mujer será una enferma toda la vida, una enferma con apariencia de sana; en el segundo, pasada la crisis eminente, quedará lacrada hasta más allá de la vejez, hasta la senectud. La enfermedad latente, el desequilibrio, el estado anómalo, la violencia y el espasmo en todos y cada uno de sus órganos (citado en Johnson y Zubiaurre 2012, 97).

Rosario Acuña enfrentó los argumentos de la frenología para sustentar la inferioridad de las mujeres, afirmando que es la carencia de educación y no la biología la que produce diferencias en el cerebro:

> A estas dos decadencias expuestas se ajusta el empobrecimiento cerebral. Henos aquí ante esas diferencias que la frenología señala entre los cerebros del hombre y la mujer. Pero ¿sabe establecer el punto de partida de la diferenciación? La biología hablará; hace tiempo que está hablando. Cuando se cultive suficientemente esa gran rama del árbol del saber (…) entonces se dirá la última palabra; hoy podemos colocar, sin escrúpulos, al lado del cerebro del hombre, el de la mujer; traslademos el tiempo y el espacio, y veremos el cerebro femenino de la europea infinitamente superior al masculino del mogol o del indio. Insuficiencia por medios, no inferioridad por origen; he aquí todo (citado en Johnson y Zubiaurre 2012, 98).

En este periodo, después de arduas luchas, las mujeres comienzan a acceder a los estudios de medicina en Estados Unidos y Europa. Teresa Ortiz lo

documenta en su libro *Medicina, Historia y género. 130 años de investigación feminista*, y concretamente en el capítulo «La historia de la historiografía de las mujeres, la medicina y la salud en los siglos XIX y XX» (2006), subrayando que la primera ola de la historiografía feminista considera las luchas de las mujeres para acceder a la profesión médica como un auténtico movimiento.

Pilar Iglesias Aparicio, que realizó su tesis doctoral sobre las Escuelas de Medicina para mujeres en Inglaterra (2003), la inicia aludiendo a la exclusión histórica de las mujeres de la medicina, vinculándose a la tradición feminista de mostrar la genealogía de las encarnizadas luchas de las mujeres y las dificultades que tuvieron que enfrentar:

> Si Elizabeth Blackwell, Elizabeth Garrett o Sophia Jex-Blake, hubiesen sido hombres, esta tesis no habría sido escrita, pues los hechos descritos en ella no habrían sucedido. Si hubieran sido hombres, habrían accedido sin dificultad a las aulas de las universidades de su época, habrían realizado las prácticas pertinentes en las salas de los hospitales sin obstáculo alguno, se habrían presentado a las pruebas de un tribunal examinador sin encontrar trabas para ello, y nadie habría discutido la oportunidad de su pertenencia a una sociedad médica (Iglesias 2003, 1).

La primera mujer que obtuvo un título médico universitario fue Elizabeth Blackwell, que estudió en una pequeña escuela de medicina del estado de Nueva York y se licenció en 1849, después de superar todo tipo de obstáculos[10]. En 1854 creó una institución donde las mujeres pobres eran atendidas por médicas y fundó también una escuela de medicina para mujeres junto con su hermana, con una orientación de medicina social, al entender la profunda relación entre la enfermedad y las condiciones sociales (Iglesias 2003, 242). Fue activista contra la prostitución y a favor de la educación sexual. Posteriormente, otra pionera, Clemente Lozier, fundó en 1863 el Hospital de Mujeres y Niños de Nueva York, el Homeopathic New York Medical Collage for Women. Lozier fue muy activa en los círculos de defensa de los derechos de las mujeres.

En Estados Unidos, algunas universidades tardaron muchos años en abrir sus puertas a las mujeres, la facultad de medicina de Harvard no lo hizo hasta

[10] Durante sus estudios no fue aceptada por el profesor de obstetricia. Pilar Iglesias Aparicio también documenta cómo los alumnos firmaron una carta contra la admisión de otra estudiante, Ellen Colborne, y cuando acudió a las clases se lo impidieron. No se tomó ninguna medida contra los alumnos, sino que se expulsó a Colborne (2003, 211).

1944, y el *Jefferson Medical Collage* hasta 1961 (Iglesias 2003, 248). Tanto Elizabeth Blackwell como otras pioneras eran partidarias de la formación de las mujeres en las escuelas y facultades de medicina ya existentes para los hombres. Sin embargo, la dificultad para lograr el acceso a la coeducación y el deseo de una formación en la medicina ortodoxa, llevaron a la creación de cinco escuelas de Medicina para mujeres entre 1850 y 1882, en las principales ciudades norteamericanas (Iglesias 2003, 249).

> La Escuela de Medicina de Mujeres de Nueva York, fue pionera en muchos aspectos. También lo fue en cerrar sus puertas cuando las abrieron a las mujeres las escuelas y facultades hasta entonces reservadas a los hombres. La apertura de la universidad de John Hopkins a la coeducación fue un paso decisivo. En 1899, cuando la Universidad Cornell declaró su voluntad de recibir alumnas, la escuela fundada por las hermanas Blackwell se unió a ella considerando que la coeducación era el estadio final perseguido, pero algo muy importante iban a perder nuevamente las mujeres: las profesoras universitarias fueron desplazadas, porque la universidad Cornell rehusó contratar mujeres (Iglesias 2003, 252).

En Europa, la entrada de las mujeres en las universidades fue a través de sus facultades de Medicina. En la década de 1860, las primeras médicas empezaron a ejercer en Inglaterra, Suiza, Holanda y Francia (Ortiz 2006, 86). Muchas de estas médicas abrieron sus propias clínicas y ejercieron la medicina especialmente con las mujeres. Como afirma Teresa Ortiz, «optaron por políticas profesionales separatistas para practicar la medicina. Con sus obras intentaban legitimar, para sí mismas y para las mujeres en general, un lugar en una de las profesiones de más prestigio y poder social de su tiempo (2005, 88).

Las primeras médicas que publicaron sobre la historia de las mujeres en la medicina fueron Sophia Jex-Blake en 1872 y Frances Hoggan en 1884, dos británicas, después de haber superado toda suerte de dificultades para conseguir formarse y ejercer. Como menciona Teresa Ortiz, «la historia de las mujeres, la medicina y la salud se comenzó a escribir al mismo tiempo que las mujeres empezaron a acceder a la profesión médica en el último tercio del siglo XIX» (2004a, 230). Resalta Ortiz que Mary P. Jacobi, médica norteamericana, una de las más respetadas y científicamente más productivas de su tiempo, escribió en su artículo «Woman in medicine» que el movimiento a favor de la incorporación de las mujeres a la medicina es uno de los más in-

teresantes de los tiempos modernos. Jacobi equipara el acceso de los varones al espacio del parto con el de las mujeres a las Facultades de Medicina y sitúa a las matronas como parte de la historia y del pasado que quiere reconocer como propio. Dentro de la revolución social que los movimientos de mujeres estaban protagonizando en Europa, se estaba produciendo también un movimiento de médicas (Ortiz 2005, 88).

También las primeras licenciadas en España fueron médicas. Como señala Consuelo Flecha:

> El acceso de las primeras jóvenes a los estudios universitarios se produjo en España en la década de 1870. Y fue precisamente una Facultad de Medicina, la de la Universidad de Barcelona, la que acogió a lo largo de esos años la matrícula de varias alumnas que se fueron incorporando a sus aulas. Dos de ellas defendieron la Tesis de Doctorado en Madrid, en la Universidad Central –la única que entonces podía otorgar dicho grado–, en 1882 (2001, 217).

Sin embargo, no es hasta el 8 de marzo de 1910 cuando queda derogada la Real Orden que desde 1888 exigía a las mujeres un permiso especial para matricularse en las Universidades españolas. Esto supuso el libre acceso de las mujeres a los estudios universitarios.

Las dos primeras médicas y doctoras en Medicina en España, Dolores Aleu Riera y Martina Castells Ballespí, eligen como tema de sus tesis la reivindicación de la educación de las mujeres, que defienden con tres días de diferencia, en octubre de 1882, respondiendo no solo a su motivación científica, sino al momento de intenso debate sobre la educación de las mujeres[11]. Consuelo Flecha resalta que en sus tesis argumentaron con un análisis de género, cuestionando el pensamiento médico del momento (2001, 226). Afirma Flecha que «parece que en sus intervenciones estas universitarias se habían propuesto descentrar el debate en torno al supuesto destino biológico-psíquico-social admitido como fun-

[11] Sin embargo, fue Elena Maseras la primera mujer que cursó estudios en una universidad española en el siglo XIX. Se matriculó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona en 1872 y finalizó su carrera en 1878, enfrentándose a numerosas dificultades y resistencias burocráticas. Cursó después el doctorado en la Universidad Central, pero renunció a examinarse de la última asignatura, desalentada por los malos tratos a que había sido sometida por las autoridades, incluso por un miembro de su tribunal de Madrid. Mª Dolores Aleu y Martina Castells aprendieron de ella a sortear los escollos que se les ponían (Flecha 1996, 103-104).

damento del lugar subordinado de las mujeres en la sociedad» (2001, 227).

La tesis de Dolores Aleu fue *«De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer»*[12] y la de Martina Castells, *«Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer para que esta contribuya en grado máximo a la perfección y la de la humanidad»,* recogida íntegramente en el artículo de Consuelo Flecha (2001, 239-250). Ambas argumentaron, no solo el derecho a disponer de reconocimiento académico, sino el derecho al trabajo y al desarrollo profesional, aspecto que retaba a la sociedad del momento, por lo que suponía de posibilidad de independencia económica y emancipación (Flecha 2001, 235). Dolores Aleu escribió al inicio de su tesis, como fundamentación de la elección de su tema:

> Al presentarme ante este jurado, donde resplandecen el saber y la justicia, hago uso de un derecho ya indiscutible por más que –y esto es lamentable– tenga límites en un corto número de españolas. Si el gobierno, con los altos poderes del Estado nos ha reconocido el derecho de cultivar nuestra inteligencia en la ilimitada medida que lo posee el varón, autorizándonos para alcanzar los más altos grados de las profesiones y para el ejercicio de las mismas (…) el considerar que aún hay quien discute y niega a nuestro sexo la aptitud para los estudios profesionales, ha sido en mí motivo de inspiración adoptando como objeto de esta tesis (1882, 17-18).

En su tesis califica de esclavitud las condiciones históricas de la vida de las mujeres: «La vida de la mujer, desde los tiempos más remotos, viene siendo un continuo martirio (…) no hemos salido de la esclavitud, ésta subsiste todavía, lo que se ha hecho en el transcurso de los siglos es cambiarla de aspecto, endulzarla» (Aleu 1882, 18). Para documentarlo, repasa algunos pasajes de la historia, desvelando las diferentes formas de violencia que se han ejercido sobre las mujeres para someterlas: «El indio hacía matar a su mujer, como una vaca cuando entraba en la vejez y al morir él, sus esposas eran quemadas (…). Los filósofos griegos decían que la mujer procedía del mal. En Roma era esclava de su marido, no tenía ningún derecho sobre sus hijas. Su esposo podía venderlas» (Aleu 1882, 19).

[12] La tesis está escrita a mano, consta de 88 páginas y está disponible en: http://www.tdx.cat/handle/10803/2257?show=full. (Consulta: 15/04/2016).

Cita a M. Legouve en su libro *Historia Moral de la Mujer*, para manifestar que el nacimiento de una niña era considerado la mayor de las calamidades, e indica que en España, por cada diez criaturas abandonadas, siete son niñas. Recogiendo las argumentaciones de Concepción Arenal en sus libros *Contradicciones* y *La mujer del porvenir,* y de la Sra. Thartilan en *Páginas para la educación popular*, afirma que se continúa viendo como un delito que la mujer sepa leer y mucho más escribir. Señala que lo que se ve en la actualidad es a la pobre obrera encerrada todo el día en las fábricas y talleres por un escaso jornal, que además son lugares insanos y peligrosos y en las que son sometidas a acoso y violencia sexual. También alude a que las mujeres trabajan en el campo en duros trabajos, pero cuando se habla de darles educación se habla de su debilidad, de la maternidad y el cuidado de la casa y la familia, hechos «que avasallan gran parte de las funciones de la vida de la mujer». Señala que las mujeres están divididas en dos categorías, unas que pierden su salud por exceso de trabajo; otras que, por exceso de descanso, se crían endebles, lo que sucede en las clases ricas y medias.

Rebate los argumentos anatómicos, fisiológicos y frenológicos en los que se ha basado la negación de la educación a las mujeres, que además de argüir que las funciones de la maternidad les impiden ocuparse de trabajos serios, afirmaban que sus sistemas, aparatos y tejidos son mucho más débiles que los del hombre, así como el volumen y peso del cerebro. Sin embargo, afirma, no se ven diferencias en niñas y niños en capacidades y facultades. Estas diferencias se crean después por la educación diferente a unas y otros. También alude al uso de los corsés, que considera prendas dañinas para las mujeres[13], cuyo único objetivo es moldear el cuerpo y tener buenas formas.

Señala que «la historia presenta muchísimos ejemplos de que la mujer ha brillado en todas las ramas del saber» (Aleu 1882, 44), nombrando a mujeres de diferentes épocas y países, entre ellas a españolas, como Isabel Córdoba, que obtuvo el grado de doctora en Filosofía, a Isabel Zaya y Beatriz Galindo. Cita también a Dorotea Cristina Eslabeu, que fue admitida como doctora en la Universidad de Vall y su obra más celebre fue *Examen de las causas que apartan a las mujeres del estudio,* en la cual se prueba que es posible y útil cultivar las ciencias. Alude a la enseñanza en Estados Unidos, que se imparte por igual a niñas y niños. Toma datos del libro *La mujer defendida por la*

[13] Como subrayó Rosalía Romero: «En el feminismo del siglo XIX existe la conciencia de que se ha generado una tiranía de la moda: primero, en la oposición al uso del corsé por constreñir el cuerpo, como ya lo denunciara Flora Tristán en su obra en la década de los años treinta» (2015, 159).

historia, *la ciencia y la moral*, mostrando que muchas mujeres ejercen la medicina en Estados Unidos. Menciona la inauguración, en 1877, de una escuela de Medicina para mujeres en Londres y la situación en diversos países europeos, en los que las mujeres pueden ejercer cualquier profesión, como Suiza, Bélgica, Alemania y Rusia, donde en 1877 se matricularon en medicina más de 200 mujeres.

Destaca los beneficios que traerá a las mujeres la formación y el posterior desempeño profesional, afirmando que si las mujeres pueden ejercer una profesión «no tienen prisa por casarse, reservándose el justísimo derecho de escoger en vez de ser elegida» (Aleu 1882, 56). La educación también hará que disminuya la prostitución. En sus conclusiones manifiesta que «no encuentra la autora ningún peligro ni daño para ejercer la medicina sino ventajas», entre ellas la de que muchas mujeres solo consultarán con otras mujeres. Señala que en España solo hay dos instituciones de enseñanza para mujeres y finaliza con la vindicación de que se creen escuelas y se imparta la misma formación a niñas que a niños, ya que, en ese momento, a las niñas se les imparten «conocimientos de adorno». Asimismo, subraya la necesidad de que haya colegios gratuitos y que incluyan una formación en higiene. Pide que las mujeres tengan medios para su sustento. Termina su tesis haciendo un llamamiento a las mujeres para que tomen con empeño el estudio y no teman la crítica. Es esta una tesis profundamente feminista, en la que Dolores Aleu denuncia la situación de las mujeres, vindica derechos en diferentes ámbitos y convoca a las mujeres para que continúen en su camino a pesar de las dificultades y obstáculos que les serán interpuestos.

Dolores Aleu y Martina Castells son dos médicas pioneras en España que, al igual que las primeras médicas en Europa y Estados Unidos, interpelaron muchas de las ideas dominantes en la medicina y en la sociedad sobre las capacidades de las mujeres para estudiar y ejercer la medicina. En palabras de Teresa Ortiz, «podría decirse que el acceso de las mujeres a la educación médica comportó intentos de transformación del saber médico hegemónico» (2006, 201). Se comprometieron con el cuidado de la salud de las mujeres más desfavorecidas y vulnerables, crearon centros de formación y clínicas para mujeres, se asociaron y se implicaron en organizaciones de mujeres profesionales y feministas, «lucharon tanto de forma individual como organizada para desvelar, consciente o inconscientemente, la ideología de género latente en la teoría y la práctica médicas» (Cabré y Ortiz 2001, 19). Otro claro exponente en España de esta misma trayectoria fue Trinidad Arroyo (Palencia,

1872-1969), que se matriculó en la Facultad de Medicina de Valladolid en 1888 y se licenció en 1895. Realizó su doctorado en oftalmología y abrió una consulta en Palencia, siendo una de las primeras mujeres que ejerció la medicina. Como expusieron Paloma Alcalá y colaboradoras, Trinidad Arroyo:

> Consciente de su influencia sobre las mujeres más jóvenes, apoyó numerosas iniciativas para el desarrollo de la educación de las mujeres. Fue socia del Lyceum Club Femenino, vicepresidenta del Comité Femenino de Higiene Popular de Madrid, presidenta Honoraria de la Asociación Española de Mujeres Médicas y colaboradora de la revista Medicina Social Española en su sección 'Notas feministas. De mujer a mujer'. Formó parte de la comisión seleccionadora que creó la Junta para Ampliación de Estudios para el intercambio de alumnado femenino con las universidades de Estados Unidos (2009, 118).

Carmen Álvarez Ricart, en su libro *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX* (1988), tomando como fuente el periodismo médico español, y Consuelo Flecha en *Las primeras universitarias en España* (1996), recogen extensa y detalladamente la historia de la incorporación de las mujeres a la medicina en España, las barreras y dificultades que tuvieron que enfrentar y el tesón con el que consiguieron llegar al ejercicio de la medicina. Como resume Teresa Ortiz:

> Las primeras generaciones de médicas escribieron sobre una gran diversidad de temas, pero se implicaron especialmente en el desarrollo teórico de aspectos relacionados con la salud de las mujeres y con su educación sanitaria, que era considerada como una clave para su emancipación. En sus textos, más allá de transmitir lo aprendido en las aulas universitarias, que también lo hicieron, contestaron a muchas de las ideas dominantes en la medicina y en la sociedad sobre las capacidades físicas, intelectuales y sociales de las mujeres (2006, 201).

Una vez que las mujeres accedieron a los estudios de medicina, encontraron numerosas dificultades y obstáculos para su ejercicio. Las sociedades médicas se negaron a admitirlas. Ortiz relata cómo la primera mujer que solicitó pertenecer a la Sociedad Ginecológica Española, Martina Castells, a la que se accedía si la mayoría de socios estaban de acuerdo, no obtuvo

la mayoría suficiente por el hecho de ser mujer[14]. Como subrayó Catherine Jagoe, «la Sociedad Ginecológica negó el derecho de las mujeres a estudiarse a sí mismas, al rechazar las peticiones de ingreso de las primeras médicas, alegando la necesaria separación de trabajo entre los dos sexos» (Jagoe 1998, 308). Los argumentos utilizados para negar el acceso a las mujeres a las sociedades médicas fueron documentados por Carmen Álvarez Ricart (1988, 46-47).

Ante estas dificultades, las médicas desarrollaron múltiples estrategias intelectuales, políticas y prácticas para poder avanzar en el desarrollo de su profesión. Encontraron vías alternativas de formación, creando escuelas para mujeres, y vías alternativas para el ejercicio de su profesión, creando clínicas para mujeres: «Las médicas, cuando su práctica fue cuestionada, justificaron su actividad apelando a los beneficios que esta tenía para las mujeres y desarrollando estrategias de especialización y creación de clínicas y hospitales para mujeres y criaturas» (Ortiz 2006, 202-203). Teresa Ortiz las considera estrategias segregacionistas[15]: «La contestación organizada y segregada de las médicas se manifestó ya entre las pioneras a finales del s. XIX, que crearon escuelas de medicina para mujeres y clínicas atendidas por médicas y tejieron redes de apoyo entre médicas a niveles locales, estatales e internacionales» (2001, 65)[16].

Las políticas discriminatorias de género, señala Ortiz, también fueron contestadas por las médicas con la creación de asociaciones de mujeres profe-

[14] En España, la primera mujer miembro de la Academia de Medicina, la profesora Carmen Maroto Varela, no lo fue hasta el año 2000 (Ortiz 2001, 64 nota 27). Suzanne Noël, cirujana estética, fue la primera mujer en Francia que presidió una sociedad médica, la de morfobiología estética. Ella también fue sufragista, defensora de los derechos de las mujeres, en especial al trabajo, y una de las fundadoras del soroptimismo, una organización internacional al servicio de las mujeres que sigue funcionando hoy en día (Pérez Sedeño 2014, 102).

[15] Alicia Miyares señala esta misma estrategia en todos los estudios: «En la segunda mitad del siglo, la educación superior de las jóvenes y el acceso a la Universidad, lo mismo que la formación profesional, se convierten poco a poco en caballo de batalla. Las mujeres no aspiran a que el Estado escuche sus demandas. Por el contrario, fundan instituciones privadas por iniciativa propia y con currícula propios» (1999, 6).

[16] Estas formas de resistencia frente al sistema sanitario sexista y androcéntrico han continuado formando parte del movimiento feminista en salud hasta la actualidad. Desde la fundación en 1927 de la Asociación de Médicas Españolas, que tenía fuertes vínculos con el movimiento sufragista (Ortiz 2001, 67) hasta la Red de médicas y profesionales de la Salud, fundada en 1997 y funcionado en la actualidad, han existido numerosas organizaciones de mujeres en torno a la salud con el objetivo de desarrollar otros discursos y prácticas no androcéntricas y empoderarse frente a los discursos patriarcales hegemónicos. Asimismo, como se expondrá en el capítulo 3, las organizaciones de mujeres crearon también centros de atención y clínicas en España en los años ochenta.

sionales de la medicina, un fenómeno de carácter internacional y constante desde finales del siglo XIX (Ortiz 2001, 64). Teresa Ortiz estudió y documentó estas organizaciones de médicas que se crearon en los siglos XIX y XX (2001). En Estados Unidos las médicas crearon una revista, el *Women´s Medical Journal*. Entre sus objetivos se plantearon la formación en aspectos políticos y administrativos para favorecer su acceso al poder.

También las enfermeras fundaron escuelas y organizaciones profesionales. Ethel Manson, enfermera británica, además de fundar el Consejo Nacional de Enfermeras, participó activamente en el movimiento sufragista. Como señala Pilar Iglesias Aparicio:

> En 1894, fundó el Consejo de Matronas de Gran Bretaña e Irlanda. En 1904, fundó el Consejo Nacional de Enfermeras de Gran Bretaña e Irlanda. En 1912, propuso la creación de la Fundación Internacional Florence Nightingale, para facilitar becas a enfermeras. Apoyó activamente el movimiento sufragista, siendo la representante de las enfermeras en el Comité de la Unión Nacional de Sociedades para el Sufragio de las Mujeres, y encabezó la representación de enfermeras en la gran marcha del Suffrage Saturday, celebrada en junio de 1908 (2003, 228).

En España se creó la Asociación de Médicas Españolas en 1927, que tenía fuertes vínculos con el movimiento sufragista español, concretamente con la ANME y la Juventud Universitaria Femenina (Ortiz 2001, 67). La Asociación de Médicas Españolas fue fundada por 15 licenciadas y doctoras (Ortiz 1988). Hasta el año 1936 tuvo al menos 26 socias, lo que era un porcentaje importante del número de médicas del momento, que eran un total de 51, según el Anuario Médico de España. Tenían experiencia en movimientos asociativos de mujeres en la órbita de la Asociación Nacional de Mujeres Españolas, la organización feminista más fuerte de su tiempo, al igual que la Asociación de Mujeres Médicas Americanas, que también tenía sus raíces en el movimiento feminista norteamericano. La AME mantuvo relaciones con el movimiento internacional de médicas y participó en las luchas sufragistas. Distribuyeron panfletos pidiendo el voto de las mujeres junto con la AMNE[17] y organizaron

[17] El programa de la AMNE plantea algunas reivindicaciones estrechamente vinculadas con la salud. En la parte político social dice: nº 25: «Apoyo y excitación al estudio de la medicina por la mujer. Nº 26: Apoyo de los estudios de practicante y dentista. Nº 33. Fundar hospitales para servicio doméstico». Sin embargo, en su programa no se menciona el control de la natalidad ni el aborto como derechos a conseguir. El programa de la AMNE está publicado

un homenaje a Clara Campoamor con otras asociaciones. La asociación dejó de existir tras la Guerra Civil. En España, por tanto, hubo un movimiento de médicas, implicado con los derechos de las mujeres al voto y la educación y vinculado al movimiento de médicas de carácter internacional.

Durante el sufragismo también se organizó un Movimiento Popular para la Salud en Estados Unidos, que estuvo estrechamente vinculado a la reivindicación general de los derechos civiles de las mujeres y abogaba por el control de la natalidad. Las mujeres que no tenían licencia para ejercer profesiones sanitarias, incorporaron sus demandas y prácticas en este movimiento, como señalaron Ehrenreich y English:

> A mediados del s. XIX, en EE. UU., en el Movimiento Popular para la Salud, impulsado por el movimiento feminista y el movimiento obrero, las mujeres constituyeron el núcleo central del movimiento, que representaba un ataque radical contra la medicina de élite y la reafirmación de la medicina popular tradicional. El apogeo del movimiento coincidió con los albores de un movimiento feminista organizado y estuvieron tan íntimamente ligados que resulta difícil decir dónde empezaba uno y dónde acababa el otro (1981, 25).

En este sentido, Rosa Cobo ya describió cómo el sufragismo fue desembocando en las reivindicaciones sexuales y en el ejercicio de los derechos reproductivos, que serían centrales en el feminismo radical, e incluyendo las necesidades de las mujeres de las clases obreras:

> La última época del sufragismo, en los últimos años del siglo XIX y primeros del siglo XX, está profundamente marcada por un sesgo más radical que enfatizará la reivindicación de autonomía sexual para las mujeres y la crítica a la moral patriarcal inherente a la institución del matrimonio. De esta forma, preparará el terreno al feminismo radical de los años setenta del siglo XX que pondrá las relaciones familiares, sexuales y reproductivas en el centro mismo del nuevo escenario histórico feminista. La última etapa del movimiento sufragista incluyó reivindicaciones políticas radicales en las que la sexualidad se coloca en la agenda feminista, pues la crítica a la doble moral sexual y la reivindicación de la libertad sexual entran en el

como Apéndice I en el libro de Geraldine Scanlon, *La polémica feminista en la España Contemporánea, 1868-1974* (1986, 357-361).

> marco reivindicativo sufragista (…). De otro lado, el sector más radical del movimiento sufragista se acercó a la ideología socialista y de esa forma puso las bases de un movimiento feminista más amplio e incluyente en el que las mujeres obreras y las de clase media, que sentían como una carga insoportable los privilegios masculinos, hicieron una alianza frente a las leyes y usos y costumbres patriarcales (2014, 20).

Como exponentes de estos planteamientos y pioneras feministas en el ámbito de la salud se encuentran Margaret Sanger, de profesión enfermera, precursora de la planificación familiar en Estados Unidos y fundadora de la primera consulta anticonceptiva en ese país en 1916. Sanger consideraba la anticoncepción como remedio para la sobrecarga reproductiva de las mujeres pobres y postulaba la emancipación de las mujeres a través del uso de la planificación familiar. También Marie Stopes, fundadora de la primera clínica de planificación familiar en Inglaterra en 1921, destacó el derecho de las mujeres a la satisfacción sexual en el matrimonio. Aletta Jacobs, fundadora de la primera clínica anticonceptiva en Holanda en 1882, fue una de las mujeres involucradas en esta época en la planificación familiar que tenían una formación médica. Es de destacar que la anticoncepción, en este período, no era considerada una cuestión a incluir en la práctica de la medicina. La profesión médica se oponía al aborto y la anticoncepción, involucrándose en la criminalización de dichas prácticas, precisamente con el objetivo de consolidar su posición y excluir a las matronas y practicantes de medicina popular del servicio médico de atención al embarazo y parto.

En el periodo sufragista, las mujeres consiguieron avances en sus derechos, no sin duras luchas y esfuerzos, personales y colectivos. Rosa Cobo resume las conquistas que trajo para las mujeres el movimiento sufragista:

> El movimiento sufragista finaliza con la Primera Guerra Mundial y a partir de ese momento, el derecho al voto comienza a ser una realidad en algunas sociedades. En la primera mitad del siglo XX, millones de mujeres votarán en diferentes regiones del mundo. El éxito del sufragismo ha sido incuestionable, pues el derecho a la educación, al ejercicio de diversas profesiones, a la propiedad o al divorcio, entre otros, se ha convertido en una realidad para millones de mujeres (2014, 20).

En España, el derecho al voto para las mujeres se consiguió en 1931 y las mujeres pudieron votar por primera vez en 1933. Pero también consiguieron

otros muchos derechos durante el corto periodo de la II República, que fueron truncados con el golpe de Estado franquista. Algunos de esos derechos estaban relacionados con la salud. En 1931 entró en vigor el Reglamento de aplicación del seguro maternal, que otorgaba a las obreras entre 16 y 50 años derechos a la asistencia gratuita de comadrona, médico, farmacia e indemnización por descanso y enfermedad. En 1936 se legalizó la interrupción voluntaria del embarazo, sin contemplar el principio de objeción de conciencia del personal facultativo. Federica Montseny fue nombrada Ministra de Sanidad y Asistencia Social en 1936.

La organización libertaria y anarquista Mujeres Libres, fundada entre otras por la médica Amparo Poch y Gascón[18] en 1936, defendía la maternidad consciente y el control de la natalidad como una herramienta necesaria para la liberación de las mujeres, ya que consideraban la reproducción como una esclavitud (Folguera 2007, 115). Por ello, en su programa reivindicaban que se facilitasen medios sencillos y eficaces para el control de natalidad y la prevención de enfermedades venéreas, educación sexual en la infancia, derecho a profesionales de la medicina para practicar abortos, derecho de toda mujer al aborto gratuito y realizado en condiciones sanitarias adecuadas (Folguera 2007, 116).

Amparo Poch y Gascón trabajó con Federica Montseny en el Ministerio de Sanidad como directora de Asistencia Social. Escribió en 1932 *La vida sexual de la mujer: pubertad, noviazgo y matrimonio*. Fue defensora de la libertad sexual de las mujeres y de su derecho al placer sexual. Atacó la doble moral sexual de los varones, sustentada en el matrimonio y la prostitución. Abrió una clínica médica para mujeres y niñas y niños en Zaragoza primero y después en Madrid, en el barrio de Vallecas (Rodrigo 2002), en el que tenía un horario especial para las mujeres obreras. También fue médica en la Mutua de médicos de la CNT. Consuelo Miqueo menciona entre sus publicaciones para la promoción de la salud:

> Sus cómicos episodios del 'Sanatorio del Optimismo', que firmaba como la 'Dra. Salud Alegre' (con personajes como los doctores Buen Humor, Buen Apetito, Sueño Feliz, Amor Humano o Guasa Viva, y las enfermeras Fantasía, Ilusión, Risa, etc., o el microbio Reflexión), constituyen hoy un

[18] Fue la segunda mujer que se licenció en la Universidad de Zaragoza, consiguiendo el Premio Extraordinario de Licenciatura en 1929, habiendo obtenido matrícula de honor en todas las asignaturas. Estudió medicina con la oposición de su padre, que intentó destruir su expediente académico después de la Guerra Civil.

> modélico programa divulgativo de promoción de la salud, coherente entonces con la tradición naturista y la tesis de la etiología social frente a la teoría microbiana (2015, 373-374).

Una médica codirigió la Residencia de Señoritas junto con María de Maeztu, Elisa Soriano Fisher, fundadora de la AMNE, presidenta de Juventud Universitaria Femenina y representante de la Asociación de Mujeres Médicas en los Congresos Internacionales. El franquismo significó el corte de las carreras de estas médicas, el exilio y la retirada de las actividades científicas y académicas. La política de depuraciones que se practicó en el ámbito universitario supuso el cese en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid de las médicas Trinidad Arroyo, María Teresa Arroyo, María de Castro Cantalapiedra, María de los Dolores Márquez y María Luisa Herraiz, «fueron exiladas, depuradas y, en el mejor de los casos, olvidadas, ya que ninguna de ellas pudo aprovechar la formación recibida ni la sociedad española beneficiarse de sus conocimientos» (Alcalá y Canales 2009, 241).

Como señala Pilar Iglesias Aparicio en las conclusiones de su tesis doctoral (2003), estas mujeres médicas, con su propia vida, su práctica profesional y su palabra en conferencias, artículos y libros, rebatieron con firmeza el argumento de la debilidad de las mujeres, su dependencia de los procesos fisiológicos y su consecuente incapacidad para el estudio y el ejercicio de una profesión de responsabilidad. En el siglo XIX, la clase médica trataba a las mujeres como seres enfermizos, que debía mantener como pacientes, al igual que en otros campos, una actitud de pasividad y obediencia, siendo quizás uno de los exponentes más claros de ello la llamada cura de reposo. Sin embargo, las doctoras aportaron una visión positiva de las mujeres y de sus procesos fisiológicos. Frente a la visión de las mujeres como pasivas, reducidas al ámbito doméstico, las médicas definieron a las mujeres como seres capaces de llevar una vida profesional, social y políticamente activa. Desplazaron los motivos de la enfermedad y del malestar de las mujeres, de una tendencia enfermiza innata, a las causas sociales que las limitan y las fuerzan a llevar una vida sin sentido. Sus recomendaciones médicas eran, por tanto, distintas. En vez de reposo y pasividad, prescribían actividad física e intelectual, ejercicio y contacto con la naturaleza.

Asimismo, trataron de que su propia actividad profesional fuese parte de un movimiento para mejorar las condiciones de vida de las mujeres. Con su labor de divulgación, y en su práctica diaria, intentaron mejorar la formación de las mujeres, el conocimiento de su cuerpo, de su sexualidad, y de sus dere-

chos. Al no abordar el uso de métodos anticonceptivos, aportación que realizarán Margaret Sanger y Marie Stopes décadas más tarde, el único método de control de natalidad que podían recomendar a las mujeres era la abstinencia sexual, considerando que tal decisión debía depender de las mujeres, resaltando su derecho a rechazar las relaciones sexuales teniendo en cuenta su salud. Frente a la exaltación de la mujer carente de deseo sexual, preconizada por muchos doctores del siglo XIX, las médicas defendieron la capacidad sexual de las mujeres y criticaron la doble moral sexual (Iglesias 2003, 487). En vez de considerar a las mujeres como seres pasivos que reposan absolutamente en el juicio del médico, procuraron que pudieran hacerse cargo de su propia salud.

Las médicas pioneras también se convirtieron en historiadoras de las mujeres sanadoras, contribuyendo a esta importante faceta del movimiento de mujeres: rescatar de la sombra la historia de las mujeres (Iglesias 2003, 489). Así, la primera parte de *Medical Women*, titulada «Medicine as a Profession for Women», está centrada en la historia de las mujeres dedicadas al cuidado de la salud hasta el siglo XIX. Es este un campo de investigación que despertó un gran interés para las médicas pioneras escritoras.

Ninguna de las médicas pioneras fue ajena al movimiento sufragista y, algunas de ellas, adquirieron un compromiso político y desarrollaron una acción militante decidida. En cualquier caso, es imposible separar la lucha de las primeras médicas del resto del movimiento de mujeres que se dio en su época, sino que, más bien, constituye una parte fundamental del mismo. El acceso de las mujeres a la enseñanza y al ejercicio de la medicina oficial en el siglo XIX es un episodio más de todo un movimiento de mujeres de la época en distintos frentes: acceso a la educación superior y universitaria; acceso a un trabajo profesional digno; acceso a la acción política, fundamentalmente mediante el voto; expresión de la palabra de las mujeres a través de la literatura; mejora de las leyes relativas al matrimonio; búsqueda de una moral sexual más igualitaria para hombres y mujeres. Por tanto, el movimiento de las médicas queda absolutamente entroncado dentro del movimiento feminista del siglo XIX y comienzos de XX.

En esta etapa histórica se desarrolla también una nueva corriente de pensamiento dentro del feminismo, el feminismo socialista, que iluminará el conflicto clase-género (Miguel 2007). Con la revolución industrial, las mujeres se incorporaron a la producción en las fábricas, viviendo en situaciones de extrema explotación y miseria, constituyendo, además, una mano de obra peor pagada que los varones. La «cuestión femenina» en el socialismo fue abordada

por mujeres como Flora Tristán, Clara Zetkin, Rosa Luxemburgo[19], Alejandra Kollontai, o Margarita Nelken. En los textos de algunas de estas socialistas se aborda la salud en estrecha relación con las condiciones laborales insalubres, las largas jornadas, el tipo de trabajo que desempeñan las mujeres, la doble jornada y la maternidad. El feminismo socialista vendrá a señalar, por tanto, la relación existente entre las desigualdades en salud entre mujeres y hombres y su relación con la división sexual del trabajo productivo y reproductivo, la discriminación y explotación de las mujeres en el mundo laboral, los riesgos derivados del entorno laboral y la sobrecarga de las mujeres por las tareas de cuidado y la maternidad, una triple carga, todo ello estrechamente relacionado con la pertenencia a una determinada clase social. Alejandra Kollontai lo expresa así:

> El capitalismo ha cargado sobre los hombros de la mujer trabajadora un peso que la aplasta; la ha convertido en obrera, sin aliviarla de sus cuidados de ama de casa y madre. Por tanto, nos encontramos con que la mujer se agota como consecuencia de esta triple e insoportable carga, que con frecuencia expresa con gritos de dolor y hace asomar lágrimas a sus ojos (2016, 131).

Clara Zetkin también afirmó que el malestar social recae doblemente sobre las mujeres proletarias:

> Los millones de proletarias, mujeres del pueblo trabajador, sienten del modo más oprimente el malestar social, puesto que en ellas coincide su situación de clase en cuanto explotadas y la situación de inferioridad intrínseca de su sexo, lo que las convierte en las víctimas más duramente golpeadas por el orden capitalista (1976, 141).

En su libro *La cuestión femenina y la lucha contra el reformismo* (1976), Clara Zetkin recoge las directrices del II Congreso de la Internacional Comunista. En la directriz número 6 se menciona expresamente la necesidad de tener en cuenta el trabajo físico y psíquico que supone la maternidad: «Organización de las condiciones de trabajo de las mujeres trabajadoras que tenga en cuenta la específica naturaleza del organismo femenino y los esfuerzos

[19] Luisa Posada realiza una relectura de Clara Zetkin y Rosa Luxemburgo en su libro *Filosofía, crítica y (re)flexiones feministas* (2015).

físicos y psíquicos de la función de madre, haciendo posible una vinculación armónica de la misma con la actividad profesional» (Zetkin 1976, 147).

Margarita Nelken también relacionó el deterioro de la salud de las mujeres con la doble jornada en la fábrica o en el taller y además el trabajo doméstico, señalando este último como el mayor causante de su envejecimiento, visibilizando, de este modo, lo que se quería ocultar por los antifeministas:

> La 'semana inglesa' favorece a todos los trabajadores, pero es necesaria, absolutamente necesaria, para las trabajadoras, lo mismo para su salud física que para su equilibrio moral; es más, podría decirse que no adquiere su verdadera significación más que en el trabajo femenino. En efecto: un hombre que no va el domingo al taller o a la oficina, disfruta realmente de su descanso dominical; pero la obrera que trabaja fuera de su casa toda la semana no tiene más remedio que dedicar el domingo, es decir, su único día libre, a los quehaceres de su hogar, y he ahí su descanso parado en fregar, coser y planchar, o sea en trabajar a veces más que durante la semana. Por esto, por ese trabajo del domingo, es por lo que la trabajadora se avieja y estropea tan pronto, no, como dicen algunos antifeministas, por el trabajo de fábrica o de taller (2012, 76).

Asimismo, denunció el abuso y la explotación en «el trabajo que las comunidades religiosas pueden hacer y ejecutar sin salario alguno por sus recogidas y asiladas», un trabajo que oficialmente «tienen obligación de retribuir a sus 'obreras forzadas'; pero de eso se libran con una cartilla de unos duros y la *comida*. Comida que no es alimentación, sino fomento de anemia y de tuberculosis. Y que en esta afirmación no va exageración alguna, lo prueba el que todas esas muchachas se hallan enfermas» (Nelken 2012, 82, nota al pie).

También expuso las consecuencias en la salud del trabajo que las mujeres realizan en sus domicilios, mostrando los datos del Instituto de Reformas Sociales en 1918, que detallan que el número de obreras tísicas en Barcelona excede de dos mil quinientas, de las cuales mil seiscientas son costureras, y en Madrid las muertes anuales de novecientas mujeres por tuberculosis pulmonar, una enfermedad que se desarrolla a causa de los procedimientos malsanos y de las condiciones antihigiénicas del trabajo a domicilio. Además, señala, la jornada laboral se extiende a dieciséis horas diarias para ganar un salario mísero, y se realiza en habitaciones sin ventilación, con retretes sin puerta y sin agua, pues la higiene de la casa está, naturalmente, afirma, en relación directa con la posición económica

(Nelken 2014, 83). Desarma los argumentos antifeministas, desvelando las fuertes contradicciones de los discursos sociales en torno al empleo de las mujeres y la maternidad:

> En nombre de la maternidad, muchos protestan contra el feminismo (…), pero sigue pareciendo muy natural que una mujer embarazada o una madre lactante trabajen en ocupaciones al parecer más femeninas que el escribir en una oficina como, por ejemplo, hacer flores artificiales, bruñir alhajas, etc. Y, sin embargo, estos trabajos traen consigo fatalmente la lenta intoxicación por el plomo, intoxicación sumamente grave y a menudo mortal para el feto o el niño de pecho. Y los adversarios más acérrimos del feminismo encuentran natural que la mayoría de las planchadoras (¡y qué trabajo más femenino!) trabajen demasiadas horas en un local cerrado y se intoxiquen poco a poco por el óxido de carbono, o que las cigarreras se envenenen respirando el tabaco, o que las peleteras se envenenen con el mercurio, etc., cuando basta, para espantarse, con comprobar la cantidad de tuberculosas que existen en estos oficios y la *calidad* de los hijos de estas mujeres (Nelken 2012, 115-116).

Margarita Nelken también participó en los debates sobre la educación de las mujeres, rebatiendo los argumentos en contra de su educación superior, nombrando la medicina como uno de los estudios por el que las mujeres tuvieron que luchar duro en España. Escribe en 1919, en *La condición social de la mujer en España*, en el capítulo «Las carreras»: «Las españolas, cierto esto, no han luchado *las primeras* por ser médicas o abogadas; pero esto no quita el que nuestras médicas hayan tenido y tengan que luchar con dificultades mucho mayores que aquellas con que tropezaron en un principio las médicas extranjeras» (Nelken 2012, 37).

Señala que las resistencias a que las mujeres estudiasen medicina fueron múltiples y provenían de diferentes ámbitos:

> Las primeras alemanas que quisieron dedicarse al estudio de la medicina encontraron una resistencia formidable, y no solo por parte de la opinión pública o de los estudiantes, sino también por parte de los mismos profesores, que desde el célebre ginecólogo Bischoff hasta el famoso cirujano von Bergmamn, declararon rotundamente que la profesión de médico era precisamente la que menos podía convenir a la mujer (Nelken 2012, 58).

Nelken desvela que la oposición a que las mujeres fuesen médicas venía de que era esta una carrera superior que les permitiría desarrollarse intelectual y profesionalmente y situarse en igualdad con los varones. También utiliza como argumento para defender la capacidad intelectual de las mujeres, la existencia de médicas prestigiosas ya en los siglos IX y X:

> Que la mujer trabaje para ganarse la vida, o hasta para redimir su dignidad, bien; pero que la mujer trabajando pretenda elevarse intelectualmente tanto como el hombre, esto es lo que muy pocos todavía entienden por aquí. Y los que no sacan a colación aquello de que la constitución misma de la mujer la aleja radicalmente de las especulaciones del espíritu, afirman, por lo menos, que 'la naturaleza de la mujer española la diferencia absolutamente en esta cuestión de las demás mujeres del mundo civilizado', olvidándose estos ardientes e inconscientes defensores de la tradición moruna, de que fueron varias, y muy afamadas, las doctoras en medicina que en los siglos IX y X estudiaron en la Universidad de Córdoba; y este hecho indiscutible prueba, mejor que ningún comentario, que en la España musulmana la intelectualidad femenina gozaba de una libertad y de un prestigio de que careció y carece en la España de tiempos posteriores (Nelken 2012, 52-53).

Asimismo, rebatió los argumentos de la frenología en contra del valor y la capacidad intelectual de las mujeres, basados en la inferioridad del peso del cerebro femenino (Nelken 2012, 53).

Los análisis del feminismo socialista visibilizaron la importancia de las diferencias de clase en las condiciones de vida de las mujeres y su específico impacto en su salud, destacando como causa de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres la división sexual del trabajo productivo y reproductivo, la sobrecarga de las mujeres por el cuidado y la maternidad, considerándola una triple carga, la discriminación y los riesgos derivados de las condiciones laborales en las que se desarrolla el trabajo de las mujeres. Este análisis está vigente en la actualidad en su aplicación en las políticas públicas, entre cuyos objetivos está la reducción de las desigualdades de género en salud y la consecución de la equidad en el acceso a los recursos de salud, como se expondrá en el capítulo 4.

Después de las duras luchas feministas durante el sufragismo, los derechos al voto, a la educación y al acceso a las profesiones, entre ellas las sanitarias, vindicados durante siglos, están instaurados. Sin embargo, la

perspectiva androcéntrica y sexista de las ciencias permanece hasta la actualidad. Por eso, como veremos en el capítulo 2, cuando las mujeres entran masivamente en las universidades realizarán una fuerte y potente crítica a la ciencia y la epistemología desde el marco feminista, de una forma especial, a las ciencias de la salud.

1.4. Tercera ola feminista: feminismo radical. La salud en la teoría feminista contemporánea

> La lucha antisexista no se dirige solamente, como hace la lucha anticapitalista, contra las estructuras sociales tomadas en su conjunto, sino que combate dentro de cada uno de nosotros aquello que nos parecía *más seguro e íntimo. Pone en cuestión* hasta nuestros deseos y hasta las formas de nuestro placer. No retrocedamos ante esta constatación; por encima del desgarramiento que pueda producirnos, servirá para destruir muchas de nuestras trabas. Nos abrirá los ojos a nuevas verdades (Beauvoir 1977, 11).

En el último tercio del siglo XX, en el marco del feminismo radical y el desarrollo de la tercera ola feminista, la salud pasa a ser un aspecto central en la teoría y las prácticas feministas, en las vindicaciones y en la agenda política. Sin embargo, años antes del inicio de esta etapa, se producen dos hitos fundamentales en el desarrollo de la teoría feminista: la publicación en 1949 de *El Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir, y posteriormente, en 1963, *La Mística de la Feminidad* de Betty Friedan, un texto clave en la construcción de la teoría feminista en el ámbito de la salud.

Es Simone de Beauvoir quien vuelve a poner en pié y relanza el feminismo después de la segunda guerra mundial (López Pardina 2007). Beauvoir supone un nexo entre el sufragismo y la tercera ola feminista. Su obra inicia un nuevo camino en el feminismo, la construcción de teorías explicativas acerca de la subordinación de las mujeres y también pone los cimientos de la interdisciplinariedad que caracterizará a la investigación feminista, ya que aborda desde la historia, la psicología, la biología o la antropología, las causas de dicha subordinación (Sánchez Muñoz 2001, 68).

En el *Segundo Sexo*, publicado cuatro años después de que las francesas consiguieran el derecho al sufragio, Simone de Beauvoir describe exhaustivamente las experiencias de las mujeres a lo largo del ciclo vital. Es en este relato cuando muestra las repercusiones en la salud de las condiciones mate-

riales de la vida de las mujeres y «la manera cómo las mujeres viven su condición de tales a partir de esta peculiar forma de ser que han hecho de ellas los hombres (…), una situación que se configura social y culturalmente desde su nacimiento» (López-Pardina 2007, 352). Beauvoir relacionará la salud y la enfermedad de las mujeres con las concepciones culturales del cuerpo y la biología femenina, con las condiciones específicas de trabajo y la doble jornada, con la maternidad, la menopausia y la vejez, con el ejercicio de la prostitución, con la carencia de derechos sexuales y reproductivos. En el capítulo 14 de *El segundo sexo*, «La mujer independiente», afirma tajantemente que no es el cuerpo femenino, como se venía afirmando históricamente, el causante de enfermedades. Beauvoir atribuye el malestar y la pérdida de salud de las mujeres a múltiples aspectos que actúan conjuntamente: la sobrecarga de trabajo, la falta de valoración social y los conflictos y tensiones internas que producen en las mujeres, factores todos ellos de índole psicosocial:

> A causa de la tensión moral de que he hablado, a causa de todas las tareas que asumen, de las contradicciones en que se debaten, las mujeres están sin cesar hostigadas, al límite de sus fuerzas; esto no quiere decir que sus males sean imaginarios: son reales y devoradores como la situación que expresan. Pero la situación no depende del cuerpo, sino a la inversa. Por eso, la salud de la mujer dejará de perjudicarla en su trabajo cuando la trabajadora tenga en la sociedad el lugar que le corresponde; por el contrario, el trabajo ayudará mucho a su equilibrio físico, impidiéndole que se preocupe de él constantemente (Beauvoir 2015, 868).

Una de las cuestiones centrales en la obra de Beauvoir gira en torno a las servidumbres de la maternidad y a las limitaciones legales en el acceso a los métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo. Afirma que el hecho de que las mujeres no tengan acceso al control de su capacidad reproductiva y la prohibición de la interrupción del embarazo pone en peligro su salud:

> Hemos visto que las servidumbres de la maternidad se han reducido con el uso –confesado o clandestino– del control de natalidad; pero la práctica no se ha extendido universalmente, ni se aplica con rigor; dado que el aborto está oficialmente prohibido, muchas mujeres ponen en peligro su salud con maniobras abortivas sin control o se ven abrumadas por numerosas maternidades (Beauvoir 2015, 217).

La ley que impide a las mujeres el acceso a la anticoncepción o al aborto, afirma, condena a la muerte, la esterilidad o la enfermedad a multitud de mujeres, pero esta prohibición no tiene el mismo impacto sobre todas, sino que, dependiendo de su clase social, unas tendrán mayor acceso a la anticoncepción, por lo que podrán evitar con mayor probabilidad los embarazos no deseados:

> Se ha dicho a veces que el aborto es un 'crimen clasista', y, en gran medida, es cierto. Las prácticas anticonceptivas están mucho más difundidas en la burguesía; la existencia de un cuarto de aseo decoroso hace su aplicación más fácil que en las casas de los obreros y los campesinos, privadas de agua corriente; las jóvenes de la burguesía son más prudentes que las otras; en los matrimonios, el hijo representa una carga menos pesada: la pobreza, la crisis de la vivienda, la necesidad que tiene la mujer de trabajar fuera de casa, se cuentan entre las causas más frecuentes del aborto (Beauvoir 2015, 637).

Subraya también las consecuencias en la salud de la sobrecarga de trabajo que soportan las mujeres campesinas, describiendo la dureza de sus jornadas, que se distribuyen en las innumerables tareas que desarrollan en la agricultura, con los animales, en el trabajo doméstico y en el cuidado de sus hijas e hijos. Todo ello les impide tener tiempo para su propio cuidado, además de dañar su salud:

> A menudo tiene tanto prestigio moral o más que su marido, pero su condición concreta es mucho más dura. Los cuidados del huerto, del corral, de las ovejas y de los cerdos le incumben exclusivamente; también toma parte en las faenas más importantes: cuidado de los establos, distribución del estiércol, sementeras, labranza, escarda, henaje; cava, arranca las malas hierbas, cosecha, vendimia y a veces ayuda a cargar y descargar las carretas de paja, de heno, de leña, y a extender la paja en los establos, etc. Además, prepara las comidas, hace las faenas de la casa: colada, planchado… Atiende a las duras cargas de la maternidad y al cuidado de los niños. Se levanta al rayar el día, da de comer a las aves de corral y al ganado menor, sirve el desayuno a los hombres, arregla a los niños y se va a trabajar a los campos o al bosque o al huerto; acarrea agua de la fuente, sirve la comida, lava la vajilla, vuelve a trabajar en los campos hasta la hora de la cena; después de esta última, emplea la velada para repasar la ropa, limpiar, des-

> granar maíz, etc. Como no tiene tiempo para ocuparse de su propia salud, ni siquiera durante los embarazos, se deforma en seguida y se marchita y consume rápidamente, roída de enfermedades. Las pocas compensaciones que el hombre encuentra de vez en cuando en la vida social le son negadas a ella (Beauvoir 2015, 217-218).

La prostitución, en la que Beauvoir considera se resumen a la vez todas las figuras de la esclavitud femenina, es otra temática que desarrolla en su libro. Expone también las consecuencias del ejercicio de la prostitución sobre la salud:

> Al cabo de cinco años de oficio, aproximadamente el 75% tienen sífilis, dice el doctor Bizard, que las ha atendido por legiones; por ejemplo, las menores sin experiencia se contagian con una facilidad aterradora; cerca del 25% deben ser operadas por complicaciones blenorrágicas. Una de cada veinte tiene tuberculosis, el 60 por 100 se hacen alcohólicas o drogadictas; el 40% mueren antes de los cuarenta años. Hay que añadir que, a pesar de sus precauciones, de vez en cuando se quedan embarazadas y abortan casi siempre en malas condiciones. La baja prostitución es un oficio durísimo en el que la mujer, oprimida sexual y económicamente, sometida a la voluntad de la policía, a una humillante vigilancia médica, a los caprichos de los clientes, presa de los microbios y la enfermedad, de la miseria, está realmente rebajada al rango de cosa (Beauvoir 2015, 725).

Beauvoir argumenta que la consideración social del cuerpo de las mujeres tiene graves consecuencias en el desarrollo de malestares y enfermedades. A pesar de la idea preponderante de que es la lábil biología de las mujeres la causante de las enfermedades, afirma que estas son producto de actitudes psíquicas, determinadas por una cultura que considera las manifestaciones corporales de las mujeres como procesos enfermantes en sí mismos. El cuerpo de las mujeres es «un cuerpo sometido a tabúes, a leyes (…), las circunstancias biológicas revisten los valores que les confiere lo existente» (Beauvoir 2015, 99). Por tanto, es la interpretación cultural de los hechos biológicos y su incorporación en la subjetividad, lo que conduce al malestar y la enfermedad, descartando el esencialismo biologicista y la concepción naturalista de las mujeres y de sus atributos, asignando al orden cultural y social la causa de

sus múltiples enfermedades. Beauvoir conceptualiza ya la idea de la enfermedad como construcción cultural y social: «Estoy convencida de que la mayor parte de los malestares y enfermedades que abruman a las mujeres tienen causas psíquicas: eso es, por lo demás, lo que me han dicho también diversos ginecólogos» (2015, 868). Así, manifiesta que los numerosos cambios corporales que se producen en la adolescencia, son interpretados como trastornos y enfermedades debido a la perspectiva con la que es mirado el cuerpo de las mujeres:

> El trastorno que provoca en la muchacha el descubrimiento de los desarreglos de la pubertad, los exacerba. Como su cuerpo le es sospechoso y lo espía con inquietud, le parece enfermo: está enfermo. Ya se ha visto que, en efecto, ese cuerpo es frágil y que hay desórdenes propiamente orgánicos que en él se producen; pero los ginecólogos están de acuerdo en afirmar que el noventa por ciento de sus clientes son enfermas imaginarias, es decir, que, o bien su malestar no tiene ninguna realidad fisiológica, o bien el desorden orgánico mismo es motivado por una actitud psíquica. En gran parte, la angustia de ser mujer es lo que roe el cuerpo femenino. Se ve que si la situación biológica de la mujer constituye para ella un handicap es a causa de la perspectiva en que es captada (Beauvoir 2015, 149).

Beauvoir también relaciona la mirada masculina sobre el cuerpo de las adolescentes, que lo convierte en objeto sexual, con el desarrollo de la anorexia y otros trastornos:

> Es percibida por el otro como una cosa: en la calle la siguen con la mirada, se comenta su anatomía; quisiera volverse invisible; tiene miedo de convertirse en carne y miedo de mostrar su carne. Este asco se traduce en muchas jovencitas por la voluntad de adelgazar: ya no quieren comer y si se las obliga, tienen vómitos; vigilan su peso sin cesar. Otras adquieren una timidez enfermiza; entran en un salón, o incluso salir a la calle se convierte en un suplicio. A partir de ahí se desarrollan a veces psicosis (2015, 413).

De este modo explica las causas de la vergüenza femenina, que puede llegar a convertirse en una fobia (Beauvoir 2015, 415). Subraya la importancia de los valores atribuidos a la feminidad y a la menstruación y su influencia

en cómo viven las mujeres los trastornos que a veces conllevan los cambios corporales que se producen en la etapa de la menopausia:

> 'La edad peligrosa' se caracteriza por ciertos trastornos orgánicos, pero lo que les da su importancia es el valor simbólico que revisten. La crisis la experimentan de manera mucho menos aguda las mujeres que no se lo han jugado todo a la carta de su feminidad; las que trabajan duramente –en su hogar o fuera del mismo– acogen con alivio la desaparición de la servidumbre menstrual; la campesina, la mujer de un obrero, a quienes sin cesar amenazan nuevos embarazos, se sienten felices cuando, por fin, ese riesgo desaparece. En esa coyuntura, como en tantas otras, es menos del cuerpo mismo de donde provienen los malestares de la mujer que de la angustiada conciencia que de él adquiere. El drama moral comienza por lo general antes de que se hayan declarado los fenómenos fisiológicos; y no termina hasta mucho tiempo después de que hayan concluido (Beauvoir 2015, 735).

Como señala López-Pardina, desde el año 1949 a 1970 se produce la transición de la Beauvoir teórica a la Beauvoir comprometida social y políticamente con la causa feminista (2007, 353). Da conferencias, realiza entrevistas para la prensa, escribe prólogos de libros, como el del libro *La Grande Peur d'Aimer* de la ginecóloga Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, fundadora del movimiento francés de planificación familiar, publicado en 1960[20]. En este libro, la ginecóloga recoge los testimonios de mujeres que se quedan embarazadas sin desearlo, relatando su angustia y las consecuencias que tiene para sus vidas. Beauvoir quiere contribuir a concienciar sobre la necesidad de despenalizar el aborto y a que la anticoncepción sea asequible para todas las mujeres, ya que considera que «'para la mujer, la libertad comienza en su vientre'-me escribía una de mis amigas epistolares. Esta libertad elemental, la libertad de la concepción» (1960, 9). Beauvoir expone los efectos de no poder interrumpir un embarazo no deseado en múltiples aspectos de la vida de las mujeres, en su desarrollo académico, en sus relaciones de pareja, en el aumento de trabajo cotidiano, en su salud emocional:

> Cada año se dan al menos quinientos mil abortos en Francia. ¿Cuántos embarazos no deseados se dan anualmente en Francia, produciendo una gran angustia en las mujeres que los padecen?; ¿cuántas criaturas llegan

[20] La traducción del prólogo ha sido realizada por la poeta Beatriz Barón Beraud para esta tesis.

> al mundo sin ser deseadas, sin ser amadas, recibiendo de algún modo un cierto maltrato?; ¿cuántos quehaceres domésticos minados por una excesiva carga?; ¿a cuántas parejas las separa el cruento nacimiento de una nueva vida?; ¿cuántas carreras académicas pertrechadas por mujeres, cuántos amores perdidos?; ¿cuántas mujeres torturadas por miedos obsesivos o precipitadas a depresiones nerviosas? ¡Qué atolladero! (1960, 8).

Describe los sentimientos de angustia y las múltiples manifestaciones de ansiedad que sienten las mujeres ante un embarazo no deseado: «¿Cómo?, ¿cómo hacen las otras mujeres? Esta ansiedad perpetua no la deja respirar. Su cuerpo se hiela, su corazón enloquece, su pensamiento da vueltas» (Beauvoir 1960, 9). «Hace falta suprimir lo más rápidamente posible tanto sufrimiento inútil» (Beauvoir 1960, 13). Expone la fuerte contradicción en el creciente desarrollo tecnológico que, sin embargo, no es aplicado al control de la natalidad. Las mujeres, al ser asimiladas a la naturaleza, quedan bajo el control de lo natural:

> Este sistema violento, lejos de favorecer el crecimiento de la población, se salda con un deterioro de su salud, de su nivel mental, de sus posibilidades. En una época en que la conquista de la naturaleza por parte del hombre realiza progresos cada vez más asombrosos, es aberrante que en una cuestión tan esencial, como la de la natalidad, la consigna sea aún en nuestra sociedad 'dejar hacer a la naturaleza' (Beauvoir 1960, 12).

Beauvoir también expone las consecuencias de la prohibición del aborto sobre las y los profesionales sanitarios, que se sienten impotentes ante las demandas de las mujeres, puesto que no pueden intervenir, salvo que entren en la ilegalidad:

> Es monstruoso el hecho de que la llegada de una criatura supone, en el mayor de los casos, una catástrofe. La explicación de esta pasividad, es el silencio con el que sepultan este asunto tabú: en solitario, algunos psiquiatras, algunos médicos, algunas trabajadoras sociales miden la expansión de sus estragos y de hecho casi no hablan de ello (1960, 12).
>
> Ellas consultan a su médico; y él responde a sus temores con una lección de moral. E incluso si él se compadece, qué puede hacer por ella. Nada. Algunos consejos bien ubicados, aquí o allá, es lo único que un médico puede dispensar si no quiere caer en la ilegalidad: tiene atadas las manos (1960, 11).

Beauvoir reconoció públicamente que había abortado, lo que supuso su primer acto político como feminista. La suya fue la primera firma de 343 del manifiesto de 1971 en el que 343 francesas prominentes confesaron haber abortado, algo que era ilegal en Francia (Anderson y Zinsser 1991).

Simone de Beauvoir también escribió un ensayo sobre la vejez en 1970 (1983), cuando tenía 62 años, en el que aborda múltiples aspectos relacionados con la biología, la etnología, la consideración cultural de la vejez en la historia, así como la experiencia de las personas mayores en la vida cotidiana y la sexualidad. El envejecimiento de las mujeres será un tema recurrente en el feminismo[21], y es Simone de Beauvoir quien lo estudia y analiza con una mirada crítica por primera vez, aunque ya ilustradas como Josefa Amar y Borbón mostraron preocupación por esta etapa de la vida y el vacío que supondría para las mujeres si no tenían acceso al conocimiento y al cultivo de la razón. En la introducción a *La vejez* afirma que escribe ese libro para quebrar la conspiración del silencio en torno a este tema (Beauvoir 1983, 8). En ese texto recoge citas de poetas que «han denunciado con particular violencia la fealdad de la mujer vieja» (Beauvoir 1983, 148), concluyendo que:

> Como el destino de la mujer es, a los ojos del hombre, ser un objeto erótico, al volverse vieja y fea pierde el lugar que se le asigna en la sociedad, se convierte en un *monstrum* que suscita repulsión y hasta temor; como entre ciertos primitivos, al quedar fuera de la condición humana, adquiere un carácter sobrenatural, es una maga, una hechicera de poderes peligrosos (Beauvoir 1983, 149).

En *El segundo sexo* ya había señalado que «se ha dicho a veces que las mujeres mayores constituyen 'un tercer sexo'; efectivamente, no son varones, pero tampoco son hembras; a menudo esta autonomía fisiológica se traduce por una salud, un equilibrio, un vigor que antes no tenían» (Beauvoir 2015, 93). La mujer vieja, sostiene, es asimilada a una bruja.

Al analizar las obras de diversos autores, resalta que «el prejuicio contra las mujeres de edad es evidente» (Beauvoir 1983, 179). Reseña numerosos textos en los que se reprueba a las mujeres mayores que tienen la indecencia

[21] Germaine Greer escribirá en 1991 *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia* (1993); Betty Friedan, *La fuente de la edad* en 1993 (1994), el Colectivo de Mujeres de Boston *Envejeciendo Juntas* (Doress y Siegal 1993), a los que seguirán múltiples textos y líneas de investigación en el ámbito de la salud relacionadas con la edad (Freixas 2005; 2013; Ramos 2006).

de pensar todavía en el amor, advirtiendo la maldad gratuita que manifiestan los escritores humanistas. Pero Beauvoir muestra que en medio de tantos estereotipos aparece un tema nuevo: el contraste entre el ser horrible que es para los demás una mujer vieja y el placer de vivir que ella conserva, señalando que, por el contrario, suele alabarse a los hombres cuyo amor por la vida no desaparece con la edad (1983, 180). Y resalta que, sobre todo, se ataca a la mujer de edad si ha sido una prostituta, preguntándose si ese encarnizamiento de los poetas contra las viejas prostitutas tiene su origen en un resentimiento sexual (Beauvoir 1983, 182). Los hombres atacan en la literatura a las mujeres de categoría más baja, a las que se venden. Su rencor contra ellas tiene razones más turbias, afirma, se explica probablemente por alguna frustración. También en la literatura se distinguía a la gran dama anciana del vil rebaño de las viejas marcadas por sus malas costumbres o su pobreza (Beauvoir 1983, 183). Beauvoir escribe sobre *La Celestina*:

> Por primera vez un personaje de vieja pasaba a ser la principal heroína; era una clásica alcahueta, pero de una envergadura muy distinta de las que hasta entonces habían aparecido en escena. Ha sido prostituta y sigue siendo rufiana por gusto, es interesada, intrigante, lúbrica, también un poco hechicera y es la que dirige el juego. Es un resumen de todos los vicios que desde la Antigüedad se atribuían a todas las mujeres de edad y, a pesar de toda su habilidad, al final de la obra es severamente castigada (1983, 179).

Y menciona la literatura española y a Francisco de Quevedo como exponente de la misoginia y la aversión a las mujeres mayores:

> A comienzos del siglo XVII la tradición misógina inspira todavía imprecaciones contra las mujeres viejas. En el poeta y novelista español Quevedo son particularmente violentas (…). Las viejas le obsesionan (…). Después de él, durante más de dos siglos la literatura española explotará el tema de la dueña alcahueta (Beauvoir 1983, 206).

Beauvoir recoge en su libro las palabras de algunas mujeres, como Madame de Sévigné, que reflejan sus vivencias del envejecimiento (1983, 352), señalando que ninguna lo hace en sentido positivo:

> Ni en la literatura ni en la vida he encontrado ninguna mujer que considerara su vejez con complacencia. Tampoco se habla jamás de una 'hermosa anciana'; en el mejor de los casos se la califica de 'encantadora'. En cam-

> bio se admira a ciertos 'viejos hermosos'; el varón no es una presa; no se le pide ni frescura, ni dulzura, ni gracia, sino la fuerza y la inteligencia del sujeto conquistador; el pelo blanco, las arrugas no contradicen este ideal viril (1983, 355).

Frente al desprecio y la humillación de las mujeres viejas en la literatura, señala que «la vejez de los hombres se presta menos a los sarcasmos» (Beauvoir 1983, 207). Pone de manifiesto el sentido de liberación que, en la actualidad, tiene para muchas mujeres el envejecer, ya que pueden dedicarse a sus propios intereses, después de haber tenido que seguir los deseos de sus maridos y ocuparse de sus hijos: «Para las mujeres, en particular, la edad provecta representa una liberación: toda la vida sometidas a sus maridos, consagradas a sus hijos, por fin pueden preocuparse de ellas mismas» (Beauvoir 1983, 578).

También expone las diferentes vivencias que experimentan las mujeres y los hombres ante el ingreso en instituciones para personas mayores: «Se comprende que, en esas condiciones, la entrada en el asilo sea un drama para el anciano. El *shock* psicológico es particularmente violento en las mujeres, más arraigadas aún que los hombres a su hogar. Dan señales de ansiedad, tienen temblores» (Beauvoir 1983, 309-310).

Beauvoir aborda la sexualidad en mujeres y hombres mayores. Afirma que, biológicamente, la sexualidad de la mujer resulta menos afectada por la vejez que la del hombre. Basándose en los datos del informe Kinsey[22] y las investigaciones de Masters y Johnson[23] destaca que las mujeres pueden tener actividades sexuales hasta sus últimos días y, aunque no lleguen al orgasmo, el placer sensual cuenta mucho para ellas. Sin embargo, la realidad es que las mujeres tienen menos actividad sexual que los hombres, hecho que Beauvoir explica así:

> Socialmente, el hombre, a toda edad, es sujeto, y la mujer un objeto, un ser relativo. Casada, su destino es ordenado por el de su marido, este tiene por término medio cuatro años más que ella y en él el deseo decrece. O, si subsiste, se dirige a mujeres más jóvenes. Sin embargo, a la mujer de edad le es muy difícil tener parejas extramaritales. Gusta todavía menos a los hombres

[22] Se conoce como Informe Kinsey los trabajos de Alfred C. Kinsey y sus colaboradores sobre la conducta sexual humana, publicados en 1948 y 1953.

[23] William Masters y Virginia Johnson realizaron un estudio sobre las fases de la respuesta sexual que publicaron en 1966.

> que el hombre viejo a las mujeres (…). A los ojos de todos, una mujer de 70 años ha cesado de ser un objeto erótico (…). Para muchas mujeres de edad, esta frustración es penosa porque siguen atormentadas por sus deseos. Por lo común se apaciguan masturbándose (1983, 415).

Para reforzar sus argumentos, recoge los datos de investigaciones en asilos y psiquiátricos, en los que se observa que el erotismo femenino aumenta con la edad. La demencia senil y algunas psicosis producen delirios eróticos y alucinaciones genitales. El erotismo, afirma, está en el centro de numerosos delirios o es pretexto de depresiones melancólicas. Concluye que «ni la historia ni la literatura nos han dejado testimonio valedero sobre la sexualidad de las mujeres de edad. El tema es todavía más tabú que la sexualidad de los viejos del sexo masculino» (Beauvoir 1983, 418). Para reafirmar la idea de que la sexualidad de las mujeres se prolonga y persiste durante la vejez, Beauvoir recurre a la experiencia de las lesbianas:

> La idea de que en las mujeres los impulsos sexuales persisten largo tiempo es confirmada por las observaciones que se pueden hacer en las homosexuales. Algunas conservan actividades eróticas hasta después de los 80 años. Eso prueba que siguen siendo capaces de desear mucho tiempo después de haber dejado de ser deseables a los ojos de los hombres (1983, 416).

En su texto sobre la vejez también aparece su concepto de la salud, una concepción integral, que muestra la profunda relación existente entre los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y relacionales:

> Lo anímico y lo físico están estrechamente ligados. Para cumplir el trabajo que readapta al mundo un organismo peyorativamente modificado hay que haber conservado el gusto de vivir. Recíprocamente: una buena salud favorece la supervivencia de intereses intelectuales y afectivos. La mayor parte del tiempo, el cuerpo y el espíritu van juntos hacia su crecimiento o su disminución. Pero no siempre (Beauvoir 1983, 376).

En la obra de Simone de Beauvoir se encuentran numerosas referencias a diferentes aspectos de la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres, que relaciona estrechamente con sus condiciones de existencia a lo largo de su ciclo vital y con las concepciones culturales sobre las mujeres y sus cuer-

pos, que se incorporan en la subjetividad. Se puede afirmar que Beauvoir ya conceptualizó los condicionantes psicosociales de género como determinantes de la salud, una idea que conducirá a toda un área de investigación sobre la salud de las mujeres a finales del siglo XX y que continúa en la actualidad. Asimismo, también tuvo en cuenta y consideró la clase social como un factor determinante de la salud en interrelación con el género.

Otro texto fundamental en la historia de la teoría feminista es *La mística de la feminidad*, de Betty Friedan, publicado en 1963, primer texto feminista, además, que se centra en la pérdida de salud y el malestar de las mujeres como consecuencia de los mandatos patriarcales. Friedan había empezado a trabajar en esta obra desde 1957, que comenzó siendo un artículo que ninguna revista femenina quiso publicar (Valcárcel 2009, 9). Friedan define así la mística de la feminidad:

> La mística de la feminidad afirma que el más alto valor y el único compromiso de las mujeres es la realización de su propia feminidad (…). La nueva imagen que esta mística les ofrece a las mujeres estadounidenses es la vieja imagen de 'ocupación: sus labores' (…). La nueva mística convierte a las madres en referente para todas las mujeres (…), en una religión, un modelo de vida (2009, 81).

Y añade que «la lógica de la mística de la feminidad redefinió la mismísima naturaleza del malestar de la mujer (…), el malestar que no tiene nombre, un vago e indefinido deseo de 'algo más' que fregar platos, planchar, castigar y alabar a los niños» (Friedan 2009, 99). En esa obra, Friedan describió extensamente el malestar que sentían las mujeres dedicadas a ser esposas y madres, un malestar que estaba oculto, silenciado y no tenía nombre (2009, 35-74). Lo relacionó con un modo de vida, la ocupación de la vida en el cuidado del marido, de las hijas e hijos y del hogar, y con la rutina e insatisfacción vital que suponen el trabajo doméstico y el cuidado de las criaturas. Este modo de vida, afirma, muy al contrario de lo que prometía la mística de la feminidad, produjo en las mujeres sentimientos de ansiedad, depresión, descontento, desesperación, frustración, enfado, rabia, ganas de llorar y de salir corriendo de casa a pasear por las calles, incluso vergüenza por sentirse mal, un terrible cansancio y pérdida de energía. Este malestar había sido nombrado por algunos médicos como «el síndrome del ama de casa» o «la fatiga del ama de casa». Algunas mujeres desarrollaban una sintomatología específica, como ampollas sanguinolentas en los brazos y las piernas, a la que algu-

nos profesionales sanitarios llamaron «la epidemia de las amas de casa», ya que no se trataba de una alergia a los detergentes ni se curaba con cortisona.

Friedan establece que para este problema que no tenía nombre, tampoco existían marcos de análisis y comprensión desde los parámetros del conocimiento profesional y científico desarrollado hasta el momento: «El malestar no puede entenderse según los términos generalmente aceptados con los que los científicos han estudiado a las mujeres, con los que los consejeros las han asesorado y con los que los escritores las han descrito» (2009, 63). Subrayó el papel que jugaban los diversos profesionales en adaptar a las mujeres a esos roles impuestos, en lugar de plantearles otros proyectos vitales que satisficieran sus necesidades y deseos:

> Los crecientes ejércitos de consejeros matrimoniales y pedagógicos, psicoterapeutas y psicólogos de pacotilla proponían todo tipo de recomendaciones sobre cómo adaptarse a su papel de ama de casa. A las mujeres de Estados Unidos de mediados del siglo XX no se les ofrecía otra vía para realizarse. La mayoría se adaptaba a su papel y sufría o ignoraba el malestar que no tiene nombre (…). La extraña novedad del malestar es que no se puede entender desde el prisma de los eternos problemas materiales del hombre: la pobreza, la enfermedad, el hambre, el frío. La mujer que padece este malestar tiene un hambre que los alimentos no pueden saciar (Friedan 2009, 62).

Celia Amorós y Ana de Miguel manifiestan que en la obra de Friedan se encuentran interesantes críticas de alcance epistemológico a las ciencias sociales y a las ciencias de la salud, «cuyos discursos de divulgación en la literatura médica, psiquiátrica y pediátrica, así como en los libros de conducta para mujeres colaboraron en no poca medida con otros 'dispositivos', en sentido foucaultiano, a generar la psicología de la 'mística de la feminidad'» (2007, 27). Como señala Rosa Cobo, Friedan encontrará una explicación alternativa a la de la psicología y la psiquiatría dominantes, que consideraban que esas patologías eran inherentes a la naturaleza de las mujeres (2014, 23). El problema que no tiene nombre, el malestar que sienten las mujeres, lo atribuye a que las mujeres fueron empujadas a aceptar una identidad, la de esposa y madre, que no habían elegido, «esta identidad se convirtió en fuente inagotable de malestar para las mujeres» (Cobo 2014, 23). De nuevo, la salud de las mujeres aparece estrechamente ligada a las condiciones de vida impuestas por el patriarcado, en este caso, además, exigiendo que la subjetividad feme-

nina se amoldase a estas demandas con satisfacción: «Se les enseñaba a sentir pena por las mujeres neuróticas, poco femeninas e infelices que querían ser poetisas o médicas o presidentas» (Friedan 2009, 52).

Amelia Valcárcel señala que este era el malestar por el talento prohibido de las mujeres (2009, 15), un malestar que llenaba los hospitales de enfermas con un síndrome antes no conocido (2009, 11). La mística de la feminidad «es una horma moral (…), es algo inauténtico que, si se intenta llevar a cabo, produce consecuencias cada vez más graves. Comienza por un difuso malestar y termina por producir enfermedades verdaderas» (Valcárcel 2009, 11-12).

En *La mística de la feminidad* se pone de manifiesto por primera vez en la teoría feminista que mediante el consumo de tranquilizantes y otros psicofármacos se intentaba acallar el malestar de las mujeres, un malestar que estaba delatando un problema relacionado con los mandatos de género y el desempeño de los roles asignados a las mujeres: «Muchas amas de casa de los barrios residenciales ingerían tranquilizantes como quien toma caramelos para la tos» (Friedan 2009, 67).

Betty Friedan, al igual que Simone de Beauvoir, también reflexiona e investiga otro tema que será de gran importancia en los estudios feministas sobre la salud, el envejecimiento. En 1993 escribió *La fuente de la edad*, donde ofrece una mirada crítica sobre la cultura del envejecimiento y la menopausia, partiendo de la revisión de numerosos estudios, de la asistencia a congresos de gerontología y de investigaciones que realiza sobre la vida de mujeres y hombres a partir de los sesenta años. Así, comprueba que los profesionales especializados en la vejez se ocupan de las problemáticas de la enfermedad, de las señales del deterioro, pero ella, por el contrario, quiere centrarse en encontrar a aquellas mujeres y hombres que envejecen con vitalidad. Y descubre que:

> Eran los hombres los que estaban sufriendo ahora unas crisis más graves por el 'nido vacío' que sus esposas que, sin dar síntomas de depresión, se ponían a buscar nuevas ocupaciones para ellas cuando los hijos se iban de casa (…). Las mujeres, de repente, dejaban que ese pelo rojo caldera o negro azabache se volviera blanco, y decidían emprender ellas solas proyectos que antes no se habían atrevido a enfrentar (Friedan 1994, 19-20).

Cuestiona los tratamientos y la atención sanitaria a las personas mayores, centrados en el envejecimiento como enfermedad, poniendo de manifiesto la

medicalización y la «sanitarización» de la vejez, señalando que «constituimos un mercado para los vendedores de productos farmacéuticos y para los cardiólogos o los oncólogos, y otras costosas especialidades de alta tecnología, enorme (…) y enormemente productivo» (Friedan 1994, 428).

También relata la creación de grupos de mujeres mayores, con modelos semejantes a los desarrollados en los grupos de autoconocimiento, en los que se comparten experiencias e información crítica con el modelo médico hegemónico, con el objetivo de buscar otras formas de envejecer no medicalizadas ni sanitarizadas, que tengan en cuenta los aspectos emocionales y sociales. Asimismo, señala que también entre las profesionales de la salud están apareciendo nuevas preguntas en torno a este tema:

> Los estudios que van en contra del modelo médico –el de la menopausia como enfermedad– se difunden principalmente a través de las organizaciones de mujeres, y los grupos de ayuda creados por ellas, como *Our Bodies, Our Selves* y *Our Bodies Growing Older*. Inspirados por el movimiento feminista, cada uno de esos grupos de mujeres menopáusicas es distinto de los otros, y se ocupa de cuestiones físicas y sociales propias de esa edad, cuidados y problemas de salud, los efectos de la terapia de reposición de estrógeno y la influencia no solo de las hormonas, sino de las ideas comunes sobre la menopausia en la sexualidad y la identidad sexual de las mujeres. Comparten sus propias experiencias e ideas como mujeres mayores, de forma muy parecida a como lo hacían las jóvenes hace veinticinco años. En las profesiones relacionadas con la salud están apareciendo también mujeres que hacen nuevas preguntas. Los grupos de ayuda conceden mucha importancia a las medidas alternativas (Friedan 1994, 503).

La categoría «malestar de las mujeres» es una de las grandes aportaciones de Betty Friedan y es, en la actualidad, un concepto central en la teoría feminista en el ámbito de la salud, una categoría que ha permitido entender y atender la salud de las mujeres partiendo de los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres desde el patriarcado y que además ha contribuido a romper el binarismo salud– enfermedad. El malestar derivado del rol de ama de casa y del desempeño como cuidadora se aborda desde hace años en las Asociaciones de Mujeres, en los programas de las concejalías de Mujer y ha sido incorporado en algunos servicios del sistema sanitario público, como se expondrá en el capítulo 4.

La idea de que la reclusión en el espacio doméstico sin más posibilidades de llevar a cabo otros proyectos vitales es causa de malestar en las mujeres ya estaba presente en la obra de Mary Wollstonecraft. Sin embargo, en aquella etapa histórica, lo que impedía a las mujeres participar en el mundo público y desarrollarse profesionalmente eran las prohibiciones impuestas por legislaciones que limitaban a las mujeres el acceso a la educación, a los estudios universitarios y al ejercicio de múltiples profesiones. En el siglo xx, ya conseguidos esos derechos, lo que pone de manifiesto el texto de Betty Friedan es el enorme poder de las ideas y la creación de imaginarios, el poder de la mística de feminidad, la fuerza y la capacidad de la imposición de modelos y valores culturales para moldear comportamientos y conformar estilos de vida, así como la influencia de la presión social e institucional sobre las mujeres para que se atengan a ellos. Como distinguió Alicia Puleo (2005), ambas formas del patriarcado, el que utiliza la coacción, sirviéndose de un sistema legal que consigna prohibiciones y castigos explícitos, y el que se basa en el consentimiento, en el que la socialización diferencial encubierta y la difusión de poderosos mitos patriarcales a través de los medios de comunicación y otras instituciones propicia la aceptación o la resignación ante la desigualdad, consiguen igualmente el sometimiento de las mujeres (Amorós y de Miguel 2007, 62). En definitiva, el funcionamiento de un sistema estructural de control y dominación de las mujeres que Kate Millett vendrá a teorizar como patriarcado solamente seis años más tarde.

En el marco del feminismo liberal se realizaron, además, otras aportaciones en el ámbito de la salud, que resume Sara Velasco (2009a, 62). Se visibilizó el poder médico y masculino sobre las mujeres, especialmente de la ginecología y la psiquiatría, por lo que uno de sus objetivos fue promover la presencia de mujeres en estas áreas, considerando que el aumento de mujeres en las carreras médicas produciría cambios en la atención a la salud. Las propuestas de las feministas liberales se dirigían sobre todo al cambio de la vida personal y a la reivindicación de la igualdad de oportunidades de las mujeres en el acceso al ámbito público y laboral. No se realizaban todavía análisis de las causas estructurales de la opresión de las mujeres y de un sistema de dominio masculino, que vendrá a realizar el feminismo radical. La crítica feminista posterior señala que los análisis del feminismo liberal se referían únicamente a las mujeres de clase media, casadas, aunque tomando a las mujeres como grupo homogéneo, sin tener en cuenta ni analizar las diferencias de clase.

En los años setenta se inicia una nueva ola feminista, en el marco de los nuevos movimientos sociales en torno a mayo del 68. En esta tercera ola feminista se crea un nuevo paradigma teórico que explica y atribuye la situación de desigualdad y exclusión de las mujeres a un sistema estructural de dominación de los hombres sobre las mujeres, el patriarcado, que opera tanto en el ámbito público como en el doméstico y privado[24], y se desplegará una potente teorización sobre los múltiples aspectos que explican su opresión y subordinación. A partir del feminismo radical, se irán desarrollando otros marcos feministas que incidirán en unos u otros aspectos de la opresión y subordinación de las mujeres y vendrán a plantear diferentes estrategias políticas para su desactivación: el feminismo cultural, el pensamiento de la diferencia, el ecofeminismo, el feminismo queer y el transfeminismo. En esta etapa, también se realizarán profundos análisis que desvelarán e ilustrarán la relación entre los intereses del patriarcado y el ámbito de la salud, poniendo de manifiesto que la política sanitaria es una herramienta fundamental de la que se sirve para el control y la dominación de las mujeres.

Si hasta el momento las reivindicaciones feministas se centraron principalmente en los derechos políticos y sociales, el feminismo radical pone la mirada en la opresión que se produce en el ámbito privado, doméstico y familiar, en las relaciones sexuales y de pareja, en el control de los cuerpos sexuales y reproductivos de las mujeres. En palabras de Rosa Cobo, lo que el feminismo radical viene a iluminar es que:

> La familia no es un espacio de afecto y cuidados, presidido por la simetría y la reciprocidad entre varones y mujeres, sino una institución patriarcal en la que se asienta la división sexual del trabajo, se esconden las relaciones de poder entre hombres y mujeres detrás del amor y de los cuidados y en muchos casos se desarrolla violencia y el abuso sexual masculino contra las mujeres. Y todas estas prácticas no son aspectos íntimos y privados de las parejas o de las familias, como se nos ha contado, sino relaciones políticas basadas en la explotación y subordinación de las mujeres (2014, 26).

En definitiva, el feminismo radical desvelará que el patriarcado estructura también las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres, las re-

[24] Soledad Murillo realizó su tesis doctoral sobre la división sexual de los espacios público, privado y doméstico y analizó el diferente significado que tiene lo doméstico y lo privado para las mujeres y los hombres (1996).

laciones amorosas, la sexualidad y la vida cotidiana en el ámbito doméstico y privado, «el poder ya no reside solo en el estado o la clase dominante. Se encuentra también en relaciones micro, como la pareja» (Puleo 2005, 42). Por lo tanto, el feminismo radical afirmará que la relación entre los sexos es una relación política, una relación de poder. Y además, mostrará que la violencia es una herramienta necesaria para mantener ese sistema de dominación, como señaló Kate Millett:

> Al igual que otras ideologías dominantes, tales como el racismo y el colonialismo, la sociedad patriarcal ejercería un control insuficiente, e incluso ineficaz, de no contar con el apoyo de la fuerza, que no solo constituye una medida de emergencia, sino también un instrumento de intimidación constante (2010, 58).

Millett también señala el reverso de este sistema al afirmar que en el transcurso de la historia las mujeres han vivido desarmadas e incapacitadas para defenderse por sí mismas. Como resultado de su educación, tanto física como emocional, ante un ataque, se encuentran totalmente desvalidas (Millett 2010, 101).

Es en el marco del feminismo radical desde el que pudieron plantearse por primera vez como cuestiones políticas aspectos de la vida que hasta el momento eran consideradas del ámbito privado, lo que fue sintetizado en el enunciado «lo personal es político»[25]. Desde este planteamiento pudieron ser abordados, teorizados y politizados temas como la sexualidad, el placer y el cuerpo, la maternidad, las relaciones amorosas, el trabajo doméstico, los cuidados, las múltiples violencias que experimentan las mujeres en el espacio íntimo, aspectos que tienen una estrecha vinculación con la salud. En palabras de Kathleen Barry:

> La dominación de las mujeres está políticamente dirigida a lo que es específica y psicológicamente femenino: la sexualidad y la reproducción de las mujeres se construyen social y políticamente como inferiores. Al tiempo que las mujeres son víctimas de la discriminación política, legal y

[25] Carol Hanisch escribió en 1969 «Lo personal es político», un artículo que recogía la memoria de grupos mujeres realizados por el movimiento radical en Estados Unidos: «Lo primero que descubrimos en estos grupos es que los problemas personales son problemas políticos. No hay soluciones personales en este tiempo. Solo hay acciones colectivas para soluciones colectivas» (citado en Velasco 2009a, 66).

> económica, esta condición se basa en una condición previa de explotación que tiene lugar sobre, en, y a través de los cuerpos de las mujeres, en la sexualidad y en la reproducción. La opresión de las mujeres implica, políticamente, algo que no se encuentra en ninguna otra condición –la construcción social del cuerpo humano sexualizado–; la opresión abarca desde las formas de objetivación hasta la violencia, pero es una explotación que se introduce en los cuerpos de las mujeres, por la vagina, por el recto, por la boca y en el útero (1994, 301).

Alicia Puleo enfatizó la centralidad de la sexualidad y del espacio privado en el feminismo radical: «El interés por la sexualidad diferencia al feminismo radical tanto del primer feminismo, el sufragista, como de las feministas liberales de NOW. Para el feminismo radical no se trata simplemente de ganar el espacio público (igualdad en el trabajo, la educación o los derechos civiles y políticos) sino también de transformar el espacio privado» (1994, 144). Puleo resume las cuestiones que son nucleares en el feminismo radical, aunque los ejes temáticos centrales y la forma de abordarlos varíen entre las diferentes corrientes y las distintas teóricas radicales:

> La utilización del concepto de patriarcado como dominación universal que otorga especificidad a la agenda militante del colectivo femenino, una noción de poder y de política ampliadas, la utilización de la categoría de género para rechazar los rasgos adscriptivos ilegítimos adjudicados por el patriarcado a través del proceso de naturalización de las oprimidas, un análisis de la sexualidad que desembocará en una crítica a la heterosexualidad obligatoria, la denuncia de la violencia patriarcal, en particular aunque no exclusivamente la sexual, y, finalmente, una sociología del conocimiento que será crítica al androcentrismo en todos los ámbitos, incluidos los de la ciencia (2005, 41).

La teoría feminista radical, como expuso Kathleen Barry, se construyó en una estrecha relación entre activistas, académicas y profesionales, que participaron activamente en los colectivos feministas:

> La teoría feminista radical es el producto de una comunidad de feministas y surge de la interacción de teoría y praxis. Esto es, la teoría feminista, tal y como viene construyéndose en los últimos veinticinco años de feminismo radical en Estados Unidos, es un movimiento y un trabajo de una *co-*

> *munidad de pensadoras y activistas:* estudiantes, teóricas, abogadas, gestoras; mujeres para las que el feminismo no puede reducirse a un ejercicio académico o separado del feminismo como movimiento de lucha contra la dominación masculina (1994, 297-298).

Es con la obra de Kate Millett, *Política Sexual*, con la que se inaugura el feminismo radical. Millett conceptualiza el patriarcado como un sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres y subraya que es un sistema de subordinación mucho más potente que otros, al colonizar también la subjetividad femenina:

> El carácter patriarcal de nuestra sociedad (…) es una relación de dominio y subordinación (…). Se ha alcanzado una ingeniosísima forma de 'colonización interior', más resistente que cualquier tipo de segregación y más uniforme, rigurosa y tenaz que la estratificación de las clases. Aun cuando hoy día resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada en nuestra cultura (2010, 70).

Millett afirma que el patriarcado no constituye solamente un sistema político, sino también, y sobre todo, un hábito mental y una forma de vida (2010, 130). El patriarcado actúa con tácticas psicopolíticas (Millett 2010, 146). Por ello, analiza las repercusiones psicológicas y sociales de la supremacía masculina, vinculando estrechamente el malestar de las mujeres con ese sistema de dominación. Al igual que Simone de Beauvoir, muestra cómo la cultura misógina tiene un fuerte impacto en las vivencias de los procesos vitales y psicocorporales de las mujeres. Así lo ejemplifica en la conceptualización de la menstruación, que históricamente ha adquirido un carácter marcadamente clandestino y tabú, que está profundamente enraizado en la mitología y la literatura por lo que continúa presente con una gran fuerza, siendo todavía un asunto que impone un estigma psicosocial sobre las mujeres: «Múltiples pruebas señalan que el malestar que las mujeres padecen durante el periodo es de tipo psicosomático, es decir, que su origen no es propiamente biológico, sino más bien cultural» (Millett 2010, 106). De este modo, atribuye el origen de los malestares psicosomáticos a factores culturales y políticos y no a rasgos intrapsíquicos de carácter individual. En el mismo sentido, también advirtió sobre el impacto en la autoestima de las mujeres de «la terminología claramente misógina con que suele describirse la personalidad femenina» (Millett 2010, 403).

En el apartado que dedica a los aspectos psicológicos (Millett 2010, 118-124), vincula la imagen que tienen las mujeres de sí mismas con las representaciones sociales, mostrando que su autoestima está directamente relacionada con su posición de inferioridad y el trato que reciben como grupo subordinado:

> Como las representaciones femeninas (pasadas o actuales) producen un efecto asolador en la imagen que posee de sí misma, suele verse privada de toda fuente social de dignidad y autorrespeto (…). Cuando la personalidad tropieza con imágenes tan denigrantes de sí misma en la ideología, la tradición, las creencias sociales, resulta inevitable que sufra un grave deterioro. Teniendo en cuenta, además, el descrédito sutil pero constante que suponen cotidianamente para la mujer sus relaciones personales, las impresiones que recoge de los medios de información y la discriminación que padece en lo tocante a la conducta, al trabajo y la educación, no cabe extrañarse de que desarrolle ciertos rasgos característicos de los individuos que, en virtud de su posición minoritaria, llevan una vida marginada en la sociedad (Millett 2010, 119).

Como consecuencia de la desvalorización social de las mujeres, y por tanto, de la propia estima, afirma que también las mujeres muestran las características de los grupos oprimidos: «Una serie de rasgos privativos de la posición minoritaria: odio hacia el grupo y rechazo de este, y desprecio respecto de sí misma y sus compañeras, como resultado de la sutil, pero constante, proclamación de su inferioridad, que, a la larga, acaba aceptando como un hecho» (Millett 2010, 121).

Como Simone de Beauvoir, se posicionó radicalmente ante la prohibición del aborto, que consideró una forma indirecta de pena de muerte impuesta por los sistemas legales de los patriarcados, ya que conduce a las mujeres a la realización de abortos clandestinos y a la muerte o al suicidio:

> Incluso en Estados Unidos, sigue vigente hoy en día una forma indirecta de ‘pena de muerte’. Al negarle a la mujer el control biológico de su cuerpo, los sistemas legales de los patriarcados la conducen a los abortos clandestinos, que, según las estimaciones más fiables, originan de dos mil a cinco mil muertes anuales. Puesto que el aborto es ilegal, resulta difícil recoger datos exactos. Esta cifra se basa en las estimaciones de los abortistas y de los servicios de consulta. Tampoco existen cifras oficiales sobre los suicidios de mujeres embarazadas (Millett 2010, 101).

Millett, además de construir una teoría que conceptualiza el patriarcado como un sistema de dominación estructural que atraviesa todas las dimensiones de la vida, públicas y privadas, sociales y psicológicas, sienta las bases de la psicología feminista, al señalar como causa del malestar, la enfermedad e incluso la muerte, a este sistema de dominación.

Otras teóricas del feminismo radical abordaron en sus textos aspectos relacionados con la salud de las mujeres. Shulamith Firestone publica en 1970 *Dialéctica del sexo* (1976), obra en la que mantiene la tesis de que la raíz de la opresión de las mujeres está en su servidumbre biológica, la maternidad. Las mujeres son una clase biológica, condicionada por esta servidumbre. Considera que la dialéctica que se produce en las relaciones entre las clases sexuales, biológicamente definidas, es el substrato de todas las demás dialécticas, por lo que poner en cuestión el dualismo de las clases sexuales problematizará toda la organización de la cultura. Plantea la necesidad de que las mujeres controlen los medios de reproducción, poniendo en la reproducción artificial grandes esperanzas para la emancipación de las mujeres. Su propuesta tiene que ver con la apropiación y la toma de poder por las mujeres del sistema sanitario.

La feminista radical australiana Germaine Greer aborda en toda su obra múltiples aspectos que relacionan el patriarcado con la pérdida de salud y el sufrimiento de las mujeres y las nuevas formas que va adquiriendo en el contexto actual. En el prólogo a la edición del 21º aniversario de *La mujer Eunuco* (Greer 2004), publicada por primera vez en 1970, denuncia la explotación económica de las mujeres que realizan las multinacionales farmacéuticas:

> Una vez saturado el mercado de la anticoncepción y tras la fuerte reducción de las posibilidades de ganar dinero con la menstruación, las multinacionales farmacéuticas por fin han dirigido su atención hacia las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, que representan un nuevo y enorme mercado no explotado para la terapia de reposición hormonal (Greer 2004, 12).

En el prólogo a su obra *La mujer completa* (Greer 2000*),* escrita veinte años después de *La mujer eunuco*, observa que el sufrimiento de las mujeres sigue presente en sus vidas, aunque haya tomado otras expresiones en la sociedad actual:

> Las causas del sufrimiento femenino pueden englobarse bajo el título de 'expectativas contradictorias'. Las contradicciones con las que se enfrentan las mujeres jamás habían sido tan dolorosas como ahora (…). Cuando

> escribí *La Mujer Eunuco*, nuestras hijas no se autolesionaban ni se mataban de hambre. Por todas partes mujeres enmudecidas soportan infinidad de dificultades, sufrimiento y dolor en un sistema mundial que crea miles de millones de perdedoras por cada puñado de ganadoras. Ha llegado el momento de recuperar la indignación (Greer 2000, 12).

Greer también abordó la cuestión del envejecimiento en las mujeres en su obra *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia* (Greer 1991).

Con el feminismo radical se produjo un importantísimo cambio de paradigma. De la propuesta formulada por el feminismo liberal, la liberación de las mujeres en el sentido de liberarse de cargas, que demandaba igualdad de oportunidades en un sistema estructuralmente opresivo[26], el feminismo radical plantea la emancipación, poniendo el acento en salir de la posición subordinada a los hombres. Esto supone combatir la opresión dentro del matrimonio y la familia tradicional, la libertad para elegir la maternidad y el derecho al aborto, la lucha contra los abusos y la explotación sexual en la prostitución, la pornografía y la violencia sexual. Para enfrentar los síntomas específicos de su opresión y dar respuesta a sus propias necesidades, las feministas radicales crean estructuras organizativas propias en las que teorizan la opresión partiendo de sus propias experiencias. En palabras de Adriene Rich:

> Considerar como algo político las experiencias personales de las mujeres para que fueran exploradas y comparadas en las sesiones de autoconciencia en sí misma, con el énfasis puesto en el testimonio individual de cada mujer, que sería después relacionado y generalizado como base para la teoría y organización, fue central dentro de la práctica feminista radical (2001, 16).

Será a través de los grupos de autoconciencia como las mujeres adquirirán una conciencia política del poder del patriarcado sobre sus vidas y sobre sus cuerpos, así como herramientas ideológicas para poder resistir políticamente su opresión. Como expresó Kathleen Barry:

> El poder individual y colectivo del patriarcado, de los hombres que actúan individualmente gracias a los privilegios del patriarcado, es el fundamento de la subordinación de las mujeres, como clase, y de nuestras experiencias

[26] Germaine Greer realizó una fuerte crítica al feminismo liberal, señalando que buscaba «la igualdad de oportunidades dentro del *statu quo*, la libertad de acceso al mundo de las úlceras y las enfermedades coronarias» (2004, 390).

> individuales de dominación (…). El poder de la dominación masculina es el poder que hemos llegado a conocer, que ha vuelto visibles nuestros análisis, discursos y vidas a través de la concienciación (1994, 298).

En este contexto nace el movimiento de salud de las mujeres, que inicia una fuerte corriente dentro del feminismo, añadiendo al desarrollo de la autoconciencia el autoconocimiento y la necesidad de la apropiación del conocimiento sobre la salud, que estaba en manos del poder médico. De su propuesta política nace la creación de centros feministas de salud, autogestionados por los colectivos feministas, con metodologías dirigidas a la emancipación de las mujeres y a su autonomía frente al sistema sanitario, buscando soluciones colectivas a problemas que, aunque parecían individuales, no lo eran. Los problemas personales, también en el ámbito de la salud, se convierten en políticos. En el feminismo radical la terapia adquirirá una dimensión política, planteando la necesidad de realizar transformaciones en las estructuras sociales y políticas, promoviendo no solo cambios personales, sino también colectivos. En este marco, los grupos terapéuticos serán considerados como grupos de autoconciencia, grupos de reflexión o grupos de empoderamiento. En ese sentido, se producirán profundas críticas a las ciencias de la salud, en especial a la medicina, la psicología y la psiquiatría, y a las terapias que históricamente se han realizado con las mujeres, como se expondrá en el capítulo 2.

En el ámbito de la salud, el feminismo radical pone de manifiesto la estrecha relación entre el lugar asignado a las mujeres por el patriarcado y el malestar y la enfermedad. Asimismo, sus análisis desvelan la reproducción de las relaciones patriarcales de poder en el sistema de salud y el papel de la medicina, la psicología y la psiquiatría en el mantenimiento de la familia patriarcal, adaptando a las mujeres para que permanezcan en sus roles de cuidado y maternaje, impidiendo todo lo que pueda subvertir ese orden, como otras opciones sexuales, la elección de la no maternidad[27], o los deseos de autonomía de las mujeres, que son frenados con psicofármacos. Se oprime a las mujeres no solo como pacientes, sino también como profesionales sanitarias debido a la distribución sexista de las profesiones en el sistema sanitario: «El médico-padre dirige una familia compuesta por la enferma (esposa y madre) y el o la paciente (niño o niña). El médico posee las

[27] «La mujer que no es madre perturba el orden establecido, atenta contra el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico entre hombres y mujeres» (Tubert 2011b, 34).

habilidades científicas y técnicas y la enfermera cumple con los deberes de atención y consuelo» (Fee 1983, 31).

La estrategia feminista radical en el ámbito de la salud es empoderar a las mujeres frente al sistema sanitario, adquirir información y conocimientos y organizarse autónomamente. Las mujeres deben conocer y entender sus cuerpos y saber qué pueden esperar de los médicos. Solo así podrán juzgar la competencia de la atención que reciben, el conocimiento es poder. Con ese conocimiento las mujeres pueden exigir información sobre los resultados de pruebas, preguntar sobre los tratamientos, tomar decisiones. Ya que el conocimiento especializado en salud es ingente, es necesario formarse en los grupos de autoconciencia y autoconocimiento. Estos planteamientos han sido muy fructíferos y, además de la creación de centros autogestionados de salud, han propiciado la organización de grupos de mujeres para la autoconciencia, el autoconocimiento y el autocuidado en muchas partes del mundo, prácticas que continúan en la actualidad, y han posibilitado el desarrollo de metodologías para la promoción, la recuperación y el cuidado de la salud de las mujeres, que se expondrán en el apartado 3.3.

A partir del feminismo radical se desarrollarán otras corrientes feministas que pondrán el acento en diferentes aspectos de la subordinación de las mujeres y, por tanto, propondrán diferentes estrategias políticas, que incidirán también en el ámbito de la salud.

El feminismo cultural puso en el centro de sus análisis y en su agenda política la lucha contra la violencia masculina hacia las mujeres, la perspectiva androcéntrica sobre la maternidad y la sexualidad (Lorde 2003; Rich 1983), la heterosexualidad como una institución necesaria en el orden patriarcal, visibilizando que el patriarcado se sustenta en la heterosexualidad obligatoria[28] (Rich 2001). Asimismo, subrayó la necesidad de tener en cuenta la intersección de la clase y la raza con el género, como sistemas de dominación que se entrecruzan.

Adrienne Rich sostuvo la tesis de que «la heterosexualidad, como la maternidad, tiene que ser reconocida y estudiada como institución política» (2001, 51), ya que son instituciones que suponen para las mujeres una doble carga de trabajo: «Necesitamos un sistema económico que entienda que la institución de la heterosexualidad, con su doble carga de trabajo para las mujeres y sus divisiones sexuales del trabajo, es la más perfecta de las relaciones económicas» (2001, 79).

[28] La frecuente utilización actual del término heteropatriarcado tiene el objetivo de visibilizar y señalar la importancia y centralidad de la heterosexualidad como institución necesaria para el patriarcado.

Rich visibilizó las consecuencias que la heterosexualidad, como institución del patriarcado, ha tenido para las mujeres lesbianas en particular, que «ha incluido, por supuesto, el aislamiento, el odio hacia una misma, la crisis nerviosa, el alcoholismo, el suicidio, y la violencia contra las mujeres» (2001, 66). Asimismo, desveló la intensa violencia institucional y social que se ha ejercido contra las lesbianas: «La heterosexualidad se ha impuesto a las mujeres tanto a la fuerza como de forma subliminal. Pero, en todas partes, las mujeres se han resistido a ella, frecuentemente al precio de la tortura física, el encarcelamiento, la cirugía psiquiátrica, el ostracismo social y la extrema pobreza» (Rich 2001, 71).

En su texto «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana» (Rich 2001), pone de manifiesto la ausencia e invisibilidad del lesbianismo incluso en obras fundamentales en el ámbito de la salud escritas por autoras feministas, como los textos de Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Sobre brujas comadronas y enfermeras* (1981) y *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres* (2010). También en el libro *Hacia una nueva psicología de la Mujer* de Jean Baker Miller, del que dice «está escrito como si las lesbianas simplemente no existieran, ni siquiera como seres marginales» (Rich 2001, 47). Por ello, en el feminismo cultural se considera de radical importancia la necesidad de reforzar y visibilizar los vínculos entre mujeres, incluidos los vínculos amorosos.

Rich denunció las múltiples violencias que se han ejercido históricamente sobre las mujeres: «… cirugía psíquica, la utilización en las mujeres de drogas peligrosas y/o pacificadoras (…) y por supuesto la toma violenta de los úteros de las mujeres pobres del tercer mundo por los agentes de la esterilización forzosa» (1983, 23). También se posicionó ante el aborto y denunció las campañas y la pornografía de la literatura antiabortista, llena de imágenes de fetos que muestran a las mujeres como asesinas y violentas, frente a la realidad de «miles de mujeres, principalmente mujeres pobres y negras, que han muerto y morirán por autopracticarse el aborto o por acudir a abortos ilegales y mal practicados (…), la violencia institucional o física contra las mujeres, a quienes obliga a tomar la decisión de abortar» (Rich 1983, 24).

Su propuesta política es poner en manos de las mujeres el control sobre sus cuerpos y sus vidas y romper de este modo la tradición histórica, que nombra como una enfermedad generacional:

> Más allá de los eventos del matrimonio y divorcio, más allá del evento de la maternidad, yace la necesidad política implacable para las mujeres de ganar control sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas. Debemos hacer

> esto por nosotras mismas, por cada una y por las demás; también podemos creer que a medida de lo hagamos, la enfermedad generacional se repetirá cada vez menos (Rich 2010, 323).

También Audre Lorde afirmó que el dominio y la subordinación a la que se hallan sometidas las mujeres enferma y mata: «¿A qué tiranías os sometéis día tras día, tratando de hacerlas vuestras, hasta que por su culpa enfermáis y morís, todavía en silencio?» (2003, 21). Lorde escribió *Los diarios del cáncer* después de haber pasado por una mastectomía como consecuencia de un cáncer de pecho. En ese texto expresa sus sentimientos y pensamientos sobre «el engaño de las prótesis, el dolor de la amputación, la función del cáncer en una economía de lucro, mi confrontación con la mortalidad, la fuerza del amor de las mujeres, y el poder y las recompensas de una vida consciente» (Lorde 2008, 1). Como acción política frente al cáncer de pecho, aplicó su propuesta de terminar con lo que llama la tiranía del silencio impuesta a las mujeres y transformar el silencio en lenguaje y acción (Lorde 2003, 1924): «¿Qué ocurriría si un ejército de mujeres con un solo pecho descendiera sobre el Congreso y demandara la prohibición del uso de hormonas carcinogénicas que se almacenan en los tejidos grasos?» (Lorde 2008, 6).

El pensamiento de la diferencia sexual abre otra línea de conceptualización e investigación de los procesos de salud-enfermedad-atención. Frente al feminismo que apela a la igualdad, un feminismo que entiende las diferencias de género como resultado de la construcción de la razón patriarcal, proponiendo como uno de sus objetivos prioritarios desenmascarar cuanto de interés patriarcal hay en las identidades de género masculino y femenino (Posada 2005a, 294), el pensamiento de la diferencia sexual apela a la diferencia femenina como fundamento de un feminismo de la diferencia, desmarcándose de un discurso reivindicativo que demanda igualdad (Posada 2005b, 277). El pensamiento de la diferencia reclama la recuperación y reconstrucción de la identidad y subjetividad femeninas, proponiendo el cultivo de una cultura, unos valores, una ética, un modo de actuar o de estar en el mundo, un pensamiento y un lenguaje específicamente femeninos, otro orden simbólico, el de la madre. Defenderán, por tanto, una política sexual que pasa por la afirmación de la diferencia sexual.

Su política se dirigirá a la creación de nuevas relaciones entre mujeres y de un simbólico femenino: el affidamento[29], la madre simbólica, la autori-

[29] «El affidamento es una relación política privilegiada y vinculante entre dos mujeres» (Rivera 1997, 76).

dad femenina, la mediación femenina, son conceptos que representan esta política. Como señala Luisa Posada, el pensamiento de la diferencia viene a dar un sentido al sentimiento de extranjería en el que las mujeres se viven en la sociedad patriarcal, que se manifiesta en todos los espacios sociales, el lenguaje, el derecho, la política y los discursos científicos y filosóficos. El pensamiento de la diferencia es una forma de enfrentarse al androcentrismo imperante, que opera bajo la apariencia de neutralidad, y a la invisibilización de las mujeres, al paradigma de la «indiferencia sexual» como lo ha denominado Consuelo Miqueo (2005, 381). El orden simbólico femenino que se propone vendría a compensar el orden masculino imperante (Posada 2005a, 307-308). En palabras de Mª Milagros Rivera, «la política de lo simbólico es una política muy eficaz. Cuando hago política de lo simbólico me ocupo de cambiar, no tanto la realidad, como mi relación con la realidad» (2001, 32). En ese sentido se afirma que *El patriarcado ha muerto* (Librería de Mujeres de Milán 1996) si las mujeres no le dan credibilidad en sus vidas. Por ello, quedan fuera de su punto de mira, de sus discursos y análisis, las estructuras materiales que determinan la vida de las mujeres, como la pobreza, la violencia o la carencia de derechos, expresada en el título de otro de sus textos, *No creas tener derechos* (Librería de Mujeres de Milán 1991). En este sentido, en relación a aspectos relacionados con la salud, el feminismo de la diferencia se posicionó contra la reivindicación del aborto libre. Lia Cigarini lo expuso así:

> Sobre el aborto nosotras hacemos un trabajo político distinto. No nos hemos adherido ni hemos participado en la manifestación a favor del aborto libre y gratuito (…), ninguna de nosotras está en contra de una reforma sanitaria y jurídica que se ocupe de la prevención del embarazo y, secundariamente, de su interrupción, pero de esto a hacer manifestaciones abortistas en general y, encima, con hombres, pasamos (1995, 76).

Asimismo, el pensamiento de la diferencia se posiciona contra la elaboración de leyes específicas que regulen el aborto o leyes contra la violencia hacia las mujeres, ya que serían leyes elaboradas por los hombres desde sus perspectivas androcéntricas:

> La despenalización, o sea que el Estado no legisle sobre el aborto (…), es suficiente cambiar, de la ley Rocco, el título del delito, que sea 'contra la moralidad pública y las buenas costumbres' sino 'contra la persona'. La

> puesta en juego era, y sigue siendo, una libertad femenina confiada a la práctica de las relaciones entre mujeres y no a las leyes del estado (Cigarini 1995, 76).

Las mismas posiciones se mantienen también ante las instituciones, por considerarlas fruto del pensamiento y el orden simbólico masculino y, por tanto, no representan a las mujeres, de modo que se oponen a la representación política (Posada 2005a, 302-304). Lia Cigarini afirma que el feminismo italiano «ha salido inmunizado contra 'el feminismo de Estado' que predomina en el resto de la Unión Europea» (1995, 76).

Es al desorden simbólico al que se atribuyen las causas de las patologías típicamente femeninas, como la histeria, la melancolía o la depresión, así como a la separación de la niña de los vínculos y de su originaria unidad con la madre (Posada 2005b, 287). Los textos de la psicoanalista Luce Irigaray contienen numerosos análisis de las causas que llevan a las mujeres a la enfermedad, así como una crítica a las prácticas clínicas y los tratamientos de la psiquiatría y la psicología. Irigaray, en su conferencia *Las mujeres y la locura* (1985, 5-17), pronunciada en el coloquio sobre salud mental celebrado en Montreal en 1980, manifestó al auditorio que la elección de este tema contribuía a sacar del silencio un sufrimiento masivo de las mujeres que con demasiada frecuencia se mantiene escondido (Irigaray 1985, 5) y expresó su sorpresa ante el hecho de que la mayoría de las personas que asistían a ese coloquio fuesen mujeres:

> Tan pocos profesionales hombres hayan venido a escuchar lo que pueden decir las mujeres sobre su locura. Su ausencia, siendo como son mayoritariamente los médicos de esas mujeres enfermas, constituye un síntoma de su práctica clínica, concretamente psiquiátrica. Al parecer, poco les importa lo que dicen las mujeres. Se bastan por sí mismos para saber qué ocurre con ellas y el tratamiento que deben recetarles o imponerles. Ninguna necesidad de escucharlas, a ellas (Irigaray 1985, 5-6).

Señala que esta ausencia masculina responde al registro del poder, a que no dominan el coloquio, al registro de la indiferencia sexual, o al desprecio, porque no se deberá a la vergüenza, vistas las estadísticas sobre el estado de salud de las mujeres. Y concluye que, en cualquier caso:

> Esta ausencia constituye por sí sola una explicación de la locura de las mujeres, su palabra no se oye. Lo que ellas dicen no tiene derecho de ciudadanía en la elaboración de los diagnósticos, de las decisiones terapéuticas

> que las afectan. Los discursos y prácticas científicas serias siguen siendo privilegios de los hombres (Irigaray 1985, 6).

El silencio de las mujeres se debe a que su deseo no puede ser expresado, en el mismo sentido que Lia Cigarini considera que la mujer muda y la mujer histérica son «los síntomas de una condición femenina irreductible a la racionalidad política clásica de los paradigmas de la emancipación y de la liberación» (1995, 15-16). El silencio no será carencia, sino deseo. En el mismo sentido, la histeria anuncia la necesidad de la mediación femenina.

En relación a la sexualidad, Irigaray afirma que las mujeres, con frecuencia, son completamente desgraciadas, están paralizadas, se dicen frígidas, porque no llegan a abrirse dentro de terminado modelo normativo, el modelo fálico, en el que su sexualidad tampoco puede ser expresada: «La teoría analítica está sometiendo a la mujer a una heterosexualidad normativa, corriente en nuestras sociedades, pero completamente patógena y patológica» (Irigaray 1985, 16), señalando que el amor a las mujeres es necesario para no seguir siendo servidoras del culto fálico, u objetos de uso y de intercambio entre los hombres, objetos rivales en el mercado, lugares en los que la cultura patriarcal y la sexualidad masculina han situado a las mujeres. En su texto *Yo, tú, nosotras* (Irigaray 1992), señala que son los comportamientos de los hombres los que dañan la salud de las mujeres:

> Amenazan en estos momentos nuestras vidas y nuestra salud física y moral, sean curiosos juegos sexuales entre hombres (…), este tipo de economía recuerda a la descrita por Freud como economía sexual masculina: tensión, descarga y vuelta a la homeostasia (…), es el tipo de economía que dicta la ley en todo lugar, en todo tiempo, la que directa o indirectamente nos enferma, incluso a través de la ciencia médica (Irigaray 1992, 62).

Realiza una fuerte crítica al elogio y valoración de la sociedad a la medicina sofisticada y tecnológica frente a la medicina preventiva, «el culto a los avances médicos o biológicos que no quiere reconocer: 1) los peligros cotidianos de nuestra cultura, 2) los estragos provocados por la propia medicina». Señala también que la medicina suele «diagnosticar como enfermedad física o mental lo que es una opción política» (Irigaray 1992, 74).

En su texto «¿Qué o quién es tu salud?» (Irigaray 1992, 97-101) se pregunta cómo definir la salud de las mujeres, que a menudo se encuentran algo enfermas, atribuyendo la causa a que casi nada en la sociedad actual les per-

mite ser sujetos femeninos sexuados, no existen lugares para afirmarse como yo, mientras, por el contrario, tienen que soportar continuamente las afirmaciones de otros, en discursos, en imágenes, en actos, particularmente con una utilización mercantil de sí (Irigaray 1992, 97):

> Pienso que la salud de las mujeres sufre, sobre todo, de una falta de afirmación de sí y de una definición prohibida o imposible de sí como sujetos y objetos por y para ellas mismas. Están privadas de un orden subjetivo que unifique su vitalidad corporal. Un cuerpo que no puede estar sano más que teniendo un proyecto u objetivo personal, espiritual, que lo organice y anime. Sin esta dimensión, contrae forzosamente muchas enfermedades, se desorganiza, sin solución médica posible. El recurso a la terapia exclusivamente somática corre el riesgo de perder sus ya escasas posibilidades de lograr una curación auténtica (Irigaray 1992, 101).

Señala también los sufrimientos que la sociedad impone a las mujeres, la soledad en los partos, «en su desfloración y en la mayor parte de las relaciones sexuales, que aún se mantienen en secreto y que representan para muchas mujeres una prueba física y espiritual por falta de cultura sexual» (Irigaray 1992, 97). Y plantea lo que, en su opinión, necesitan las mujeres para gozar de buena salud: reconocimiento y reciprocidad en todos los ámbitos de la vida, reconocimiento y toma de conciencia de su diferencia sexual, aspectos subjetivos y aspectos políticos, por tanto. Para recuperar la salud señala como un aspecto crucial la necesidad de la amistad y el respeto entre mujeres y, a veces, recurrir a una ayuda terapéutica que tenga este mismo marco de comprensión de la salud y el malestar de las mujeres, ya que, «las relaciones médico-paciente recuerdan en cierta forma a las relaciones de poder sexual que se dan aún en muchas parejas» (Irigaray 1992, 61). Así, propone a las mujeres:

> Deben descubrir por sí mismas los caracteres de su identidad sexual. Necesitan también reciprocidad en la diferencia sexual, en el amor, en la cultura, en la sociedad, en la política. La humanidad está compuesta de dos identidades subjetivas diferentes con sus propios objetos y objetivos. Es profundamente patológico y patógeno que los derechos objetivos y subjetivos estén tan desigualmente repartidos. Existe una iniciación subjetiva que puede ayudar a las mujeres a 'sanar'. Para ello se requiere al menos: comprender el alcance de la cuestión y darse cuenta de la amistad y el respeto mutuo que se necesitan para tratar de resolverla: una información cul-

> tural rigurosa; y, a veces, el recurso a la ayuda terapéutica psicológica. De ahí la necesidad de formar terapeutas adecuados para las mujeres (Irigaray 1992, 101).

Irigaray también aborda el tema de la edad, el envejecimiento y el ciclo vital de las mujeres. Señala que la vida de las mujeres está marcada por una serie de acontecimientos que definen las etapas de su edad: pubertad, desfloración, concepción, gestación, parto, lactancia, maternidad (Irigaray 1992, 111). Mantiene aquí una perspectiva reproductivista, ligando las etapas de la vida de las mujeres al ciclo fértil: «Todas las mujeres deben redescubrir su virginidad como un bien de su cuerpo y de su espíritu (…), las mujeres deben cultivar una doble identidad: vírgenes y madres, en función de cada una de las etapas de su vida» (Irigaray 1992, 112).

En el ámbito de la salud, el pensamiento de la diferencia sexual ha introducido conceptos y categorías que iluminan aspectos relacionados con la vivencia del cuerpo, la subjetividad, con las relaciones entre profesionales y usuarias y sus experiencias ante la enfermedad y el dolor. En la introducción al libro *Dos para saber, dos para curar* (Hipatia 2004), en el que se analiza la relación terapéutica en la experiencia clínica cotidiana, Consuelo Miqueo y María Jesús Murria señalan que la pertenencia a la misma comunidad intelectual, el feminismo de la práctica de la diferencia sexual, «ha hecho posible encontrarse en relación de paridad (de autoridad y no de jerarquía) a médicas, enfermeras o auxiliares y enfermas» (2004, 7). El pensamiento de la diferencia sexual es también «una novedad epistémica infinitamente más atractiva que la 'medicina basada en la evidencia' (…) porque planteaba el papel de 'sujeto del saber' del paciente» (Miqueo y Murria 2004, 9).

Historiadoras feministas en España incorporan las categorías desarrolladas por el pensamiento de la diferencia en sus investigaciones en el ámbito de la salud. La categoría de autoridad frente a la de poder ha permitido revalorizar, reconceptualizar y reescribir la historia de las mujeres sanadoras en la Edad Media, resaltando que aunque las sanadoras no tenían poder, establecían relaciones en las que se les reconocía autoridad (Cabré y Salmón 2001). El pensamiento de la diferencia sexual aplicado al ámbito de la salud ha impulsado el estudio y la investigación de las formas de enfermar de las mujeres y sus manifestaciones, poniendo el énfasis en hacer visibles las diferencias y no tanto las desigualdades. Así, los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad y el cuerpo femenino serán temas centrales: «En el marco conceptual feminista el sitio primario de localización del sujeto es el cuerpo.

El sujeto ya no es una entidad abstracta sino material, una entidad encarnada o corporeizada. Pero el cuerpo no es una entidad natural sino una entidad cultural, codificada socialmente» (Miqueo 2011, 123).

Asimismo, el pensamiento de la diferencia sexual ha potenciado la crítica feminista al androcentrismo en la ciencia y la visibilidad de las aportaciones de las mujeres, planteando la necesidad de mantener la diferencia sexual, como expresa Consuelo Miqueo:

> Por eso se dice que el proyecto feminista, que es un proyecto de redefinir la subjetividad femenina en términos de diferencia sexual, tiene una dimensión epistemológica pero también ética, al centrarse en los valores alternativos que las mujeres pueden aportar. Lo que se busca respecto a las mujeres es su integración en la comunidad científica pero conservando la diferencia (2011, 125).

El pensamiento de la diferencia se aplica como paradigma epistemológico, incorporando los conceptos del pensamiento de la diferencia sexual a la crítica epistemológica feminista. Así, la práctica desde el sí, el partir de sí, es conceptualizada como una herramienta epistemológica para generar un conocimiento situado. Se plantea la necesidad de traer a la ciencia el orden simbólico de la madre. Consuelo Miqueo lo expresó de este modo:

> Muchas teóricas del feminismo han defendido y practicado una doble misión intelectual (que algunas consideran incompatible) como es criticar la construcción de la feminidad según el modelo opresivo y devaluador característico del patriarcado y, al mismo tiempo, convertir las tradiciones culturales y las modalidades cognitivas de las mujeres en una fuente de afirmación positiva de otros valores. El pensamiento feminista de la diferencia sexual ha establecido una conexión entre la política y la epistemología como términos de un proceso que construye también al sujeto en cuanto agente material y simbólico. En esta posición late la propuesta de un empoderamiento de la subjetividad femenina (2011, 121-122).

El pensamiento de la diferencia sexual establece fuertes conexiones con el ecofeminismo. El ecofeminismo incorpora la perspectiva feminista en el movimiento ecologista, iluminando aspectos de la opresión de las mujeres que quedaban enterrados. En el ecofeminismo, la preocupación por la salud es un aspecto importante. Viene a señalar los efectos sobre la salud de las mujeres

de la tecnociencia, del medio ambiente contaminante, del uso de pesticidas y fertilizantes en la agricultura, de la introducción de las semillas de alto rendimiento, del complejo científico, económico, industrial y militar, del impacto de la globalización neoliberal, que implica nuevos peligros sobre la salud de las mujeres, de un modo especial en las mujeres del tercer mundo. Denuncia los intereses de las multinacionales farmacéuticas, los peligros vinculados a la creciente manipulación tecnológica del cuerpo con las técnicas de reproducción asistida y de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. Alicia Puleo señala que:

> El movimiento de mujeres en torno a la salud ha llevado a cabo y continúa realizando numerosas campañas, algunas por internet, sobre la contaminación y la iatrogenia. Así, por ejemplo, en 2002, la Red Medioambiental de Mujeres, con sede en Londres, denunció la pasividad institucional ante el alarmante aumento del cáncer de mama en los últimos cincuenta años debido principalmente a la contaminación ambiental con xenoestrógenos (…). En esta campaña se observaba que la medicina habla de factores genéticos o culpabiliza a las propias mujeres, insistiendo en los estilos de vida (por ejemplo, en la falta de ejercicio físico) pero poco o nada dice de la principal causa, totalmente ajena a la decisión individual de las afectadas: una alimentación y un medio ambiente tóxicos (2010, 127).

Asimismo, Puleo también menciona el nuevo síndrome de hipersensibilidad química múltiple, que afecta en mucha mayor proporción a las mujeres, puesto que las sustancias tóxicas se fijan con mayor facilidad en la grasa corporal de las mujeres (2010, 128). El ecofeminismo también ha contribuido a generar una ginecología alternativa, frente a los tratamientos ginecológicos invasivos y los intereses económicos de médicos y laboratorios farmaceúticos. Algunos centros de salud para mujeres, como el Dispensario de Salud para Mujeres creado en Ginebra, son buena muestra de ello (Nissim 1985).

El texto de Mary Daly, *Gyn/Ecology*, *the methaethics of radical feminism*, (1978), es un texto en la línea del ecofeminismo clásico, de carácter fuertemente esencialista. Es esta una línea dentro del marco del feminismo de la diferencia, que señala que las mujeres están predispuestas a la preservación de la naturaleza y al pacifismo. Deriva en un misticismo, en la búsqueda de una nueva espiritualidad femenina, el culto a las diosas, y al carácter sagrado de la naturaleza. Puleo clasifica los ecofeminismos en clásico, espiritualista y feminismo ecologista. Las aportaciones del ecofeminismo al ámbito de la sa-

lud en su versión clásica, están teniendo repercusiones en la naturalización de las mujeres desde un planteamiento esencialista, al entender que tienen una mayor proximidad a la naturaleza de una forma más instintiva, volviendo a la idealización de la maternidad y a proponer que las mujeres se dediquen a las funciones de mantenimiento de la vida. De aquí se derivan las corrientes de la naturalización del parto y la lactancia materna. Las corrientes espiritualista y ecologista inciden, sin embargo, en la necesidad de acciones comunitarias y colectivas de empoderamiento de las mujeres. Asimismo, el ecofeminismo engarza con toda una corriente feminista en el movimiento de mujeres por la salud, que denuncia la medicalización, los intereses económicos de las farmacéuticas, la influencia específica del medio ambiente en la salud de las mujeres y en la potenciación de enfermedades como el cáncer de mama o de nuevos síndromes, como el síndrome de sensibilidad química múltiple.

Siguiendo el análisis que realiza Sara Velasco (2009a), el ecofeminismo espiritualista busca mantener en manos de las mujeres el control de los alimentos y del medio ambiente, el acceso de las mujeres a la producción y el control de los bienes. Vandana Shiva lidera este ecofeminismo, que pone en el centro de los análisis la pobreza, la explotación de las mujeres y el expolio de la naturaleza, que afecta especialmente a las mujeres del tercer mundo, y plantea el acceso de las mujeres a la producción y al control de los bienes, al agua y a la tierra misma. Así, Vandana Shiva advierte que lo que se denomina desarrollo es un proceso de mal desarrollo, fuente de violencia contra las mujeres y la naturaleza en todo el mundo y tiene sus raíces en los postulados patriarcales de homogeneidad, dominación y centralización (Velasco 2009a, 69-70).

El feminismo posestructuralista o postmoderno y la teoría queer y transgénero ponen en el centro de sus discursos la ruptura con el sistema heterocentrado, las identidades fijas y estables sexo/género, cuestionando la lógica binaria del dimorfismo sexual y el dimorfismo de género. Los dilemas principales en los que se centra son la identidad, la subjetividad y los mecanismos de poder (Velasco 2009a, 82). La reivindicación central es libertad para elegir la identidad y la ruptura con las normatividades sexuales y de género:

> La teoría queer y transgénero trata de gays, lesbianas bisexuales, transexuales o personas intersexos, diversidad de identidades en cuerpos biológicos que pueden ser de hombre o de mujer o en pasos físicamente intermedios, además de orientaciones sexuales que también se pueden distribuir de maneras no previsibles y no normativizadas (Velasco 2009a, 83).

Concluye Velasco que para la óptica de la atención a la salud esto significa:

> Tener presentes factores de vulnerabilidad que proceden de las identidades y muy especialmente de la estigmatización, discriminación y exclusión de las personas que no consiguen identificarse con un lugar de hombre o mujer clásicos y su exposición casi constante a ser objetos de violencia. Tener presente que la 'melancolía de género', el duelo por la identidad de la que habla Judith Butler está detrás de la depresión y la mayor incidencia de suicidios entre las personas con identidades no heterocentradas (2009a, 83).

Velasco, a partir de la propuesta de Butler de la performatividad de género, viene a señalar que:

> No hay un género femenino o masculino, sino modelos de género: tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario y otros posibles, que proponen roles de género a hombres y mujeres acordes con cada uno de estos modelos. Cada rol de género se acopla con un tipo de identidad o subjetividad (2009a, 112).

Sara Velasco los incorpora en su modelo de intervención en salud como determinantes psicosociales de género (2009a, 147-186). Hace hincapié en la necesidad de tener presentes los factores de vulnerabilidad para la salud que proceden de las identidades, y muy especialmente de la estigmatización, discriminación y exclusión de las personas que no consiguen identificarse con un lugar de hombre o mujer clásicos y su exposición casi constante a ser objetos de violencia. Este planteamiento contribuye a romper con el sistema heterocentrado. Sin embargo, no ha contribuido a la visibilidad lésbica, que de nuevo queda sumida en lo LGTB. Como observó Sara Velasco:

> La identidad lésbica ha atravesado de puntillas y silenciosamente en el feminismo prácticamente desde sus comienzos, tan silenciosa e invisible como lo ha hecho en la sociedad del siglo XX. Apenas ha ocupado espacios periféricos en el discurso feminista, aún cuando este discurso fuera mantenido por lesbianas feministas (2009a, 82).

Los discursos del feminismo trans ponen en entredicho el modelo sexo/género hegemónico, «defendiendo la existencia de una enorme variabilidad de posiciones de sexo y género que pretenden ser acalladas mediante la

aplicación de mecanismos médicos de normalización» (Ortega et al. 2014, 564-565). En el ámbito de la salud se están produciendo procesos de empoderamiento y expertización de los colectivos sociales trans, que salen de la condición de meros pacientes para asumir un papel activo y reclamar el reconocimiento de sus propios saberes y la participación en los procesos de elaboración de diagnósticos y protocolos, así como en las prácticas de atención y cuidado. En ese sentido, *La Guía de Buenas Prácticas*, en la que se ha implicado la Red Internacional por la Despatologización Trans, enfatiza un modelo cooperativo centrado en el paciente, en el que los profesionales médicos acompañen y asesoren sin imponer tratamientos. Han de reconocer el saber experto compartido entre profesionales médicos y personas trans (Ortega et al. 2014, 565).

García Dauder resume las convergencias, diálogos y alianzas entre las luchas feministas y el activismo intersexual, que en sus comienzos, señala, han tenido una genealogía feminista, aunque no siempre hayan ido de la mano o compartido las mismas agendas y prioridades. Comparten la lucha común en el terreno de las políticas sexuales, la crítica a la medicalización de los cuerpos y la defensa de la pertenencia del propio cuerpo. El activismo intersexual lucha contra las múltiples violencias normativas basadas en la naturalización del dualismo sexual y sus morfologías ideales y la opresión hacia aquellas personas que no encajan en las normas estereotipadas de sexo/género. Consideran como violencias de género las tecnologías médicas que corrigen la variabilidad, haciendo cuerpos normativamente masculinos o femeninos (García Dauder 2014, 514). Por eso, señala:

> Una agenda feminista que quiera luchar contra la violencia de género debería incidir en las microviolencias de género, reactualizadas cotidianamente e institucionalizadas, contra aquellas personas que no encajan en este engranaje social construido sobre la naturalización de la dualidad sexual (García Dauder 2014, 515).

El feminismo trans vuelve a poner en el centro de los discursos la sexualidad con el objetivo de «socavar el orden heteropatriarcal hegemónico» (Posada 2015, 50), reivindicando otras sexualidades no heterocentradas, aunque considerando lo gay y lesbiano como políticas reformistas e institucionalizadas, rechazando, de este modo, no solo las reclamaciones identitarias de estos colectivos, sino invisibilizando el feminismo lesbiano y su contribución crucial a la visibilidad de la heterosexualidad obligatoria como una institución

del patriarcado y el lesbianismo como una herramienta de emancipación para las mujeres. Las teorías queer demandan reconocimiento de las sexualidades no normativas, pero no vindican transformaciones en las condiciones materiales de la desigualdad (Posada 2015, 61). Se articulan fundamentalmente en torno a las políticas de reconocimiento y no a la redistribución (Fraser y Honneth 2006).

Los diversos marcos teóricos feministas han generado diferencias en las formas de conceptualizar la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres, así como diferentes líneas de investigación y desarrollo de la teoría feminista en salud, que en el conocimiento actual sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, se incorporan e interrelacionan. En las diferentes teorías sobre la salud desde el modelo biomédico, estaba ausente e invisibilizada la existencia de las mujeres. El feminismo viene a visibilizarla y se ocupa, dependiendo del marco teórico desde el que se parte, de las diferencias, desigualdades y relaciones entre los sexos, de la diferente valoración cultural y social y de la jerarquía, las relaciones de opresión y poder y sus repercusiones en la salud de las mujeres. Desde el feminismo se han creado nuevos modelos de atención a la salud, críticos con el modelo hegemónico, que cuestionan la determinación biológica de la salud, introduciendo los factores sociales y la subjetividad. La enfermedad será un proceso biopsicosocial y expresión de los conflictos derivados de la posición de género. El concepto de malestar de las mujeres se ha constituido en una categoría central y se ha incorporado al conocimiento feminista en salud, en el análisis y las propuestas para la promoción y la atención a la salud de las mujeres, generando una línea de investigación e intervención que será descrita en el capítulo 3.

Sara Velasco en su libro *Sexos, género y salud* (2009a, 95-120) reconoce el desarrollo de tres líneas sucesivas de intervención e investigación en salud, relacionadas con el desarrollo de la teoría feminista, analizando su vigencia y sus limitaciones. La primera, a la que nombra como *Salud de las Mujeres*, comienza con el movimiento de salud en el feminismo radical y la considera una etapa pre-género. Esta etapa, que se desarrolla fundamentalmente desde los años setenta hasta los noventa, aunque sigue vigente en la actualidad, recibe las influencias de prácticamente todas las corrientes de pensamiento feminista coetáneas (Velasco 2009a, 96). Se centró en la salud de las mujeres y en aspectos relacionados fundamentalmente con dos áreas: los derechos sexuales y reproductivos y la salud mental. Así, la vivencia de la sexualidad, la anticoncepción, el aborto, la maternidad, el embarazo, parto, puerperio, la menopausia, el tratamiento de las infecciones de

transmisión sexual y del cáncer ginecológico, el parto en casa o en clínicas que presten una atención desmedicalizada y no tecnificada. En el área de la salud mental, la línea abierta por Betty Friedan, ajustarse a los mandatos de género para las mujeres es lo que produce el malestar y la pérdida de salud, es continuada en el marco del feminismo radical. La socialización y el modo de vida impuesto por el patriarcado, la confinación de la vida a los roles impuestos, son los causantes de la mala salud mental. Estos análisis comienzan a apoyarse en estudios sociológicos y epidemiológicos. Se pone el acento también en las actitudes sexistas de terapeutas, que perpetúan los roles tradicionales. Se denuncia la culpabilización de las mujeres y el concepto de madre patógena, que responsabilizaba a las mujeres de toda problemática en las hijas e hijos.

La segunda línea, a partir de la incorporación del análisis de género en los años noventa, añade el estudio de las desigualdades de género en salud y los sesgos de género en la atención sanitaria. Se desarrolla principalmente en el campo de los estudios epidemiológicos y en las políticas públicas en salud, con el objetivo de conseguir igualdad y equidad. A pesar de que en sus inicios el género se trata como una variable prácticamente equivalente al sexo, ya que lo único que se hace es desagregar los datos por sexos, ha tenido el valor de visibilizar a las mujeres sin que queden ocultas tras el patrón masculino, aunque no se analiza cómo y por qué enferman las mujeres (Velasco 2009a, 105). Un segundo paso es el estudio y la descripción de la morbilidad por sexos, buscando diferencias que puedan constituir desigualdades de género, es decir, diferencias evitables, innecesarias e injustas debidas a modos de vida determinados por el género. Se incorporan en las investigaciones variables con potencial explicativo de género, teniendo en cuenta los análisis feministas. Así, el estado civil, ya que estar casada es un factor de riesgo para las mujeres y un factor protector para los hombres. Se investigan también factores socioeconómicos, como el trabajo, las condiciones y tipo de trabajo, la doble jornada, el ejercicio de múltiples roles como los cuidados. Se tiene en cuenta la clase social. Se investigan los sesgos de género en la práctica clínica, identificando diferencias de trato, de esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Carmen Valls crea el concepto de morbilidad diferencial que hace visibles los diferentes modos de enfermar de las mujeres y de los hombres (1990). Emergen nuevas temáticas como la violencia contra las mujeres y sus repercusiones en la salud, la salud de las mujeres inmigrantes y continúan presentes la salud reproductiva y sexual y la salud mental, asuntos que han penetrado en la agenda política sanitaria y de investigación.

En la tercera línea, el género será considerado un factor determinante de salud y enfermedad, que tiene en cuenta no solo los factores sociales, sino también la subjetividad y las identidades de género. Se incorpora el género como categoría de análisis de las condiciones sociales y de las relaciones entre mujeres y hombres, así como de las formas de vivir y enfermar de unas y otros. Se abordan los condicionantes psicosociales de género como determinantes de la salud, considerándolos como procesos de vulnerabilidad y riesgo. No será un proceso de medida, sino de análisis e interpretación de los mecanismos que funcionan en las relaciones entre mujeres y hombres y cómo transformarlos. Sara Velasco los define así:

> Estos condicionantes de género son aquellos roles asignados a mujeres y hombres por los modelos culturales de género, las actitudes procedentes de aquellos imperativos de género a cumplir, la necesidad de responder a modelos e ideales de género y las posiciones psíquicas de feminidad y masculinidad, construidas subjetivamente a partir de aquellos modelos interiorizados. Son relaciones y actitudes de poder/subordinación y actividad/pasividad de los sexos. En definitiva es incluir los factores sociales y psíquicos de género y la subjetividad o experiencia vivida. En esta línea se plantea la búsqueda de las causas de las diferencias y desigualdades, y la transformación social y personal de esas causas (2009a, 110).

Estos análisis y modelos de atención se aplican a patologías prevalentes en las mujeres: el dolor, con especial atención a los síndromes emergentes como la fibromialgia y la fatiga crónica; los problemas comunes de salud mental, desarrollando visiones más complejas del malestar de las mujeres, que incorporan también los aspectos relacionados con el ciclo vital, como la menopausia y el climaterio, las identidades y la construcción de las subjetividades femenina y masculina.

Como conclusión, a partir del feminismo radical se abordaron, por primera vez, temas que siguen siendo centrales para la salud de las mujeres, como la vivencia del cuerpo y la sexualidad, el autoconocimiento, la autonomía en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva; se realizó una profunda crítica al sistema médico y sanitario, a su poder y al control que ejercía sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres, crítica que ha sido una de las grandes líneas de investigación en la epistemología feminista; se reivindicó la inclusión en la atención sanitaria de las necesidades de las mujeres desde una perspectiva no reproductivista y un paradigma de atención que tuviese en

cuenta los aspectos psicosociales y la desigualdad de género en los procesos de salud-malestar-enfermedad. La radicalidad de las prácticas y discursos del feminismo radical y la importancia de esos planteamientos para la transformación de la vida de las mujeres pusieron las bases para el posterior desarrollo del feminismo en el ámbito de la salud. En el feminismo contemporáneo, la salud es una de las áreas relevantes de estudio, investigación, teorización, práctica, activismo y crítica feminista, aspectos que serán desarrollados en los capítulos siguientes.

2. Estudios crítico-feministas de las ciencias de la salud

A partir de la década de los ochenta, el feminismo se realizó una profunda crítica al paradigma científico positivista imperante, desvelando el sexismo y el androcentrismo en la ciencia, cuestionando los presupuestos científicos de objetividad, neutralidad y universalidad. El objetivo de este capítulo es dar cuenta de cómo se han desarrollado y aplicado los análisis crítico-feministas a la ciencia al ámbito específico de las ciencias de la salud en el contexto español.

Para ello, en primer lugar, describiré el proceso de incorporación y desarrollo en España de la crítica epistemológica feminista a la ciencia. En segundo lugar expondré la aplicación de los análisis y estudios crítico-feministas a las ciencias de la salud de un modo global, y de una forma específica, a la medicina y la psicología. Por último, dedico un apartado a los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género, como un exponente del desarrollo de los discursos crítico-feministas a las ciencias y, especialmente, su progresiva incorporación al campo de la salud.

2.1. Crítica feminista a la ciencia

La teoría feminista viene desvelando las trampas y la misoginia de los discursos patriarcales en todos los ámbitos y sus repercusiones en la vida de las mujeres. También ha interpelado a la ciencia, a pesar de ser considerada un saber objetivo y tener un estatuto de discurso de la verdad, mostrando la importancia de su papel como legitimadora de la discriminación y subordinación de las mujeres. Como señaló la historiadora de la ciencia, Teresa Ortiz, «la teoría feminista se centra en desvelar los valores patriarcales presentes en la ciencia, es decir, los valores del sistema de dominación masculino, con el objetivo de construir una ciencia y un mundo en el que las diferencias sexuales no impliquen desigualdad social, económica, política o investigadora» (1999, 84).

La epistemología feminista se suma a las epistemologías críticas de la ciencia moderna en el cuestionamiento de su pretendida objetividad, neutralidad y universalidad, considerados como sus principios básicos, añadiendo una nueva dimensión crítica, ya que como señaló la filósofa Diana Maffía, «aún los más agudos análisis del sesgo ideológico o valorativo que el investigador imprime a su producto ni siquiera rozan la cuestión del sexismo» (Maffía 2001, 407).

El análisis crítico-feminista del ámbito científico, así como el consecuente planteamiento de la necesidad de su transformación, son aspectos clave en la teoría feminista por varios motivos. Por una parte, el conocimiento generado en el marco científico fue construido sin las mujeres hasta el siglo XX, ya que el acceso a la universidad les estuvo vetado hasta finales del siglo XIX y, por tanto, la participación en las actividades científicas y en el conocimiento institucionalizado. Como manifestó Sandra Harding, hubo una «masiva oposición histórica a que las mujeres tuvieran a su disposición una educación, títulos y trabajos» (Harding 1996, 20).

Por otra parte, las temáticas objeto de investigación dejaron de lado los intereses, situaciones, experiencias y necesidades de las mujeres y los métodos de investigación fueron desarrollados desde la parcial perspectiva masculina, considerando no científicas otras formas de conocimiento desarrolladas mayoritariamente por las mujeres. Como consecuencia, las contribuciones de las mujeres al conocimiento fueron devaluadas y su autoría negada.

La historia de las mujeres científicas y sus aportaciones al conocimiento ha sido sistemáticamente ocultada, silenciada e invisibilizada, como ha puesto de manifiesto, especialmente, la historiografía feminista. Como consecuencia de este proceso histórico, en las últimas décadas, cuando en algunas partes del mundo las mujeres acceden al ámbito académico de forma masiva, han de enfrentar no solo el sexismo, la discriminación y la división sexual del trabajo en la ciencia, sino la misoginia de los discursos en las diversas disciplinas y el androcentrismo del conocimiento, discursos que han contribuido a naturalizar la desigualdad, a legitimar la subordinación y discriminación de las mujeres, basándose en su biología y su capacidad reproductiva, reforzando la devaluación de sus capacidades para el pensamiento y el desarrollo profesional en todos los ámbitos, incluido el científico.

Por todo ello, el descubrimiento y la desarticulación de los discursos patriarcales en la ciencia es una tarea fundamental para el feminismo, ya que además, las narrativas científicas, y de un modo especial las sanitarias, han tenido y tienen una importante dimensión normativa en la vida de las muje-

res, teniendo en cuenta «el poder que tiene la ciencia para conformar nuestras vidas, sobre todo en su faceta actual de tecnociencia» (Magallón 2001, 214), un poder, como señala la historiadora Mónica Bolufer, que se deriva del prestigio social de la ciencia como discurso de la verdad:

> Reconocimiento y prestigio que ha adquirido como saber más autorizado y discurso de la verdad, apelando a la 'naturaleza' como evidencia supuestamente incontrovertible, así como el papel determinante que desempeñan las representaciones y los discursos científicos, estructurando y condicionando las visiones del mundo, experiencias y prácticas de vida (2007, 637).

Todos estos aspectos han conducido, a partir de la década de los años sesenta en el mundo anglosajón, en España en la década de los ochenta, al desarrollo de una profunda crítica epistemológica y a numerosas investigaciones que desvelan el androcentrismo científico, la ideología sexista del conocimiento y su papel en la perpetuación de la subordinación de las mujeres, así como a la búsqueda de otros paradigmas que incorporen el punto de vista feminista y que transformen la ciencia. Como señala la historiadora de la medicina Consuelo Miqueo:

> 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 investigación, guiados por una palabra clave, sesgos de género (2008, 158).

En la década de los noventa se traducen y publican en España los ya tradicionales textos de crítica feminista a la ciencia: *Reflexiones sobre género y ciencia* de Evelyn Fox Keller (1991), publicado por primera vez en 1985; *Ciencia, cyborgs y mujeres* de Donna J. Haraway (1995), editado originariamente en 1991 y *Ciencia y Feminismo* de Sandra Harding (1996), aparecido en 1986. Los análisis feministas de la ciencia en estas obras y los diferentes planteamientos y debates intrafeministas que suscitaron, serán incorporados en España por académicas de diferentes disciplinas (historiadoras de la ciencia, filósofas, antropólogas, sociólogas, médicas, psicólogas, biólogas) e investigadoras que estudian epistemología y teoría del conocimiento, y serán citadas y divulgadas en los textos

sobre crítica feminista a la ciencia, constituyéndose como referencias de numerosas investigaciones.

No obstante, ya en 1982, cuando todavía no se habían editado los textos de Sandra Harding y Evelyn Fox Keller, se publica en España *Liberación y Utopía,* una obra colectiva coordinada por la socióloga Mª Angeles Durán, en la que se recogen trabajos sobre ciencia y feminismo de mujeres que, entonces, eran jóvenes académicas, y en la actualidad son reconocidas teóricas feministas. La obra responde, como manifiesta en el prólogo Mª Angeles Durán, al malestar intelectual que sienten todas ellas en sus respectivas disciplinas ante la parcialidad de los contenidos de la cultura, los problemas epistemológicos y metodológicos en sus áreas de conocimiento y la creencia de que la ciencia debe estar al servicio de la liberación colectiva. Sus trabajos abordaban la relación entre las mujeres y la ciencia en diversas disciplinas, entre otras la filosofía (Amorós 1982), la lingüística (Demonte 1982), la psicología (Fernández Villanueva 1982), la historia (Segura 1982), y la medicina (Bernis y Cámara 1982). Asimismo, en 1987 se publica *Mujeres: ciencia y práctica política* (Amorós et al. 1987), obra que recoge las ponencias presentadas en un seminario sobre esta temática, realizado en 1985 en la Universidad Complutense. En el prólogo se exponen los motivos que llevaron a la organización de este seminario: la participación masiva de mujeres en la Universidad y el deseo y la necesidad de abrir un espacio de debate sobre sus problemas e interrogantes como docentes e investigadoras. Celia Amorós expresó así la realidad que encontraban en el ámbito académico:

> La ciencia es un medio de conocimiento y de análisis de una realidad que deseamos transformar porque vivimos en ella y no nos gusta (…). La ciencia puede ser progresista y transformadora o retrógrada y reaccionaria. Por ello, en muchos casos nos sentimos atacadas por ella, aun cuando se presenta como aséptica y neutral, pero sin voluntad de avance, sino, al contrario, como soporte de una situación de hecho (Amorós et al. 1987, 6-7).

Y señala también un doble propósito en la organización de aquel seminario:

> En primer lugar, la denuncia que hacemos de la herencia científica recibida. En segundo lugar, la necesidad de crear modelos teóricos y métodos de investigación (…), la necesidad de plantear la crítica feminista de la Ciencia, de suerte que la ciencia nos permita un conocimiento del mundo no distorsionado por parámetros epistemológicos centrados en valores de

> quien tiene el poder y el dominio en una sociedad jerarquizada, patriarcal y androcéntrica. Más aún, la investigación científica debe proporcionar elementos que permitan elaborar estrategias políticas, encaminadas a la transformación de esa sociedad desigual, en otra de la cual desaparezca la subordinación y la opresión. Ciencia y práctica política son dos aspectos de nuestro trabajo como mujeres e investigadoras (Amorós et al. 1987, 7).

En ambos textos se plantean ya con claridad los fundamentos de la crítica feminista a la Ciencia, que posteriormente irá adquiriendo una gran complejidad, desarrollando diversas líneas de investigación y creando novedosas y potentes herramientas conceptuales y epistemológicas. Carmen Adán recogió en su libro *Feminismo y Conocimiento* (2006) la cronología del desarrollo de los estudios de ciencia y género y su clasificación en cuatro etapas, basándose en la propuesta realizada por Hilary Rose. Los aspectos abordados en estas etapas continúan presentes en la actualidad en las investigaciones en género y ciencia.

La primera etapa, ¿*Por qué tan pocas*?, se centró en analizar las causas de la ausencia histórica de las mujeres en la ciencia, descubriendo que no fueron tan escasas, pero sí invisibilizadas y excluidas de la historia de la Ciencia. Una de las consecuencias más importantes de esta etapa es que estas investigaciones condujeron a la transformación de la pregunta inicial, qué hay en las mujeres o en sus vidas que les impide hacer ciencia, a qué hay en la ciencia que impide la participación de las mujeres. De este planteamiento se derivan algunas de las líneas de investigación desarrolladas posteriormente: una de ellas, dirigida a la búsqueda de metodologías educativas que aumenten la motivación de las niñas y adolescentes en la participación en el ámbito científico y tecnológico; otra, centrada en analizar, denunciar y crear herramientas para remover los obstáculos institucionales que impiden la participación igualitaria de las mujeres en la ciencia, en sus estructuras y en las comunidades científicas. La relevancia de ambas líneas de investigación se pone de manifiesto en los Congresos Iberoamericanos de Ciencia, Tecnología y Género, constituyéndose en áreas temáticas[30].

La segunda etapa, *Redescubriendo las hermanas de Hipatia*, se enmarca en la historiografía de las mujeres científicas, ya que el conocimiento desarrollado por las mujeres y su participación en el ámbito científico ha sido ocul-

[30] Las investigaciones y estudios presentados en estos congresos serán analizados en el apartado 2.3.

tado sistemáticamente. Según la psiquiatra feminista Emilce Dio Bleichmar, la invisibilidad de las mujeres en la ciencia o ginopía[31], podría denominarse olvido construido (2008, 38). En este sentido, la antropóloga Teresa del Valle desveló cuatro estrategias utilizadas para la neutralización de las aportaciones de las mujeres a la ciencia: usurpación, devaluación, silenciamiento y lapsus genealógico (1995). Por ello, una de las grandes áreas de la historiografía feminista ha sido dar a conocer las experiencias de las mujeres en las ciencias, rescatar sus aportaciones, devolverles autoridad y autoría, desvelar las dificultades, barreras y obstáculos a los que han tenido que enfrentarse, así como las discriminaciones sufridas y el estudio de su estatus y situación, con perspectiva histórica, hasta la actualidad. Estas investigaciones, al mostrar los datos desagregados por sexo, por categorías profesionales y áreas de investigación, se convierten, a su vez, en informes de denuncia de la situación de las mujeres científicas, visibilizando las diferencias salariales, la segregación vertical y horizontal y la composición sexista de los comités editoriales de las revistas científicas, entre otros aspectos (Miqueo et al. 2008, 15-20; Miqueo et al. 2011).

A partir de estas dos primeras etapas, que responden a la pregunta sobre las mujeres en la ciencia, la reflexión epistemológica se dirige a la consideración sobre la ciencia misma (Harding 1996), produciéndose un cambio cualitativamente radical en los análisis y reflexiones sobre lo que debe ser la ciencia y consecuentemente, un enriquecimiento de las diversas formas de llegar al conocimiento. Como señaló la médica y antropóloga Mari Luz Esteban, la intervención feminista en las ciencias se ha ido desarrollando en dos fases: la primera más crítica y de revisión del trabajo previo, y la segunda de transformación epistemológica (1996).

Así, la tercera etapa, *Enfrentarse a la ciencia patriarcal*, se centra en el desvelamiento y la denuncia de los sesgos androcéntricos en las teorías científicas. La etapa más reciente, *Crítica feminista al conocimiento científico*, busca un nuevo modelo de ciencia, construida sobre otras bases. Como expone, entre otras, la historiadora Teresa Ortiz:

> La crítica feminista a la ciencia aspira a conseguir una ciencia no androcéntrica, no sexista, feminista (…). Una ciencia que incorpore buenos valores, valores positivos, no patriarcales, ni racistas, ni clasistas, ni etnocentristas… Una ciencia abierta al intercambio de ideas, a numerosos temas

[31] Término creado por Shulamit Reinharz en 1985 (Díaz Martínez y Dema 2013, 75).

> de investigación, más comunal y democrática, menos elitista y jerárquica, en la que prima la cooperación en lugar de la competencia. Una ciencia con una perspectiva social y responsable que reconoce diversas formas de pensamiento así como la subjetividad de quienes investigan, que presta más interés en entender los procesos que en describir hechos y dominarlos (1999, 91).

Los primeros estudios crítico-feministas se dirigieron al descubrimiento del androcentrismo de la ciencia, desvelando los discursos de poder inmensos en las narrativas científicas, los aspectos ideológicos y el sexismo en la construcción del conocimiento y en la comunidad científica, poniendo en cuestión la consideración de la ciencia como saber objetivo y universal, la neutralidad del sujeto de conocimiento y, por tanto, del conocimiento mismo[32].

La teoría feminista ha categorizado como androcentrismo[33] al «enfoque de un estudio, análisis o investigación desde la perspectiva masculina únicamente y la utilización posterior de los resultados como válidos para la generalidad de los individuos, hombres y mujeres» (Sau 1981, 32-33). Amparo Moreno Sardá, en su libro *El arquetipo viril, protagonista de la historia,* explicó que androcentrismo hace referencia a la adopción de un punto de vista central, que se afirma hegemónicamente, relegando a los márgenes de lo no-significativo o insignificante, de lo negado, cuanto considera impertinente para valorar como superior la perspectiva obtenida. Este punto de vista sería propio, no ya del hombre en general, de todos y cualquier ser humano de sexo masculino, sino de aquellos hombres que se sitúan en el centro hegemónico de la vida social (Moreno Sardá 1986,

[32] El androcentrismo de las ciencias ya había sido visibilizado y analizado por numerosas teóricas feministas. Simone de Beauvoir, en 1949, realizó una potente y global crítica a las ciencias en su obra *El Segundo Sexo*, considerando a la ciencia como una herramienta de la que se ha servido el patriarcado: «Los antifeministas apelaron, no solo, como antes, a la religión, la filosofía, la teología, sino también a la ciencia: biología, psicología experimental, etc.» (2015, 57-58). También Kate Millett en su obra *Política Sexual*. Adrienne Rich escribió en 1978: «La subjetividad machista aún es percibida como el punto de vista objetivo sobre todas las cosas y particularmente sobre las mujeres» (2010, 18).

[33] El término *androcentrismo*, construido sobre la raíz griega *andro* («hombre, varón»), fue introducido en el debate sociológico por la estadounidense Charlotte Perkins Gilman en su obra de investigación *The Man-Made World; or, Our Androcentric Culture*, publicada en 1911. En ella, Perkins describía las prácticas sociales que definía como androcéntricas y los problemas derivados de dichas prácticas. Así lo recoge Araceli González Vázquez, señalando que el concepto se utiliza y generaliza a partir de la década de los setenta (2013, 501).

29). Con una visión que engarza con las teorías más actuales que tienen en cuenta la interseccionalidad de los diferentes sistemas de dominación que se entrecruzan, Amparo Moreno escribió en 1986:

> El concepto de androcentrismo ayuda a situar el problema en el marco más amplio y complejo de las relaciones de poder: deja abierta la posibilidad de indagar la articulación entre distintos niveles de hegemonía central, ya no solo relacionados con el sexo, sino también con la edad, la clase, la nacionalidad, etc. Preguntarnos por el androcentrismo implica, al menos, interrogarnos por las raíces más profundas del conocimiento científico, por la relación entre la hegemonía viril y las restantes múltiples manifestaciones del orden hegemónico en nuestra vida social, en definitiva, por la relación entre la práctica social y las elaboraciones teóricas ideológicas que la legitiman y perpetúan (1986, 30).

El androcentrismo supone utilizar una perspectiva que surge de la experiencia social masculina (más concretamente de la experiencia social de varones occidentales, blancos, de clase media) en cualquier investigación y que influye en todo el proceso científico: la elección del objeto de estudio, la metodología, la decisión de cuáles son los datos significativos, la formulación de teorías explicativas y cuáles de éstas son más adecuadas (Ortiz 1999, 87). Como afirma Diana Maffía, la ideología de género ha creado en los varones la convicción de que sus experiencias expresan la humanidad (el «hombre» en sentido universal), mientras las de las mujeres aparecen, incluso para sí mismas, como lo otro o lo diverso, la «diferencia» (2007, 85). Tomando la expresión de Simone de Beauvoir, «una no nace mujer, sino que llega a serlo», Maffía insiste en la importancia de recordar y subrayar que tampoco se nace varón. Como advirtió Fox Keller, «si las mujeres se hacen, más que nacen, sin duda alguna lo mismo les ocurre a los hombres. Y también a la ciencia» (1989, 11). En palabras de Amparo Moreno, el concepto de androcentrismo «permite marcar las necesarias distancias respecto a los supuestos biologicistas que tratan de legitimar el actual orden social atribuyéndolo a las hormonas masculinas» (1986, 29), a pesar de que, como escribió Amelia Valcárcel, «el varón no se autoconcibe como sexo» (1995, 50). El androcentrismo en la ciencia fue denominado como «opresión científica» por la psiquiatra feminista Carmen Sáez Buenaventura (1988, 31) y categorizado como una forma de violencia por Consuelo Miqueo:

> La ausencia de las mujeres en la ciencia evidencia una nueva enfermedad que debemos prevenir como las demás, la violencia simbólica de lo masculino, la violencia de género en la ciencia. En la comunidad científica se expresa, se legitima y se vive el dominio masculino y la subordinación o marginación femenina. Se puede concluir que el ámbito tecnocientífico, junto al religioso y el militar, es el espacio más reacio a la presencia equipotente de las mujeres (Miqueo et al. 2008, 20).

También Lourdes C. Pacheco, profesora en la Universidad de México, calificó como violencia epistémica y dominio epistémico la priorización de lo masculino sobre lo femenino, la imposición por los varones de la razón sobre cualquier otra epistemología, subalternizando y colonizando otras formas de saber, que fueron consideradas con un estatus inferior al conocimiento científico o como no conocimiento (2005).

El análisis del androcentrismo en la ciencia pone en cuestión los supuestos científicos por excelencia: la unidad, neutralidad y universalidad del sujeto de conocimiento, la objetividad y, por tanto, incluso el mismo conocimiento, por parcial y sesgado. Como subrayó Eulalia Pérez Sedeño, «no podemos hablar de racionalidad u objetividad científica cuando más de la mitad de la humanidad ha estado sistemáticamente excluida de ella» (2006, 12), y no solo como sujetos de conocimiento. Tampoco fueron objeto de conocimiento los aspectos relacionados con las necesidades e intereses de las mujeres. Las historiadoras de la ciencia se preguntan cómo hubiese sido la investigación, las metodologías, los objetivos y las temáticas estudiadas si las mujeres hubiesen estado presentes en la Ciencia, mientras ponen de manifiesto las consecuencias epistemológicas de su exclusión en la práctica científica.

Diana Maffía señala que hay sexismo tanto en las teorías científicas (producto) como en la composición y exigencias de pertenencia y méritos en las comunidades científicas (proceso). El desafío del feminismo consiste en mostrar el vínculo entre ambos. Incluir las aportaciones de las mujeres (de las diversas mujeres) a la ciencia no solo es justo para las mujeres, al igual que eliminar lo femenino del ámbito de conocimiento científico no solo es una pérdida para ellas. Es una pérdida para la Ciencia y para el avance del conocimiento humano, porque se estrechan los horizontes de búsqueda de la ciencia misma. Y es también una pérdida para la democracia, porque todo intento hegemónico (también el del conocimiento) es ética y políticamente opresivo (Maffía 2007, 65).

Los análisis feministas, al desvelar los aspectos ideológicos en la construcción del conocimiento, descubren los discursos de poder y los intereses patriarcales inmersos en las narrativas científicas, que refuerzan la desigualdad de género y ponen de manifiesto el carácter contextual de la ciencia. Por ello, la ciencia es analizada como un producto humano y cultural, como una construcción social en tanto que práctica social, «donde el sexismo se ha instalado como un sesgo fortísimo» (Maffía 2001, 409). Keller ya señaló en 1985 que «tanto el género como la ciencia son categorías construidas socialmente» (1989, 12). Las conceptualizaciones y teorías científicas no son nunca disociables de las concepciones culturales acerca de las relaciones y jerarquías sociales (Esteban 2006, 14). La teoría feminista muestra que no es posible una ciencia neutra y objetiva, reconociendo la situación y parcialidad del análisis científico, así como la alianza histórica entre poder y saber:

> Los hallazgos epistemológicos más fuertes del feminismo reposan en la conexión que se ha hecho entre conocimiento y poder. No simplemente en el sentido obvio de que el acceso al conocimiento entraña aumento de poder, sino de modo más controvertido a través del reconocimiento de que la legitimación de las pretensiones de conocimiento está íntimamente ligada con redes de dominación y de exclusión (Maffía 2007, 82).

Por ello, la teoría feminista plantea una ruptura con la tradicional separación entre ciencia y política, y propone una ciencia con un carácter político y social, reivindicando una dimensión emancipatoria de la ciencia y del conocimiento para remover las desigualdades. En palabras de Teresa Ortiz:

> El feminismo tiene por la ciencia un interés político, derivado de su enorme poder social, un interés epistemológico, relacionado con el carácter utópico y visionario que la ciencia posee y tiene también, cada vez más, un interés pragmático como instrumento social e intelectual capaz de cambiar el mundo y generar conocimiento y prácticas que pueden ser útiles para las mujeres (1999, 80).

Sandra Harding ya planteó la necesidad de la búsqueda de un saber emancipador (1996, 19), para lo cual se preguntaba si nos sirven las categorías que ahora utilizamos, cómo sería una forma científica de búsqueda del saber que prescindiese de la distinción entre objetividad y subjetividad, entre razón y emociones (1996, 24), proponiendo un acercamiento a otras formas de cono-

cimiento para alcanzar una mejor visión intuitiva de la teoría que necesitamos.

El desarrollo y evolución de la epistemología feminista a partir de los trabajos de Fox Keller, Sandra Harding y Donna Haraway entre otras, plantea diferentes paradigmas de investigación e importantes controversias intrafeministas, recogidas y analizadas por Carme Adán (2006). Los primeros planteamientos se proponían corregir los sesgos de género en la aplicación del método científico, lo que dio lugar a la llamada posición de empirismo feminista. La posición del punto de vista feminista, propuesta por Sandra Harding (1996), desde la que se generaron herramientas conceptuales como el privilegio epistémico y la experiencia de las mujeres como recurso epistémico. Las posiciones posmodernas a partir del texto de Donna Haraway (1995), en las que el conocimiento se reconoce como parcial y situado, no con un único punto de vista, el de «las mujeres», sino el de mujeres situadas en un contexto y en una corporeidad atravesada por la clase, la raza, la orientación sexual, que producirán diferentes puntos de vista, tratando de evitar de este modo, y de nuevo, la caída en el esencialismo y el universalismo. Haraway criticó la supuesta neutralidad de las mujeres y de los sujetos situados en los márgenes, sosteniendo que todo el mundo tiene una visión parcial de la realidad y que es indispensable reconocer que el lugar (físico, epistémico y simbólico) desde donde miramos influenciará el conocimiento que producimos. La inclusión de sujetos y grupos sociales marginalizados en los espacios de producción de conocimiento sería, por lo tanto, indispensable, pero no porque estos ocupen un lugar epistémico privilegiado, sino porque aportarán un conocimiento diferenciado de la realidad que, juntamente con los demás saberes, nos permitirá tener una visión más completa. En este sentido, en el feminismo también se introduce la perspectiva lesbiana como propuesta epistemológica. Como subraya Beatriz Suárez Briones, el feminismo lesbiano se constituye en «sujeto político decidido no solo a defender contra el mundo sus derechos de ciudadanía, sino a defender también su perspectiva como forma crítica de mirar y evaluar el mundo» (2013, 28).

La posición planteada por Helen Longino, el empirismo contextual, define la noción de objetividad a partir de un sujeto múltiple, la comunidad científica, frente al individuo (sea este el sujeto asexuado y no condicionado del cartesianismo o el privilegiado del punto de vista feminista). La epistemología feminista postmodernista mantiene que la ciencia es el resultado de una negociación, no una empresa cuyo objetivo o fin es la búsqueda de la verdad. En definitiva, los diversos posicionamientos de la epistemología feminista vienen

a «deshacer el mito de un conocimiento universal y absoluto de lo dado, en el que no intervienen los valores, o la posición del sujeto o el grupo que lo elabora» (2010, 87). Concluye Luisa Posada que:

> Lo que es común a esas diversas propuestas de la epistemología feminista es la idea de que una politización de la praxis intelectual desde una perspectiva emancipatoria no está en contradicción con el conocimiento científico. Estas propuestas siguen constituyendo uno de los pocos proyectos que todavía plantean, en un sentido utópico, la pregunta política acerca de qué es lo que hay que conocer, para quién y para qué hay que hacerlo (2010, 90).

Uno de los aspectos centrales en la epistemología feminista es el análisis de las repercusiones del pensamiento dualista y las categorías dicotómicas presentes en el pensamiento científico que son asociadas a lo masculino y lo femenino y, por tanto, a los hombres y las mujeres. Como señaló Evelyn Fox Keller, «lo masculino y lo femenino son categorías definidas por una cultura, que no por una necesidad biológica. Las mujeres, los hombres y las ciencias serán creados, juntos, a partir de una dinámica compleja de fuerzas cognitivas, emocionales y sociales entretejidas» (1991, 12). Ya en 1985, Keller planteó la importancia de analizar desde la perspectiva feminista estas dicotomías, fuertemente ancladas en la cultura, y sus consecuencias:

> La mitología popular, profundamente enraizada, que sitúa la objetividad, la razón y la mente como si fuera una cosa masculina y la subjetividad, el sentimiento y la naturaleza como si fuera una cosa femenina. En esta división del trabajo emocional e intelectual, las mujeres han sido las garantes y protectoras de lo personal, lo emocional, lo particular, mientras que la ciencia –la provincia por excelencia de lo impersonal, lo racional y lo general– ha sido reserva de los hombres (1989, 15).

Señala Keller que una de las consecuencias de esta división, la exclusión de las mujeres de la práctica de la ciencia, es un síntoma de la construcción de lo femenino y masculino como categorías dicotómicas, que separan y adscriben lo subjetivo y objetivo, lo personal e impersonal, el amor y el poder, lo privado y lo público a las mujeres o a los hombres. Se puede recordar aquí el análisis de Monique Wittig al manifestar que las categorías masculino/femenino solo cobran significado dentro del esquema heterosexual en

el que se construyen como entidades opuestas naturalizadas (Gil 2013, 56). De ahí su emblemática frase «las lesbianas no somos mujeres» (Wittig 2006, 57)[34]. También Jessica Benjamín señaló que el análisis feminista de la dominación masculina ofrece una nueva perspectiva del dualismo que impregna la cultura occidental:

> La mujer funciona como el otro primario del hombre, como su opuesto; representa la naturaleza para la razón de él, la inmanencia para su trascendencia, la unidad primordial para su separación individuada y el objeto para su sujeto. Este análisis de la dominación genérica como complementariedad de sujeto y objeto (…) muestra que la polaridad genérica subyace en dualismos tan familiares como el de la autonomía y la dependencia (1996, 18).

Esta construcción de los varones como sujetos activos y las mujeres como sujetos pasivos impregna también los discursos científicos:

> Actividad y pasividad son estereotipos tomados de los modelos culturales de género, que obstaculizan nuevas hipótesis en ciencia, y refuerzan las barreras para la participación creativa de otras miradas sobre el saber androcéntrico. No se trata solamente de permitir el ingreso de mujeres a la Ciencia, si ellas serán luego obligadas a no apartarse de las líneas de investigación dictadas por los estereotipos de pasividad y actividad (Maffía 2007, 90).

Diana Maffía considera que estas dicotomías tienen, además, otras consecuencias en la epistemología:

> La expulsión de las mujeres en la Ciencia (como en las otras construcciones culturales humanas) tiene un doble resultado: impedir nuestra participación en las comunidades epistémicas que construyen y legitiman el conocimiento, y expulsar las cualidades consideradas 'femeninas' de tal construcción y legitimación, e incluso considerarlas como obstáculos (2007, 63).

Desde la perspectiva feminista, lo femenino se ha construido con el objetivo de poder depositar en las mujeres determinadas cualidades y capacidades

[34] En 2013 se publica *Las lesbianas (no) somos mujeres. En torno a Monique Wittig* (Suárez Briones 2013).

humanas relacionadas con el mundo emocional, necesarias para las tareas de cuidado y reproducción, trabajos duros y no remunerados, que exigen un alto nivel de dedicación y energía. Para ello, además, fue necesario el desarrollo de una ideología que sustentase la postergación de otras facetas de la vida, de modo que esas tareas de cuidado fueran asumidas, incluso con gusto, por las mujeres, quedando excluidas de su desarrollo y participación en el ámbito público y, por tanto, también científico. La ideología del amor, el ideal maternal y la naturalización de la construcción de la feminidad, la mística de la feminidad, contribuyeron a hacerlo posible. La división sexista de las cualidades humanas también tuvo importantes repercusiones en las formas de llegar al conocimiento, quedando excluidas todas aquellas adscritas a las mujeres.

También Diana Maffía analizó como un tema recurrente en la epistemología feminista la crítica a las dicotomías que dominan la producción del conocimiento científico, en las que una de las categorías del par tienen valor epistémico reconocido y a la otra se le niega (razón-emoción, abstracto-concreto, universal-particular, hechos-valores y otros), siendo entendidas como dispositivos del sexismo implícito en las teorías científicas y filosóficas. Estas dicotomías son constructos excluyentes, pero apunta que podrían funcionar como interdependientes y mixtos. Maffía subraya que cuando desde el análisis feminista se plantea disolver una dicotomía, no se quita significado a sus términos, sino que se niega la fuerza absoluta que la estructura oposicional que la dicotomía le confiere (2001). En base a esas categorías dicotómicas, «las mujeres hemos sido desprovistas de los rasgos simbólicos del quehacer científico» (Amigot y Andino 2001, 488); «nos niegan racionalidad, capacidad lógica, abstracción, universalización, objetividad, y nos atribuyen condiciones a las que les restan cualquier valor epistémico: subjetividad, sensibilidad, singularidad, narratividad» (Maffía 2005, 630). Si además son mujeres las que estudian a mujeres, esta se convierte en una posición científica todavía más débil para la Academia (Amigot y Andino 2001). De ahí, la importancia para el feminismo de criticar insistentemente el presupuesto de la falta de autoridad cognitiva de las mujeres.

Abundando en las consecuencias de estas dicotomías, Eulalia Pérez Sedeño analizó el papel de la retórica de la ciencia, que consigue presentar como biológicas, naturales, sexuales, las desigualdades de género, que son culturales e históricas, justificando de este modo situaciones sociopolíticas, apelando a que la naturaleza de las mujeres condiciona sus papeles socioculturales y la limita intelectualmente, por tanto, también en el ejercicio de la ciencia (2001a). En definitiva, la explicación de las diferencias sexuales como expli-

cación de las diferencias de género. A las mujeres se las define biológicamente, mientras a los hombres sociopolíticamente. Celia Amorós también advirtió sobre la importancia y consecuencias de esta asociación de las mujeres con la naturaleza, ya que esta es pensada como «aquello que requiere ser controlado, mediado, domesticado o superado según los casos» (1982, 44).

Pérez Sedeño, entre otras, recoge los argumentos utilizados por la ciencia para sostener estos enunciados. La biología de Aristóteles sirvió de apoyo durante siglos a los defensores de la supuesta inferioridad de las mujeres hasta que en los siglos XVIII y XIX la biología comenzó la búsqueda de las diferencias sexuales con métodos de la ciencia moderna. Las afirmaciones sobre la inferioridad de las mujeres y su menor capacidad para el conocimiento se basaron en tres aspectos: por un lado, se vetaba a las mujeres el acceso a la educación porque les quitaría la energía necesaria para el funcionamiento correcto de sus capacidades reproductivas; por otro, su menor dimensión del cerebro, o su menor estatura, sosteniendo que a menor tamaño menor capacidad, con lo que se alegaba falta de capacidad mental a las mujeres. A finales del s. XIX, las teorías darwinistas proclamaron que las mujeres eran hombres que no habían evolucionado completamente, ni física ni mentalmente. La antropología del s. XIX contribuyó también a estos discursos. La menstruación también fue alegada para justificar que las mujeres no podían aspirar a la igualdad profesional y social, argumentando que interrumpe el pensamiento y genera estados depresivos y de languidez[35].

Una de las estrategias de la epistemología feminista para desarticular la aparente neutralidad de la investigación y desvelar el modo en que los intereses y el pensamiento patriarcal se filtran en la construcción de teorías científicas, es el análisis del lenguaje de la ciencia. De un modo especial se han estudiado las metáforas utilizadas en los discursos científicos para mostrar no solo su asunción acrítica, sino incluso el refuerzo de los valores sexistas predominantes, valores que implican relaciones opresivas entre los géneros, y que la ciencia pone al servicio del control social. Como explica Diana Maffía:

> Las metáforas sexuales no son ajenas a la ciencia. Es más, son propias del surgimiento de la ciencia moderna y de la meta-ciencia, ya que definen también la relación de la mente con el mundo, de la ciencia con la naturaleza, y del dominio del conocimiento científico. A veces de mane-

[35] Victoria Sau analizó los paradigmas científicos del ciclo menstrual en diferentes momentos históricos (1988) debido a su importancia para fundamentar la inferioridad de las mujeres.

> ras sutiles, como cuando se llama 'duras' a las ciencias más objetivas por oposición a las 'blandas' más subjetivas, en que implícitamente estamos invocando una metáfora sexual en la que 'dura' es masculino y 'blanda' es femenino. El lenguaje de la ciencia no es neutral. Se filtran en él valores y no es meramente descriptivo. Por otro lado, tampoco es literal. Las metáforas rompen la ilusión de la mente científica como espejo de la naturaleza. Cuando las metáforas tienen connotaciones sexuales, se filtra en la aparente neutralidad de la ciencia, a través de diversos periodos, una persistente ideología patriarcal (2007, 85).

Un ejemplo paradigmático del funcionamiento de las metáforas en la ciencia, que tiene relación directa con el género, se refiere al modo en que los biólogos estudiaron el proceso de fertilización, que ya fue analizado por Fox Keller (1996). En estos discursos, los órganos reproductivos de los varones eran considerados fuentes de poder, los de las mujeres hechos patológicos que restan salud o valor a las actividades de la vida cotidiana. Hasta épocas muy recientes, la célula masculina se describía como «activa», «fuerte» y «autopropulsada», capaz de «penetrar» al óvulo, al cual entrega sus genes y así «activa el programa de desarrollo». Por el contrario, la célula femenina es «transportada», y «arrastrada» pasivamente a lo largo de la trompa de Falopio hasta que es «atacada», «penetrada» y fertilizada por el esperma (Maffía 2007, 89).

También se ha desvelado el recurso retórico del principio de corresponsabilidad del sexo femenino para legitimar la exclusión. Así, los ejemplos de algunas mujeres que sufren depresión durante la menstruación servirán para universalizar y afirmar que las mujeres no podrán desempeñarse en igualdad en el ámbito profesional. En la actualidad, estas tesis son reformuladas por la sociobiología, la neurología y la endrocrinología, continuando en la línea de atribuir las desigualdades en los roles sociales a diferencias biológicas. Estos discursos también afirman que las hormonas femeninas hacen a las mujeres más sensibles para la maternidad y el cuidado de las criaturas y que la historia evolutiva ha desembocado en que las mujeres estén mejor adaptadas y preparadas para la crianza, afirmando, incluso, que las estructuras cerebrales ya son diferentes desde antes del nacimiento y generan diferentes capacidades espaciales y lingüísticas. Sin embargo, observa Pérez Sedeño, las mayores capacidades verbales de las mujeres no han servido como criterio para que puedan dedicarse, por ejemplo, a la política, la judicatura o los negocios, sino para afirmar que están mejor preparadas

para enseñar a hablar a las criaturas, poniendo de manifiesto los sesgos sexistas de estos argumentos «científicos» (2001b).

La crítica feminista a la ciencia no solo desvela la presencia de parcialidad, subjetividad y una presión contextual e ideológica en los discursos y metodologías científicas, sino que ha planteado la necesidad de hacer ciencia a partir del reconocimiento de que el conocimiento es situado (Haraway 1995), de una ciencia encarnada (Esteban 2004), o incluso proponiendo lo personal como teórico y epistemológico, como conocimiento, reconociendo la relación entre lo que somos, investigamos y escribimos (García de León 2011, 75). Como señaló Sandra Harding, son los movimientos de liberación social los que más han aumentado la objetividad de la ciencia y no las normas de la ciencia (1996, 24). La posición subordinada, por tanto, puede aportar otro conocimiento más completo y menos perverso.

La teoría feminista ha desarrollado componentes epistemológicos propios, que se han ido perfilando a partir de los años setenta, que, como señala Sara Velasco:

> Proceden de que observa en el fenómeno humano dos aspectos ignorados antes: la existencia de los sexos y las normas de poder-subordinación que rigen sus relaciones. Observa el sexismo y androcentrismo de la ciencia –producto de aquella situación de relaciones de poder de lo masculino– y se marca objetivos y preguntas de investigación encaminadas a desvelar ese androcentrismo y sus causas. En esto, la epistemología feminista es singular con respecto a las anteriores (2009a, 86).

Desde la perspectiva feminista se analiza la ciencia con instrumentos utilizados y desarrollados fuera de ella y con una perspectiva transdisciplinar. En este sentido, Fox Keller, citando a Catherine Mackinnon, afirma que:

> Lo personal como político no es un símil, ni una metáfora, ni tampoco una analogía. Significa que la experiencia distintiva de las mujeres en tanto que mujeres ocurre dentro de la esfera que socialmente ha sido vivida como personal –privada, emocional, interiorizada, particular, individualizada, íntima– de tal modo que conocer la política de la situación de la mujer es conocer las vidas personales de las mujeres (Mackinnon 1982, 534). Hoy las pensadoras feministas reconocen la conjunción de lo personal y lo político como algo más que un aforismo: consideran que es un método (Keller 1989, 16).

Por ello, en el feminismo se utilizan fundamentalmente metodologías de investigación cualitativas, ya que el objetivo no es solamente medir, sino entender, interpretar y analizar, buscando las causas de las desigualdades para conseguir una transformación social y estructural. Asimismo, como manifiestan Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, en la historiografía feminista se ha incorporado como método de conocimiento «una perspectiva crítica, inquisitiva y desveladora del proceso personal de investigar y conocer, en la que el testimonio propio, es decir, la subjetividad, se articula en los relatos historiográficos, enriqueciéndolos y dotándolos de un nuevo contenido» (2007, 629). La historia de las mujeres, al acercarse a temas que se relacionan con la vida privada, ha utilizado metodológicamente perspectivas próximas a los planteamientos de la microhistoria, con atención al detalle, a las experiencias individuales y las historias de vida (Bolufer 2007, 639). Son ejemplo de ello las últimas investigaciones sobre la situación de las mujeres en la Ciencia, que además de aportar datos estadísticos, analizan los procesos personales y las experiencias vividas por las científicas y profesionales (Delgado et al. 2012; García Colmenares 2011).

En la actualidad existe una intensa actividad investigadora para encontrar nuevas metodologías y herramientas prácticas que acompañen los avances teóricos desde presupuestos epistemológicos feministas posmodernistas. En este sentido, la revista *Athenea Digital* dedica un número monográfico en 2014 a abordar el tema «Experiencias de investigación feminista: propuestas y reflexiones metodológicas» (Revista *Athenea Digital* 2014)[36]. Entre otros, el trabajo de Itziar Gandarías aborda la reflexividad, entendida como una herramienta para deconstruir el poder, co-crear conocimiento y abordar las problemáticas, dilemas y límites que nos encontramos en nuestro quehacer investigativo, así como la producción de narrativas como herramienta de investigación-acción, articulando tres registros en un abordaje específico: el ontológico, el epistemológico y el metodológico (Gandarías 2014). Asimismo, Gandarías plantea estrategias para romper con los dualismos entre investigación y activismo, reconociendo el devenir activista de las investigadoras y el devenir investigador desde el activismo. También la revista *Quaderns de Psicología*, editada por la Universidad de Barcelona, dedicó un número monográfico en 2014

[36] Este número ha sido coordinado por el Seminario Interdisciplinar de Metodología de Investigación Feminista (SIMREF), constituido con el objetivo de analizar los procesos de producción del conocimiento desde epistemologías feministas. Disponible en: www.simref.net. (Consulta: 10/05/2015).

a «Género, nuevos retos teórico-metodológicos» (Revista *Quaderns de Psicología* 2014)[37].

Desde el marco feminista, por tanto, se plantea la necesidad de un nuevo modelo de ciencia e investigación y la búsqueda de un conocimiento interdisciplinar y negociado (Esteban 2006, 13). Nos interesa, señala Maffía, trabajar ahora en «estrategias metodológicas que permitan una reconstrucción feminista de la ciencia» (Maffía 2001b, 408) y en lo que desde ella pueda hacerse para la emancipación de las mujeres. Como apunta Consuelo Miqueo:

> El feminismo posmoderno realiza una crítica radical a la pretendida superioridad epistémica de la ciencia proponiendo otra racionalidad que supere la dicotomía sujeto y objeto, cosustancial a la ciencia, e incluso la de hombre y mujer, sumando teoría feminista al emergente movimiento queer» (2008, 156).

Diana Maffía considera que se han producido avances importantes, como la recuperación de las mujeres en la historia de la ciencia, lo que ha permitido hacer visible su contribución en disciplinas diversas, el análisis sociológico de la situación de las mujeres en el sector científico y tecnológico, poniendo de manifiesto las barreras y obstáculos y la existencia sistemática de patrones de exclusión. Maffía resume lo que ha supuesto la incorporación de una perspectiva feminista en la ciencia en relación a las mujeres científicas (2008):

- Hacer visibles las barreras formales e informales y las manifestaciones sexistas existentes: quiénes son y han sido, qué tareas desarrollan y han desarrollado, qué obstáculos tienen y han tenido en sus carreras profesionales.
- Considerar significativas las experiencias de las mujeres.
- Incorporar las voces de las mujeres en los debates de las políticas a adoptar. Analizar si hay mujeres en los espacios de toma de decisiones y comparar los efectos de su presencia o ausencia.
- Observar el impacto diferencial de las normas, prácticas, procesos e instituciones científicas sobre varones y mujeres.
- Distinguir la forma en que se legitiman, refuerzan o revierten las relaciones jerárquicas entre los sexos.

[37] Disponible en http://www.quadernsdepsicologia.cat/issue/view/vol16-n1. (Consulta: 27/05/2015).

Muchas de las investigaciones sobre estos aspectos están recogidas en las actas de los Congresos Iberoamericanos de Ciencia, Tecnología y Género, que serán analizadas en el apartado siguiente.

García Dauder también recoge en su tesis doctoral (2003a) los aspectos que se han abordado desde la epistemología feminista:

- El lugar, papel y estatus de las mujeres en la ciencia, la experiencia de las científicas.
- Qué hay en la ciencia que impide la participación de las mujeres y de otros grupos marginados, frente a la pregunta qué hay en las mujeres o en sus vidas que les impide hacer ciencia, trasladando la carga de las mujeres a los obstáculos.
- Las bases y el concepto de ciencia y los discursos científicos, aplicando la epistemología feminista en su diversidad de enfoques. La crítica al positivismo, individualismo y esencialismo.
- El papel normativo de la ciencia y la tecnología, la tecnociencia.
- Los intereses profesionales, económicos e ideológicos que se ponen en juego en las actividades científicas, la trama de relaciones entre ciencia y sociedad.
- La incorporación de consideraciones ético-políticas y de un compromiso sociopolítico a la actividad científica, señalando que compatibilizar el compromiso sociopolítico y epistemológico adquiere un carácter central en el feminismo. Se resalta la responsabilidad política de la ciencia.
- Crítica a la superioridad epistemológica de la ciencia.
- Se incorpora a la ciencia como objeto de conocimiento lo que quedó fuera de ella, por haber sido considerado como perteneciente al ámbito privado y doméstico, así como la subjetividad. Nuevas temáticas serán objeto de investigación desde la teoría feminista, enriqueciendo la ciencia y el conocimiento.
- El sujeto del conocimiento como sujeto colectivo, modo en el que se ha construido gran parte de la teoría feminista.

Sara Velasco sintetizó los criterios utilizados en los objetivos de la investigación feminista a partir de los trabajos de Fox Keller (1985), Harding (1996) y Pérez Sedeño y Alcalá Cortijo, (2001), señalando que los estudios críticos-feministas buscan desvelar y cuestionar (Velasco 2009a, 87):

- La lógica binaria (femenino/masculino, activo/pasivo; público/privado, sujeto/objeto) y su desvalorización de los lados femeninos de las díadas.
- La subordinación de lo femenino y las mujeres a través de mecanismos como la exclusión, la devaluación y discriminación, el silenciamiento y la omisión.
- Las premisas biologicistas y esencialistas de las desigualdades entre mujeres y hombres.
- Las premisas universalistas que suponen una identidad igual para todas las mujeres.

Se pueden considerar como criterios en una investigación feminista:

- Que interrogue desde una posición que reconozca el sistema de dominación patriarcal, visibilizando la subordinación y la desigualdad de las mujeres en el ámbito científico al igual que en todos los ámbitos de la vida, teniendo en cuenta la construcción social y subjetiva de la desigualdad.
- Que no refuerce el esencialismo, la naturalización y la biologización de las desigualdades ni los dualismos y dicotomías.
- Que tenga en cuenta la diversidad de factores y contextos en que viven las mujeres, la pluralidad de experiencias y las dimensiones que se han considerado subjetivas.
- Que utilice constructos, categorías y metodologías que permitan visibilizar las experiencias de las mujeres que quedaron fuera de la investigación y la ciencia.
- Que contribuya a la libertad e igualdad, a generar mejores condiciones de vida para las mujeres.
- Que recurra a fuentes feministas.
- Que integre perspectivas interdisciplinares.
- Que tenga en cuenta la importancia del contexto de descubrimiento y no solo de justificación; el objetivo no es conocer la verdad, sino entender, explicar y transformar la realidad.

La enorme importancia y el interés central de la crítica epistemológica para la teoría feminista han conducido a la organización de cursos de doctorado, seminarios, congresos y a posteriores publicaciones que recogen las ponencias y trabajos presentados, sobre todo a partir de la década de los noventa. El análisis de estas publicaciones muestra el desarrollo y la evo-

lución de los análisis crítico-feministas de la ciencia, su enriquecimiento y su problematización. Una gran parte de estas investigaciones se produce en el marco de los Institutos Universitarios de Estudios Feministas y de Género[38]. En diversas universidades se constituyeron grupos que desarrollaron buena parte de sus investigaciones en el análisis feminista de la Ciencia. Entre ellos, el grupo Genciana del Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza, cuya primera publicación, *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (Barral et al. 1999), recoge doce artículos sobre esta temática en tres áreas: crítica epistémica y sociológica de la ciencia, análisis del discurso científico y educación científica. También mantiene esta línea de investigación el Instituto de Estudios de las Mujeres y Género de la Universidad de Granada, en el que la profesora Teresa Ortiz ya impartió un curso de doctorado en el curso académico 1990-1991 denominado «*La construcción científica de la mujer: desarrollo de los condicionamientos sociales y científicos del estereotipo femenino*» (1997).

Además de los textos pioneros en España, ya citados (Amorós et al. 1987; Durán 1982), se publicó en 1995 *Feminismo, ciencia y transformación social* (Martínez López 1995), que recoge las ponencias de un simposio organizado por el Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada y en el que participó Sandra Harding con la ponencia «Después del eurocentrismo: desafíos para una investigación feminista en el norte» (1995). La publicación de Teresa Ortiz y Gloria Becerra (1996), *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas,* es fruto de un curso celebrado en 1994 en el Instituto de Estudios de la Mujer de Granada. En este libro se reúnen 10 artículos cuyas temáticas se centran en la recuperación de la presencia de las mujeres en las ciencias en diferentes momentos históricos, el análisis de la situación de las científicas en ese momento, el papel del sistema educativo, tanto universitario como de secundaria, en la reproducción de modelos científicos con sesgos de género, y las críticas feministas al discurso científico. Uno de los textos incluidos

[38] Entre 1979 y 1982 se crearon en España los primeros Seminarios de Estudios de la Mujer con el objetivo de estudiar la vida de las mujeres, transformar el saber científico y las prácticas académicas (Ortiz 2008, 639). Teresa Ortiz ha realizado diversas investigaciones con el fin de estudiar la evolución y situación de los estudios de las mujeres en diferentes periodos (Ortiz et al. 1998; 1999; Ortiz 2005; Ortiz 2008). Señala que en el año 2005 existían 18 programas de doctorado en los institutos universitarios de estudios feministas, entre ellos uno de salud y otro de violencia de género, ocho títulos master y siete títulos de experta o especialista universitaria (Ortiz 2008, 640).

es el trabajo de Mari Luz Esteban «Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico» (1996), de gran relevancia en los estudios en el campo de la salud.

En 1999, se publicó *Mujer y Ciencia (*Cruz y Ruiz 1999), otra obra colectiva resultado del seminario «La mujer y la ciencia» celebrado en la Universidad de Jaén, en el que se incluyen artículos de Teresa Ortiz y Consuelo Flecha entre otras. En este seminario se trataron tanto aspectos epistemológicos como historiográficos, recogiendo la historia de las mujeres científicas y las críticas y aportaciones feministas a la ciencia. La Asociación de Estudios Históricos sobre la Mujer organizó en 2010 el Simposio Mujeres y Ciencia. Historia, Retos y Perspectivas (Cortés 2012), realizado en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Málaga con el objetivo de conmemorar el centenario del acceso de las mujeres a la Universidad española.

Algunas revistas académicas feministas publicaron monográficos sobre este tema. Entre ellas, *Dossiers Feministas,* del Instituto Universitario de Estudios Feministas y de Género de la Universidad Jaume I de Castellón, cuyo número 14, en 2010, lo dedicó a Mujer, Ciencia y Tecnología; la revista *Asparkía. Investigació Feminista*, su número 12, en 2001, a Género, Ciencia y Tecnología; la revista *Clepsydra*, su número 5, en 2006, a El Género en Ciencia y Tecnología.

Asimismo, también para el movimiento feminista la crítica a la ciencia fue un tema de gran interés. El centro Feminista de Estudios y Documentación de Madrid publicó en 1994, en su colección *Cuadernos para el debate,* un número titulado «La mujer y la ciencia», que incluía traducciones de artículos de Sandra Harding, Luce Irigaray, Diana Maffía y Evelyn Fox Keller con el objetivo de facilitar el conocimiento, la reflexión y el debate sobre este tema en los colectivos feministas (Centro Feminista de Estudios y Documentación 1994).

El papel del Instituto de la Mujer ha sido de gran importancia en el desarrollo de la investigación feminista, ya que apoyó económicamente la realización de estudios, publicaciones y traducciones de textos, así como la realización de seminarios, encuentros y congresos. Entre ellos, es de especial relevancia el Seminario «Balance y perspectivas de los estudios de las mujeres y del género» (Instituto de la Mujer 2003b), en el que se reúnen numerosos trabajos que recogen las investigaciones realizadas en diversas áreas de conocimiento. Entre ellos, el importante trabajo de Mari Luz Esteban «Feminismo y salud: balance de tres décadas» (2003a).

2.2. Crítica feminista a las ciencias de la salud

A partir de la década de los ochenta, académicas y profesionales feministas de diferentes disciplinas, sanitarias y no sanitarias (antropología, sociología, historia, filosofía) y también colectivos feministas, aplicaron la crítica feminista a la Ciencia a las ciencias de la salud, desarrollando en este campo las mismas líneas de investigación que en otras áreas del conocimiento, como expresa Luisa Posada:

> La intersección entre ciencia y crítica feminista ha producido, en las tres últimas décadas, un intenso trabajo investigador que se mueve prioritariamente en dos direcciones: una, rescatar nombres de mujeres que se dedicaron a la tarea científica y que han sido olvidadas, en el mismo sentido en el que una parte de la teoría feminista contemporánea se ha dedicado a esta labor genealógica para todos los campos del pensamiento y de la cultura; otra dirección se ha orientado a una reflexión epistemológica, que procede a la revisión de los conceptos y los desarrollos tradicionales en el ámbito del estudio del conocimiento, incluido el conocimiento científico (2010, 84).

También la crítica epistemológica feminista en el campo de las ciencias de la salud ha tenido dos ejes centrales: la recuperación de la historia de las mujeres en el ámbito de la salud y el «des-cubrimiento» (Miqueo 2004, 51) del androcentrismo y el sexismo en la investigación, docencia y asistencia sanitarias, incidiendo en el análisis de los discursos científicos médico-sanitarios y clínicos sobre las mujeres debido a su papel central en la perpetuación de las desigualdades y la legitimación de la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres, afianzando su inferioridad y su exclusión de la vida pública y, por tanto, también científica.

Así como las teorías críticas sobre el conocimiento no desvelaron el androcentrismo en la ciencia, tampoco las teorías críticas con el modelo biomédico de la salud[39], desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX (Velasco 2009a, 23-44)[40], a pesar de que incorporaron el contexto social y la subjetividad como factores determinantes de la salud, tuvieron en cuenta ni analizaron

[39] La definición de Meri Torras sintetiza ese modelo: «La salud para la medicina ha sido hasta anteayer identificada como el silencio de los órganos» (citado en Valls 2009, 33).

[40] Sara Velasco realizó un análisis exhaustivo de estas teorías en el capítulo I de su libro *Sexos, Género y Salud* (2009a).

la incidencia de estos factores en relación con el sistema sexo-género y el impacto en la salud de la posición subordinada de las mujeres.

Sara Velasco (2009a, 86-91) estudió cómo se han aplicado en el ámbito de la salud las tres posiciones epistemológicas feministas definidas por Sandra Harding (1996), el empirismo feminista, el punto de vista feminista y el posmodernismo feminista, así como los diferentes análisis e investigaciones a las que han dado lugar.

La primera, el empirismo feminista, subyace en las investigaciones epidemiológicas sobre morbilidad diferencial por sexos, sujetas al método positivista, con el objetivo de cuantificar mediante métodos estadísticos la prevalencia o incidencia de determinadas enfermedades en cada sexo. Los estudios sobre desigualdades de género en salud, que investigan factores sociales como causa de estas desigualdades, como la clase social, las condiciones y tipo de trabajo remunerado y no remunerado, el estado civil, el nivel educativo, o variables relacionadas con condiciones socioeconómicas, han producido informes de mucho interés, como el Informe SESPAS (Revista *Gaceta Sanitaria* 2004) y el informe derivado de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (Instituto de la Mujer 2010), que incluye por primera vez todos los indicadores desagregados por sexo, edad, clase social, nivel educativo, país de origen y que visibiliza el impacto en la salud de multitud de desigualdades que permanecían invisibles. En estos estudios se incluyen, además, indicadores de alto potencial para el análisis de género, como la salud mental[41], el trabajo reproductivo, la violencia, la utilización de recursos sanitarios y el consumo de fármacos. Se sitúan también en el empirismo feminista las investigaciones que miden los sesgos de género en la atención que se presta en los servicios sanitarios, cuantificando el diferente esfuerzo diagnóstico o terapéutico que se realiza para cada sexo, identificando diferencias de trato debido a estereo-

41 Estos estudios han venido a confirmar, de nuevo, las diferencias en la proporción de mujeres diagnosticadas con depresión en relación a los hombres, así como el aumento de las tasas de enfermedad mental en las mujeres después de haber contraído matrimonio, mientras que disminuyen en las solteras, separadas, divorciadas y viudas. Por el contrario, en los hombres, la frecuencia de trastornos psíquicos es mayor entre los solteros (Sáez 1988, 35). Estar casada es un factor de riesgo para las mujeres y un factor protector para los hombres (Valls-Llobet 1991). El análisis y la interpretación de estos datos desde la perspectiva feminista relaciona la mejor salud de los hombres casados con los cuidados y afectos que reciben los varones de las mujeres –madres, hijas, esposas– a lo largo de sus vidas y la peor salud de las mujeres con la postergación de sus deseos y la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Como señaló la psiquiatra feminista María Huertas, «la paciente tipo que acude a solicitar asistencia psiquiátrica responde mayoritariamente al patrón de mujer casada, ama de casa, con hijos y cargas familiares, de 25 a 45 años» (1998, 40).

tipos de género activos en el medio sanitario (Ruiz-Cantero 2001; Valls-Llobet 1991). Estos estudios están proporcionando mucha información sobre los sesgos androcéntricos en el sistema sanitario, invisibles hasta el momento, y aportando conocimientos sobre las diferentes formas de enfermar de hombres y mujeres y de la atención que reciben en los servicios sanitarios (Valls-Llobet 2006)[42]. Al utilizar métodos validados por la Ciencia, estas investigaciones son más fáciles de aceptar y ponen en valor ese conocimiento en el ámbito científico. Sin embargo, al no violentar el paradigma científico hegemónico, no cuestionan el sesgo androcéntrico en la selección de los problemas a investigar, el tipo de preguntas o el análisis y la lectura de los resultados. Asimismo, el marco teórico de análisis se estrecha a lo biosocial, excluyendo la subjetividad en los procesos de salud-enfermedad y el malestar generado en las relaciones interpersonales y en el ámbito privado y doméstico. Mari Luz Esteban planteó una profunda crítica a esta posición empírica feminista, señalando que:

> El problema es más profundo y probablemente el concepto de sesgo, entendido habitualmente como 'desviación' no nos ayude demasiado a comprender la trascendencia del mismo. No se trata de simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad (2001, 35).

La segunda posición epistemológica, el punto de vista feminista, propone estudios sobre problemas que tienen relevancia para las mujeres o para las relaciones de género. Se estudia, desde esta posición, la influencia de los factores psicosociales en la salud, como la doble jornada o la asunción de los cuidados por parte de las mujeres. Este punto de vista ha generado otro tipo de conocimiento de mayor relevancia para entender y atender la salud de las mujeres, frente al estudio de los factores de riesgo clásicos en el modelo biomédico, como el consumo de tabaco y alcohol o la realización de ejercicio[43]. En estas investigaciones se utilizan métodos de investigación cualitativa, ya que también se explora la experiencia vivida por las mujeres y la subjetividad. Esta posición tiene más dificultades de aceptación en el ámbito científico

[42] El caso de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres es emblemático, ya que la sintomatología de un posible infarto que manifiestan las mujeres difiere sustancialmente de la manifestada por los hombres (Valls 2009).

[43] En el primer *Informe Mujer y Salud*, realizado en 2005 por el Observatorio de Salud de las Mujeres, se manifiesta la presencia de ambos modelos, al incorporar factores psicosociales al modelo biomédico (2007).

que el empirismo feminista, ya que visibiliza aspectos de la salud y la enfermedad que pueden no ser considerados objetivos y mesurables, a pesar de que metodológicamente está empezando a encontrar un cierto reconocimiento. La línea de investigación con enfoque de género, desarrollada a finales de la década de los noventa, se sitúa en esta posición. Los estudios ya no se interesan en un proceso de medida, sino de análisis e interpretación de los mecanismos que estructuran las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres, su impacto en la salud y cómo transformarlas.

La producción de conocimiento en salud desde la tercera posición, «el posmodernismo feminista», tiene mayores dificultades de aceptación en el paradigma biomédico positivista, al incorporar la subjetividad, su construcción social, el sistema sexo/género, los roles y relaciones de género como un sistema de poder, la organización y división sexual del trabajo, las estructuras familiares, las identidades sexuales y de género, teniendo en cuenta su intersección y la experiencia diversa según la clase social, la etnia, la cultura y la orientación sexual. Este tipo de investigaciones está produciendo nuevo conocimiento sobre cómo todos estos factores influyen en las formas de enfermar de las mujeres, y también de los hombres, así como de las personas que no se atienen a la normatividad sexo/género, por lo que debe ser considerada e incorporada en la atención sanitaria. Las tres posiciones son necesarias en la actualidad, ya que el conocimiento sobre salud y género, todavía incipiente, necesita obtener resultados en todos los campos.

Debido al papel que históricamente jugaron los discursos sanitarios en la definición de las mujeres, las ciencias de la salud han sido un ámbito de especial relevancia para el análisis y la crítica epistemológica feminista (Adán 2006, 38). No en vano, las pioneras en los estudios de ciencia y género provienen de disciplinas como la biología o la medicina. Entre los aspectos que revelan la importancia de las ciencias de la salud para el feminismo se encuentran los siguientes:

- Históricamente, los discursos médicos, psiquiátricos, psicológicos y sanitarios sobre la salud de las mujeres fueron una herramienta fundamental para naturalizar la desigualdad, reforzar y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres, afianzando su inferioridad y su exclusión de la vida pública y, por tanto, también científica, basándose en su biología y su capacidad reproductiva.
- Dado el elevado status social de la medicina y el valor social de la salud, los discursos médicos y sanitarios tienen una alta valoración so-

cial como discursos de la verdad y se divulgan de forma masiva y por numerosos medios, llegando a una parte importante de la población. Además, la sobrecarga física y emocional y la presión social que viven las mujeres las convierte en una población diana de multitud de mensajes de salud, como se advierte en la Estrategia del Observatorio de Salud de las Mujeres 2004-2007[44].

- Numerosos factores favorecen la intervención del sistema sanitario en la vida y la medicalización de la salud de las mujeres: su elevada frecuentación de las consultas sanitarias, tanto para sí mismas como para acompañar a familiares; los aspectos relacionados con la atención al embarazo y al parto que se han sanitarizado y tecnificado; el alto nivel de malestar de muchas mujeres, debido a la sobrecarga física y emocional derivada de las tareas de cuidado o producidas por la violencia y sus condiciones de vida; la concepción biologicista de la salud, que medicaliza los procesos de salud-enfermedad-malestar y favorece que las industrias farmacéuticas tengan el punto de mira puesto en las mujeres como potenciales consumidoras de fármacos y tecnología.
- Al ser ciencias aplicadas, los discursos de las ciencias de la salud inciden directamente sobre las mujeres en sus relaciones con las y los profesionales sanitarios, figuras imbuidas de autoridad y poder, adquiriendo un elevado poder normativo en la vida de las mujeres.
- El poder político ha delegado en el sistema sanitario el control sobre aspectos que determinan la vida y la salud de las mujeres. Decisiones como la interrupción voluntaria de un embarazo o la utilización de métodos anticonceptivos, que tienen importantes repercusiones en la salud y que pueden determinar las condiciones de vida futuras e incluso conducir a la muerte, han estado y continúan estando bajo el control del sistema sanitario. Históricamente, desde la Medicina se ha despojado a las mujeres de sus derechos a decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva, de la autonomía sobre sus cuerpos y, por tanto, sobre sus vidas.
- La exclusión histórica de las mujeres de la formación y el ejercicio de profesiones sanitarias ha sido un campo de especial interés en la historiografía feminista para la recuperación de sus contribuciones en el ámbito de la salud y su inclusión en la historia de la medicina y

[44] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm. (Consulta: 10/06/2015).

otras disciplinas sanitarias, ya que hubo un empeño por parte de la profesión médica, no solo en excluir a las mujeres de su práctica, sino en apropiarse incluso de un campo de intervención que había estado en manos de las mujeres, como la atención al parto.

- En los discursos de las ciencias de la salud se ponen de manifiesto, de un modo especial, la naturalización de la desigualdad, las dicotomías sexuales y el uso de metáforas sexistas, lo que permite desvelar con claridad el androcentrismo y sexismo de la ciencia.

En el ámbito de la salud se manifiestan las controversias entre los diferentes paradigmas epistemológicos del feminismo, la igualdad, el pensamiento de la diferencia, el feminismo queer, y se problematizan, al ser el cuerpo y la biología objetos de conocimiento por excelencia en las ciencias de la salud, de un modo central en la medicina, y el cuerpo reproductivo el eje vertebrador de la atención sanitaria a las mujeres. Como destacó Mari Luz Esteban:

> Hablar de salud conlleva siempre una manera concreta de conceptualizar el cuerpo humano, aunque no siempre seamos conscientes de esto en nuestros estudios. Al mismo tiempo, las transformaciones históricas que se producen en las maneras de enfermar o sanar tienen una influencia directa en las corporalidades; pero también al revés, los cuerpos son sujetos de transformación individual, social e histórica o así se entiende desde la teoría social actual del cuerpo (2007, 269-270).

El modo en el que se aplique la epistemología y la teoría feminista en este campo podrá ofrecer claves que contribuyan a salir de las tradicionales dicotomías marcadas por la diferencia sexual o, por el contrario, contribuir a su afianzamiento. Como ya advirtió Verena Stolcke:

> No hemos logrado formular ni propuestas ni respuestas acerca de cómo conocer y entender las nuevas y viejas intersecciones entre biología/naturaleza y cultura, entre cuerpo e imaginarios socioculturales, entre sexo, sexualidad, cuerpo y representaciones de género clase, salvo en estudios específicos. A menudo carecemos incluso de palabras para nombrar esa erosión del dualismo cartesiano (2010, 17).

El ámbito de la salud fue crucial en la teoría y práctica feminista en los años setenta y ochenta, como se expondrá en el capítulo 3. A partir de la déca-

da de los noventa, perdió la referencialidad y centralidad que tenía hace quince/veinte años para el movimiento feminista, debido a varios factores. Por una parte, a los logros conseguidos en esos años, como los avances legales en relación a los derechos sexuales y reproductivos, los cambios sociopolíticos y, en especial, en la situación social de las mujeres. Por otra, a la incorporación masiva de las mujeres a la Universidad y al ejercicio de profesiones sanitarias. Esto condujo a que las reflexiones, debates y alternativas en torno a las distintas problemáticas de salud se generen y mantengan en un espacio perfectamente acotado y muy especializado, donde las académicas, investigadoras y profesionales de la medicina y psicología/psiquiatría, sobre todo, tienen todo el protagonismo. En palabras de Mari Luz Esteban:

> La salud ha pasado de ser un ámbito crucial en la teoría y la práctica feminista de los años setenta y ochenta, a tener un estatus secundario y al mismo tiempo superespecializado en los años noventa y comienzos del nuevo siglo. Es decir, que los contenidos referidos a la salud y el género han perdido la centralidad que tenían anteriormente dentro del feminismo, ocupando un lugar bastante secundario y periférico. Todo ello a pesar de que en las convocatorias del Programa Sectorial I+D de Género, los estudios relativos a la salud siguen ocupando los primeros puestos en cuanto a número de proyectos presentados (2003a, 247).

Teresa Maldonado también afirma que «durante mucho tiempo, tanto la elaboración teórica como la práctica militante y activista orientada a la transformación social, se llevaron a cabo desde el mismo lugar: el movimiento feminista (…), para convertirse cada vez mas en un asunto de especialistas» (2013, 21). En el mismo sentido, Sara Velasco clasificó el desarrollo de la epistemología, la teoría y la práctica feminista en el ámbito de la salud en dos etapas (2009a). En la primera etapa, desde 1975 hasta 1985, fue en el movimiento feminista, especialmente en los grupos de autoconciencia que se crearon dentro del movimiento de mujeres por la salud y en el marco del feminismo radical, desde donde se realizó una profunda crítica al androcentrismo de las ciencias de la salud, al poder del sistema sanitario sobre las mujeres, a su organización sexista y a la medicalización de sus procesos vitales. En la segunda etapa, a partir de la década de los años noventa, debido al desarrollo de los estudios de género y feministas y la incorporación de activistas y profesionales feministas del movimiento de salud a las instituciones sanitarias, de igualdad y del ámbito académico, se producirá un cambio cualitativo e impor-

tante en la producción de conocimiento feminista en el ámbito de la salud. En este periodo, se realizan numerosos estudios e investigaciones que incorporan la categoría de género en sus análisis, situando el sistema sexo-género no solo como un factor asociado, sino como determinante en las desigualdades en salud.

La primera etapa, además de dirigirse a la toma de conciencia de las mujeres y su empoderamiento personal y colectivo, se centró en el desarrollo de discursos no androcéntricos sobre la salud, generando un nuevo conocimiento que partía de la propia experiencia de las mujeres. Se visibilizó el ejercicio del poder patriarcal por parte del sistema médico y sanitario, su caracterización sexista, misógina y jerárquica, se denunció el control de la información sobre la salud y el cuerpo de las mujeres y su medicalización. El contenido de las Primeras Jornadas sobre Mujer y Salud, celebradas en Madrid en 1984 (Instituto de la Mujer 1987), ejemplifica las temáticas centrales en ese periodo: la maternidad, la planificación familiar, el aborto y la salud laboral. Las ginecólogas Carmen Martínez Ten y Cristina Buitrago abordaron en una de las ponencias dos de los aspectos centrales que posteriormente, con herramientas conceptuales más complejas, constituirían los ejes de las investigaciones en ciencia y feminismo. Por una parte, la participación de las mujeres en la estructura del sistema sanitario, aportando datos del número de mujeres médicas por especialidades, y su estatus profesional, y por otra, las mujeres como objeto de ese sistema sanitario, analizando la ideología médica como transmisora de valores patriarcales, afirmando:

> A pesar de que la medicina se considera rama de la biología, ciencia positiva y como tal neutral, lo cierto es que como el resto del conocimiento científico responde a los intereses de los foros y grupos dominantes en cada tipo de sociedad (…). La medicina tiene el inmenso poder de determinar qué es lo que sano o lo normal y en qué consiste la anomalía y la enfermedad (Martínez Ten y Buitrago 1987, 10).

Martínez Ten y Buitrago señalaron la cuestión del aborto como un ejemplo de la presencia en las ciencias de la salud de otros intereses ideológicos que no tienen que ver con la salud y que están por encima de ella. Desde el punto de vista sanitario, la realización de abortos en condiciones sanitarias tiene una menor tasa de mortalidad que un parto. En cambio, el aborto clandestino constituye uno de los más graves problemas de salud para las mujeres de todo el mundo. Concluyen el carácter ideológico y no científico de posturas

en contra la despenalización del aborto, como la que mantuvo en esa etapa el Colegio de Médicos. En relación a la tecnificación de los partos y el desplazamiento del protagonismo de las mujeres a los equipos médicos, manifestaron la unidimensionalidad del saber masculino autoritario y biologicista, que animaliza a las mujeres y deja fuera los aspectos subjetivos y sociales de la maternidad.

Las prácticas feministas en esta etapa se dirigieron hacia el autoconocimiento a través del trabajo grupal y a la creación y autogestión de centros de atención alternativos como forma de soslayar la medicalización y el control de las mujeres por parte del sistema médico y sanitario. En estos colectivos, en los que también participaban profesionales sanitarias, médicas, enfermeras, ginecólogas, psiquiatras y psicólogas, se generaron nuevos conocimientos y discursos sobre la salud de las mujeres, partiendo de la puesta en común de las experiencias vitales y su teorización, y se crearon modelos alternativos de cuidado de la salud que evitaban la tecnificación de los procesos sexuales y reproductivos y la medicalización del malestar producido por las condiciones de vida de las mujeres. Como resaltó Alba Martínez Rebolledo en su Trabajo Fin de Master, «los grupos se convierten en verdaderos laboratorios de producción ideológica, teórica y experimental del feminismo. El proceso de aprendizaje se realiza a partir de la construcción intelectual y vivencial de cada una de las mujeres que integran el grupo» (2013, 110). Igualmente, García Dauder y Eulalia Pérez Sedeño resaltan el nuevo modo de conocimiento generado en los grupos de autoconocimiento:

> En un ejercicio de epistemología desde el cuerpo, estos grupos de concienciación y autoconocimiento no solo consultaron manuales médicos, sino que experimentaron con sus cuerpos, con sus manos y dedos, autoexploraron sus genitales y generaron conocimiento político y de resistencia frente a concepciones opresivas del cuerpo de las mujeres (2017, 65).

La comunidad activista, por tanto, se convirtió en comunidad científica, elaborando un nuevo conocimiento a partir del propio cuerpo y de las propias experiencias, que no habían sido exploradas ni tenidas en cuenta hasta el momento. La teoría feminista en salud es, por tanto, un conocimiento enraizado en un movimiento político. De este modo, el movimiento feminista se constituyó en comunidad cognoscente y posicionada, poniendo en cuestión y actuando la crítica al sujeto del conocimiento

como individuo independiente, neutral y libre de valores. Por otra parte, al generar nuevo y distinto conocimiento a partir de la experiencia de las mujeres, también contribuyó a desvelar el androcentrismo y los sesgos sexistas en el conocimiento científico, produciendo un conocimiento situado, generado desde un punto de vista feminista. Todos estos aspectos han sido teorizados posteriormente como propuestas para una epistemología feminista.

En este sentido, una de las primeras publicaciones emblemáticas sobre la salud de las mujeres con una perspectiva feminista, el libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas,* es una publicación colectiva, que recoge las críticas a las ciencias de la salud y su aplicación en el sistema sanitario (Colectivo de Mujeres de Boston 1981, 333-374). Ana Porroche destaca lo que significó la publicación de *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*:

> Es considerado un libro revolucionario por tres motivos: (1) fue publicado por mujeres y para mujeres; (2) por primera vez las mujeres podían acceder a información médica, relevante para su salud, comprensible, basada en la evidencia científica y actualizada; (3) reconocía la experiencia y el saber de la persona enferma (2016, 4).

En España, colectivos como el Grupo Feminario de Alicante, formularon una fuerte crítica a la estructura patriarcal del sistema sanitario (1987), señalando la dicotomía sanidad pública/sanidad doméstica y cómo el sistema sanitario reproduce en su organización la estructura familiar y la división del trabajo. Los procesos colectivos de producción de conocimiento en salud en los grupos feministas se produjeron de una manera muy potente en los comienzos del feminismo radical y la caracterizan.

En esta etapa, en España, comienzan a traducirse y publicarse textos feministas relacionados con la salud de las mujeres. Además de la publicación de *Nuestros cuerpos nuestras vidas*, en el que participó Leonor Taboada[45], se publicó *Cuaderno Feminista* (Taboada 1978), texto que vuelve a circular en la actualidad a través de la Red de Mujeres Profesionales de Salud, en el intento de recuperar prácticas olvidadas o arrinconadas, pero que ponen en manos de las mujeres herramientas para su autoconocimiento, autonomía y autocuidado y facilitan información y conocimientos para

[45] Actualmente es directora de la revista *MYS*, *Mujer y Salud*, editada en Barcelona por CAPS (Centro de Análisis Programas Sanitarios) y todavía activista en el movimiento de salud en Baleares en el colectivo ADIBS.

una mejor toma de decisiones en salud ante el sistema sanitario. Los talleres de autoexamen y autoconocimiento son considerados una herramienta para reescribir la política del cuerpo y cuestionar el sistema biomédico tradicional, androcéntrico y sexista. El cuerpo de las mujeres se considera colonizado por el poder médico y el autoconocimiento se propone como una herramienta de conocimiento y empoderamiento (Martínez Rebolledo 2013, 124).

La editorial feminista *La Sal* de Barcelona inicia su colección *Cuadernos Inacabados* con el texto de Bárbara Ehrenreich y Deirdre English sobre *La historia de las sanadoras y la política sexual de la enfermedad* (1981), al que seguirán otros muchos textos relacionados con las mujeres y la salud en esa misma colección[46]. Entre otros, muchos de ellos editados con el apoyo económico del Instituto de la Mujer, se traduce y publica *Manual de Ginecología Natural para Mujeres* de Rina Nissim (1985), ginecóloga que trabaja en un centro de salud de mujeres para mujeres en Ginebra; *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*, de Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (1996). Asimismo, llegan numerosas publicaciones de Latinoamérica, entre ellas los textos de Mabel Burin y Clara Coria (Burin 1987; Burin et al. 1991; Coria 1996) sobre salud mental y los publicados por la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, ISIS Internacional (Daskal y Ravazzola 1990).

Paralelamente al desarrollo del autoconocimiento y la reivindicación de derechos sexuales y reproductivos, coexiste otra área de interés, la salud mental y el llamado «malestar de las mujeres». Se denuncia la medicalización y naturalización del malestar de las mujeres, visibilizando la relación entre la depresión y los roles de madre y ama de casa, la dedicación al trabajo doméstico y la postergación de los proyectos propios (Rojo 1980; Sáez 1988; Sau 1976). En esta etapa, se utilizan categorías diagnósticas que evidencian las causas del malestar de las mujeres, como la «depresión del ama de casa» y el «síndrome del nido vacío», conectando el malestar con la situaciones vitales derivadas de los roles de género. La dedicación al trabajo doméstico y el

[46] Colección que pasará posteriormente a la Editorial Horas y Horas de la Librería de Mujeres de Madrid. Otros textos publicados, relacionados con la salud, son: *Sobre mujer y salud mental* (Sáez 1988); *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto* (Bezemer et al. 1994); *Una cuestión incomprendida. El maltrato a las mujeres* (Pérez del Campo 1995); *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (Lagarde 2000); *Dos para saber, dos para curar* (Hipatia 2004). En la colección Manuales de Salud publican *Manual de Salud de la mujer* (Mackeith 1983); *Masturbación* (Wallace 1986); *¿Por qué sufrir? La regla y sus problemas* (Birke y Gardner 1986).

cuidado de la familia como proyecto de vida se considera un factor de riesgo para la salud (Sáez 1988).

A partir de la década de los noventa, con la creación de los centros de estudios de la mujer en las universidades y la entrada masiva de mujeres a la Universidad y a las profesiones sanitarias, la crítica epistemológica a las ciencias de la salud se producirá fundamentalmente desde el ámbito académico y científico-profesional. En el ámbito académico, se constituyen grupos de investigación en salud en el marco de los Centros de Estudios de la Mujer. Entre ellos, el SEIM de la Universidad de Zaragoza, creado en 1994, que ha organizado jornadas y seminarios sobre salud y publicado sus actas[47]. Entre sus publicaciones se encuentran dos textos clave para la investigación feminista en salud. El primero, *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (Miqueo et al. 2001), con una visión interdisciplinar, en el que colaboran reconocidas teóricas en este ámbito como Mari Luz Esteban, Teresa Ortiz, Lucía Mazarrasa, Carmen Valls, Teresa Ruiz Cantero y Ana Távora entre otras. En este libro se abordan tres áreas: El sistema sexo-género en salud, deconstrucción de los sesgos de género y el análisis de género en la práctica médica. Su segundo libro fue *Diálogos Interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género* (Tomás et al. 2006). Entre los trabajos que se incluyen, se presenta un estudio del equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública sobre las publicaciones en España en el área de salud y género (Ruiz Pérez et al. 2006). Eulalia Gil García, profesora del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, realiza un análisis de los discursos de la ciencia sobre los trastornos alimentarios de las mujeres (2006), señalando que existen dos discursos, uno nutricionista y otro preventivista, y ambos responsabilizan a las madres de los cambios sociales en cuyo origen se sitúa la enfermedad. Eulalia Gil, al analizar el desarrollo de estos discursos, también constató que la anorexia se construyó como enfermedad y se creó un problema social al que se destinaban muchos recursos y que, sin embargo, era un problema de salud pública menor. Subraya, además, la sobremedicalización de las mujeres que realiza del sistema sanitario:

[47] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=siem%20universidad%20de%20zaragoza&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwzar.unizar.es%2Fsiem%2F&ei=ABr0Uai6D8vg7QbzkYHwCA&usg=AFQjCNEzn_jpMA1P9cwtk27RsS-0JiNefqg. (Consulta: 26/07/2013).

> Medicalizan comportamientos que habitualmente realizan las mujeres en contraste con otros que realizan mayoritariamente varones y comportan más riesgo para la salud, por ejemplo el gusto por la velocidad o el riesgo que conlleva practicar determinados deportes e aventura que producen un mayor número de discapacidad y muerte (Gil García 2006, 34).

Otro importante centro de investigación en salud es el Instituto de Estudios de las Mujeres y Género de la Universidad de Granada[48], que mantiene diversas líneas de investigación en este ámbito: género, salud y medicina; género y salud mental; profesiones feminizadas en el ámbito de la salud; historia de las mujeres, anticoncepción, sexualidad y salud: recuperación de las prácticas sanitarias y la historia de la planificación familiar en España durante el franquismo y la transición democrática; trabajo, género y medicina; actividad profesional de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. Asimismo, el Instituto de Estudios de las Mujeres y Género de la Universidad de Granada creó en 1989 la colección Feminae, en la que ha publicado 27 títulos, entre ellos varios relacionados con el ámbito de la salud[49], y en 1994 la *Revista Arenal*, dedicada a la Historia de las Mujeres, que cuenta con 21 números publicados. Uno de ellos, en el año 2000, se dedica íntegramente a *Mujer y Medicina en el Mundo Antiguo*, aunque la revista publica artículos relacionados con la salud asiduamente.

El Seminario Universitario Mujer y Salud en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, coordinado por la psicóloga Asunción González de Chávez, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud, organizó desde 1990 un seminario universitario de carácter interdisciplinar sobre mujer y salud, cuyos contenidos están recogidos en varios libros: *Cuerpo y Subjetividad femenina. Salud y género* (1993), *Feminidad y Masculinidad. Subjetividad y Orden simbólico* (1998), *Hombres y Mujeres: subjetividad, salud y género* (1999a), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (1999b).

[48] Disponible en: http://imujer.ugr.es/. (Consulta: 10/05/2015).

[49] *Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa en un barrio de Granada* (Fernández Ruiz 1990); *Mujer, Salud y Ciencia. Fondos bibliográficos sobre mujeres en la sección de Historia de la Medicina y de la Ciencia de la Universidad de Granada* (Ortiz et al. 1992); *Hacia el autoconocimiento del cuerpo femenino. Fertilidad y métodos naturales* (Barranco y Caño 1994); *Mujeres y Psicología. Fondos bibliográficos sobre mujeres en la biblioteca de Psicología y de la Universidad de Granada (*Robles Sanjuán 1995); *Otra mirada a la anorexia: Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas* (Gil García 2007); *Las primeras psicólogas españolas. Itinerarios vitales y profesionales* (García Colmenares 2011).

El Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante tiene también una línea de investigación en salud pública con perspectiva de género. Dedicó el número 18 de su revista *Feminismo/s* a Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación (Ruiz Cantero 2011) y en 2007, su nº 10 es un monográfico dedicado a *Medicinas y género. El torsimany necesary.* También ha elaborado la *Guía de Estadísticas de salud con enfoque de género* (Ruiz Cantero y Papi 2007).

Algunos centros de estudios de las mujeres, aunque no tengan líneas de investigación en salud, incorporan esta temática en sus revistas. Así, la revista *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, del Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de León, publicó en 2010 un número monográfico dedicado a «Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género» (Rodríguez Pacios 2010). El Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid celebra jornadas anuales de investigación interdisciplinaria y publica sus actas. En las VIII Jornadas, la salud es una de las grandes líneas de reflexión, además de la sociología y la historia (Bernis et al. 1991).

Varias universidades cuentan con profesoras que tienen líneas de investigación en salud y género y que publican trabajos en este ámbito. Así, Mª del Pilar Sánchez López, catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, dirige el Master Oficial Mujeres y Salud en la misma facultad y ha coordinado la publicación *La salud de las Mujeres* (2013), en la que se abordan la salud sexual y reproductiva, la violencia, los cuidados, la salud mental, así como los sesgos de género en la investigación y atención sanitaria. La Universidad de Cantabria, de la que es profesora la historiadora de la medicina Monserrat Cabré, publicó *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud* (Cabré y Salmón 2013), con el objetivo de que el alumnado incorpore en su formación el conocimiento existente sobre salud y género. Para ello, en este texto se incluyen artículos que abordan la contribución de la medicina a la construcción de lo masculino y lo femenino, un análisis de cómo los discursos androcéntricos se reflejan en los libros de texto y los sesgos androcéntricos en la investigación clínica.

La *Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, editada por la Sociedad vasca de Sociología, la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Deusto y el Departamento de Sociología de la Universidad del País Vasco, dedicó su número 44 en el año 2007 a *Desigualdades sociales en salud* y la segunda parte del mismo número a *Desigualdades en*

salud desde la perspectiva de género. También la Revista *Thémata. Revista de Filosofía*, editada por la Universidad de Sevilla, dedicó el número 33 del año 2004 a recoger las actas del v Congreso Internacional de Antropología Filosófica de la Sociedad Hispánica de Antropología Filosófica, «Antropología Filosófica y bioética ante los retos de las nuevas tecnologías», celebrado en 2002 en Santiago de Compostela. Una de las áreas temáticas del Congreso fue la biotecnología en la perspectiva feminista, en la que Inés Fernández Buján presenta un trabajo sobre medicina y poder sobre los cuerpos (Fernández Buján 2004).

Es importante resaltar, en el ámbito de los estudios universitarios, la consolidación de la especialidad de Antropología Feminista de la Salud en la década de los noventa y la incorporación de asignaturas específicas de feminismo y salud en la licenciatura de Antropología. En esos años se defienden las primeras tesis doctorales, se llevan a cabo los primeros proyectos en equipo y comienza la investigación antropológica en salud y género (Esteban 2010b). Actualmente, la Universidad del País Vasco es la que cuenta con más presencia de profesoras e investigadoras en Antropología Feminista y salud, seguida de las Universidades de Barcelona, Granada y Sevilla. La Antropología feminista está abriendo caminos que permiten definir de forma amplia y compleja los circuitos establecidos entre cuerpos, ideologías, relaciones sociales e instituciones (Esteban 2006, 15), haciendo posible un enfoque no dualista de la ciencia.

El ámbito científico-profesional también es de una gran relevancia en el campo de las ciencias de la salud y las profesionales feministas han impulsado grupos de investigación en género y salud, tanto en las sociedades científicas como en las instituciones sanitarias, con la clara conciencia de la importancia que tienen estos espacios para la divulgación de un conocimiento crítico, como es el feminismo, y su aplicación en la atención sanitaria. Desde la década de los noventa, existen en España diversos grupos de investigación en desigualdades de género en salud creados en instituciones de la administración sanitaria, entre otros en el Instituto Municipal de Salud de Barcelona, en el Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, que elaboró la *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud* (García Calvente 2010) y el Grupo de Género y Salud Pública en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en el que participan epidemiólogas feministas. La SESPAS realizó en 2004 un informe sobre salud pública desde la perspectiva de género, que fue publicado en la revista que edita esta Sociedad, *Gaceta*

Sanitaria (Revista *Gaceta Sanitaria* 2004). En el artículo editorial del número 23(3) de 2015, el equipo editorial publica como nueva política de *Gaceta Sanitaria* el fomento de la igualdad de género en esta publicación (Borrell et al. 2015). Asimismo, en 2002 se constituyó la Red de Investigación en Salud y Género de ámbito estatal (RISG), con 37 investigadoras adscritas a 7 grupos pertenecientes a 4 Comunidades Autónomas y coordinada desde el Instituto de Salud Carlos III, que ha publicado numerosos artículos sobre sus investigaciones en salud[50].

De modo global, desde diferentes disciplinas sanitarias y no sanitarias (antropología, sociología, historia, filosofía), la epistemología feminista aplicada a las ciencias de la salud se ha dirigido al análisis, investigación y crítica del conocimiento existente sobre la salud de las mujeres como un conocimiento androcéntrico y sesgado. Las numerosas investigaciones en el ámbito de la salud realizadas desde el marco feminista señalan:

> El conocimiento que existe es discutible. En primer lugar por presentar sesgos de género y, en segundo lugar, por sus carencias temáticas o de enfoque. Los servicios sanitarios y la investigación pueden sesgar su práctica presumiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y de los hombres y sus riesgos son similares o alternativamente, presumiendo que son diferentes cuando realmente son similares (Ruiz Pérez et al. 2006, 21).

Teresa Ruiz Cantero define de este modo los sesgos de género en el ámbito de la salud:

> El planteamiento erróneo de igualdad o diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a su naturaleza, sus comportamientos, sus razonamientos o necesidades; que puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación y que es discriminatoria para un sexo respecto a otro (2001, 164).

El primer sesgo, minimización de las diferencias, se produce por presunción de igualdad entre hombres y mujeres ante diversos problemas de salud, cuando en realidad hay diferencias. El sesgo de similitud genera invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres, bien por la extensión a las mujeres

[50] Disponibles en: http://scholar.google.es/scholar?q=red+de+investigaci%C3%B3n+en+salud+y+g%C3%A9nero+(+risk+)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=-_0UaFrg-4vsBqGFgZgN&ved=0CC0QgQMwAA. (Consulta: 27/07/2013).

de resultados de estudios realizados casi exclusivamente o predominantemente con población masculina, bien porque factores de riesgo importantes para la salud de las mujeres quedan sin analizar por falta de estudios que los investiguen específicamente o los integren adecuadamente. El segundo sesgo, magnificación de las diferencias, se produce en la situación contraria, cuando se presuponen más diferencias o distintas de las existentes. Estos sesgos se producen por aplicar acríticamente la cultura estereotipada, los prejuicios y actitudes sexistas en las prácticas científicas. Carmen Valls ha documentado ampliamente los sesgos de género en la medicina y desarrollado el concepto de morbilidad diferencial para visualizar las diferencias sexuales en el modo de enfermar (2006; 2009).

Ruiz Cantero también ha investigado los sesgos de género relacionados con la salud que se manifiestan en los estereotipos institucionales, como los indicadores de salud de las mujeres propuestos por la OMS, que se centran únicamente en la salud sexual y reproductiva, o en las Encuestas Nacionales de Salud, donde el concepto actividad principal hace referencia a los trabajos productivos y reproductivos, teniendo que elegir entre ambos para señalar los síntomas limitantes (2008). Asimismo, muestra que en todas las fases del proceso de investigación en salud, el enfoque de salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género. En España, señala, no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en el acceso, uso y la calidad asistencial sanitaria; ni en relación con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las investigaciones realizadas solo aportan mejoras en el contexto de la justificación, pero no en el contexto del descubrimiento, es decir, en la identificación de problemas de salud y sanitarios. El fracaso del modelo biomédico en la producción de conocimiento útil para la asistencia y tratamiento de síndromes y síntomas sin causa orgánica ejemplifica sus limitaciones teórico-metodológicas para comprender estos problemas. En este sentido, Sara Velasco desarrolló un nuevo modelo de atención a estos síndromes para ser aplicado en atención primaria (2006a).

Otro de los aspectos a los que se ha dirigido la investigación feminista ha sido a visibilizar la política de exclusión e infrarrepresentación de las mujeres en los estudios clínicos y las consecuencias de la generalización de los resultados y su aplicación clínica a las mujeres, con graves efectos para su salud, como es el caso de las enfermedades coronarias (Valls 2006).

El análisis de cómo han sido pensadas y categorizadas las mujeres por los discursos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pediátricos, enfermeros y sanitarios, su dimensión normativa y su papel fundamental en la naturalización de

la subordinación de las mujeres y en el control sobre sus cuerpos y sus vidas, ha centrado buena parte de las investigaciones feministas (Bolufer 2007; Medina 1999; Miqueo 2004; Ortiz 1997; Sánchez 2008). La naturalización de las mujeres en las teorías médico-científicas en diferentes momentos históricos, continúa presente en la actualidad y puede observarse en los discursos sobre la menopausia o la maternidad, poniendo de manifiesto la renaturalización de las mujeres a través de conceptualizaciones biologicistas y psicologicistas. En este sentido, Mari Luz Esteban señala que la menopausia, construida como una entidad clínica nueva en las últimas décadas, está significando un intento brutal de regulación de la vida de las mujeres, la medicalización llevada al extremo, ya que alrededor del tratamiento de la menopausia muchas mujeres se ven sometidas a múltiples pruebas, algunas de ellas cruentas y dolorosas, que se repiten con frecuencia y durante muchos años. Acudir muy a menudo a los servicios sanitarios hace a estas mujeres más vulnerables a las opiniones e intervenciones de los médicos sobre sus vidas (Esteban 2000, 82). Destaca que, paralelamente, se está produciendo otro fenómeno relativamente nuevo, la invención de la edad media de la vida de las mujeres como un momento crítico, de riesgo y vulnerabilidad para todas. Es la otra versión de la preocupación por la menopausia, que surge como un área específica de intervención y, por tanto, de sanitarización de las mujeres. Esto pone de manifiesto que las mujeres siguen siendo consideradas como las otras, las diferentes, las vulnerables. En este caso, las mujeres son las iguales por excelencia, no se tienen en cuenta las diferencias entre ellas, producidas por otras variables contextuales y de condiciones de vida. Este asunto también desvela la preocupación por la vejez, el ansia de la eterna juventud, que la sociedad personifica en las mujeres. Por último, señala los intereses económicos de sectores médicos y de las empresas farmacéuticas, que han encontrado un nuevo filón en los cuerpos de las mujeres en la edad media de la vida. Esteban analiza también la campaña de promoción de la lactancia materna que se ha producido en los últimos años, que considera un claro ejemplo de cómo se articula la reacción médica y social frente al avance del feminismo, los cambios en la vida de las mujeres y los logros en cuanto a una mayor autonomía. Los argumentos que se utilizan para justificarla como una mejor práctica se basan en que es más natural y mejor para las criaturas física y emocionalmente, por lo que se vuelve a conectar a las mujeres con la responsabilidad del mundo emocional.

Desde la teoría feminista se han formulado fuertes críticas a las definiciones y conceptualizaciones de la salud y la enfermedad, señalándolas como biologicistas y unidimensionales; a la etiología de las enfermedades, visibi-

lizando el reduccionismo etiológico de la medicina, basada en una sintomatología biologicista (Esteban 2001). Se visibiliza, de un modo especial desde la antropología feminista, la construcción y producción cultural de las enfermedades y las categorías diagnósticas, poniendo de manifiesto su capacidad para estigmatizar, especialmente en el área de salud mental, en la sexualidad o en la esfera reproductiva (Esteban et al. 2010). Desde la teoría feminista se implementan modelos multicausales, diagnósticos psicoculturales y políticos. Una de las grandes aportaciones del feminismo al ámbito de la salud ha sido el concepto de malestar, que desarticula el binarismo salud-enfermedad, como explica la psicóloga Isabel Martínez Benlloch:

> Esta nueva categoría desarticula el binarismo salud-enfermedad al ir más allá de los síntomas y forzar la incorporación de dimensiones significativas al análisis de las demandas de asistencia clínica, adquiriendo una fuerte significación las dimensiones sociocultural e histórica (…). Hablar del malestar de las mujeres implica adoptar un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y que indague cómo los modelos de socialización, los roles familiares, las obligaciones, las posibilidades de expectativa laboral, etc. producen situaciones de sobrecarga física y emocional que acaban siendo factores de riesgo para la salud (2004, 303).

El feminismo se alinea con el constructivismo y las teorías contextuales, explicando la influencia en la salud de los factores sociales, la subjetividad y las políticas del patriarcado. En las ciencias de la salud se había obviado la conexión entre la situación social de las mujeres, el desempeño de los roles de cuidado, la falta de poder, la violencia, la feminización de la pobreza y el malestar y la enfermedad. Por tanto, desde un marco feminista de interpretación se reelaborarán las conceptualizaciones de la salud y la enfermedad incorporando sus dimensiones históricas, culturales y sociales en relación al sistema sexo-género, visiones holísticas y sensibles a lo local y particular, multicausales y multidimensionales. En este sentido, se han abordado problemáticas como la anorexia y la bulimia, la fibromialgia, el dolor crónico, la depresión y el malestar de las mujeres. Asimismo, se realiza una profunda crítica a la lectura fragmentada del cuerpo y la salud, según especialidades sanitarias. Como señaló Carmen Valls, la mirada fragmentada del cuerpo hace a veces imposible la elaboración de historias clínicas que expresen los síntomas, el dolor y el malestar en forma de relato (2013).

Desde el feminismo queer se subraya el papel de la biotecnología en la producción de biologías e identidades que refuerzan el dualismo sexual, y se visibiliza la incorporación de principios ideológicos con este fin (García Dauder 2014). Se pone en cuestión la determinación biológica del sexo y se investigan las aplicaciones de la biotecnología y su impacto en la ruptura de los discursos sexo-género. Se analizan las repercusiones derivadas del uso de las tecnologías reproductivas y se abordan temas que, a partir de las nuevas situaciones generadas por las tecnociencias, producen fracturas en la tradicional mirada al binomio sexo-género, la familia y la maternidad. Las tecnologías reproductivas han sido también un asunto de gran relevancia para el feminismo, consideradas como la culminación de los procesos de medicalización de la vida de las mujeres debido, entre otras razones, a la banalización de la fragmentación del cuerpo y del proceso reproductivo, la aparición de las madres de alquiler y los intereses económicos que refuerzan los deseos socialmente construidos de las mujeres (Taboada 1986; Tubert 1991; 2011b).

Los tratamientos sanitarios también han sido objeto de la crítica feminista. Se visibiliza y denuncia la patologización y medicalización de los procesos vitales de las mujeres y el interés en el control los procesos orgánicos femeninos desde el sistema sanitario y, paralelamente, la trivialización de los problemas de salud de las mujeres, atribuyéndolos a manifestaciones psicosomáticas sin investigar sus causas, como es el caso de la fibromialgia o el dolor crónico. Como señalaron Marian Uría y Carmen Mosquera:

> La invisibilidad y la medicalización no justificadas de las mujeres son dos fenómenos extremos que se practican en y desde el sistema sanitario. Por una parte se da una desatención a necesidades, patologías o formas específicas de enfermar de las mujeres y, por otra, se realizan intervenciones sanitarias innecesarias –y a menudo iatrogénicas– sobre procesos naturales del cuerpo y la vida de las mujeres (2013, 311).

Las temáticas objeto de estudio e investigación en relación a la salud de las mujeres sobredimensionaron la esfera reproductiva. Mari Luz Esteban señala la hipervisibilización de los roles reproductivos y la invisibilización de las aportaciones de las mujeres a la economía, la cultura, la ciencia o la política, la necesidad de hacer lecturas sociales que incorporen lo contextual y relacional, frente a lecturas psicológicas de la enfermedad y el malestar de las mujeres, así como de implementar programas sociales frente a programas sanitaristas, que incidan en las causas que llevan a enfermar (2006, 12).

La perspectiva reproductivista de las mujeres hace que los acontecimientos importantes de la vida aparezcan ligados al ciclo fértil: menarquia, embarazos, partos, menopausia. La estructura y modelo de atención sanitaria a las mujeres se fundamenta en base a la identidad femenina socialmente asignada y no a las múltiples actividades que realizan las mujeres a lo largo de su vida. Esteban subraya que

> Habría que investigar y tener en cuenta nuevos factores de periodización y de valoración de la vida al margen del ciclo fértil, diferenciados y/o semejantes a la experiencia masculina. Factores que tendrían que ver con el desempeño de un trabajo, asalariado o no, la/s opción/es y prácticas sexuales, los proyectos concretos de vida, las modificaciones en el entorno geográfico y socio-cultural, los cambios en el status económico, en las creencias religiosas, las relaciones afectivas y las personas de referencia, los hábitos de salud y las modificaciones en los mismos, la autoimagen, etc. Y en este proceso de remodelación de las categorías, los puntos de vista de las mujeres, las diferencias en sus vivencias, sus propias jerarquizaciones y categorizaciones en cuanto a la salud, deberían tener un protagonismo singular (1996, 29).

Desde el feminismo se resalta la necesidad de que los sistemas de salud acompañen y promuevan transformaciones sociales y culturales paralelamente a las personales. Se crean centros con una dimensión sanitaria-política y con otros modelos de atención, como los centros de planificación o de atención al malestar de las mujeres, que se sitúan fuera de los límites impuestos por la medicina institucional (Esteban 1994).

La práctica profesional es también objeto de investigación, especialmente la práctica médico-sanitaria y las relaciones de poder que se reproducen en las consultas. Se han generado modelos de atención críticos con el sistema y con el modelo hegemónico, sexista, jerárquico y de poder. Se visibilizan las consecuencias de la ausencia del discurso de las usuarias y profesionales en las investigaciones, así como la importancia de estas relaciones en la atención sanitaria. La teoría feminista señala la necesidad de tener en cuenta la subjetividad y el contexto de la paciente para entender los procesos de salud-enfermedad.

Emergen nuevas cuestiones de investigación desde el punto de vista feminista: el impacto en la salud del trabajo de cuidar, de la violencia y de la feminización de la pobreza entre otras. Asimismo, se incorporan como objeto de investigación y atención problemáticas que experimentan las mujeres pro-

cedentes de otras partes del mundo, como las consecuencias de la ablación del clítoris y la infibulación. Se realizan nuevas lecturas desde el punto de vista feminista de problemáticas de salud y su impacto en las mujeres, como el VIH, las drogodependencias, la anorexia y la bulimia, que serán expuestas en el apartado 3.2.

Se produce una fuerte crítica a las metodologías de investigación, al proceso de producción de conocimiento científico, descubriendo la perspectiva androcéntrica del método científico y los intereses que se ponen en juego en las prioridades de investigación en salud. Se analizan los marcos teórico-conceptuales en los discursos, investigaciones, descripciones o explicaciones de los resultados. Se elaboran materiales, protocolos y guías para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud (Ariño et al. 2011; García Calvente 2010; Ruiz y Papí 2007). Se plantean cambios, no solo en las estructuras y los procedimientos de investigación, sino también en la cultura epistemológica y en el modo de trabajar e interactuar de la comunidad científica. La metodología feminista en la investigación en salud se propone identificar las desigualdades entre hombres y mujeres utilizando el género como categoría central y transversal de análisis, el reconocimiento de la diversidad de situaciones y experiencias y de otros determinantes de salud que se entrecruzan, como las condiciones socioeconómicas, la edad, la orientación sexual, es decir, la interseccionalidad del género con otras formas de desigualdad, en el compromiso con los sectores más desfavorecidos y vulnerables. Se prioriza la metodología cualitativa, que incorpora la subjetividad, la reflexividad y la participación activa. La investigación desde el marco feminista también se dirige a la transformación de estructuras, instituciones y culturas sanitarias.

Se analiza el sistema sanitario como una de las principales instituciones reproductoras de las relaciones de género (Blázquez 2010) que ha contribuido a construir la diferencia femenina, por ejemplo, a través de la creación de las unidades de atención a la mujer (Martínez-Benlloch 2004, 298), así como a mantener en la estructura sanitaria la jerarquía de las relaciones de género en las profesiones. El status que ocupan y han ocupado históricamente las mujeres en la investigación y asistencia, la segregación horizontal y vertical, la maternalización del rol profesional de las mujeres, el predominio masculino en la comunidad científico-médica son objeto de investigación, visibilización y denuncia.

En cuanto a la formación, se hace crítica feminista a los discursos de los manuales académicos en ciencias de la salud. Se han elaborado y editado manuales para las universidades en los que se incorpora la perspectiva de géne-

ro y feminista en medicina y psicología (Barberá y Martínez-Benlloch 2004; Cabré y Salmón 2013; Díaz y Dema 2013; Sánchez López 2013). Se señala la importancia de la formación del profesorado para que transmita otra forma de entender la ciencia y la atención sanitaria, que incorpore la teoría feminista como teoría crítica.

Se desvelan los intereses económicos de los profesionales médicos, de las industrias farmacéuticas y de la tecnociencia en los cuerpos de las mujeres (Pérez Sedeño 2012; Revista *MYS* 2005a; 2010a) y su incidencia en las nuevas formas de hipermedicalización de las mujeres, como la vacuna contra el virus del papiloma o la viagra femenina (Gervás y Pérez-Fernández 2016; González García 2015).

Existe un interés creciente en los últimos años en conocer cuál ha sido el impacto de la teoría feminista en las ciencias de la salud después de tres décadas de un intenso trabajo, si se han incorporado y cómo, las críticas, análisis, investigaciones y propuestas feministas, tanto en los discursos científicos como en sus aplicaciones clínicas. Hace veinte años Mari Luz Esteban señalaba que los resultados del trabajo feminista en este ámbito no habían sido los esperados: ni la práctica asistencial, ni las metodologías, ni las teorías científicas habían sufrido modificaciones significativas (1996). Esto se atribuía, por una parte, a la poca presencia de feministas en puestos de responsabilidad administrativa, académica y científico-sanitaria; por otra, a la resistencia del *establishment* médico y sanitario frente al feminismo y las políticas de metabolización y distorsión de la mayoría de los mensajes feministas. En 2006, diez años después, Esteban vuelve a afirmar:

> Sin embargo, no todas las investigaciones biomédicas o sociales que se refieren a las maneras específicas de enfermar o curarse de hombres y mujeres toman en su justa medida los resultados aportados por los estudios feministas, y mucho menos la evolución en dichas aportaciones. Hoy día sería impensable, por ejemplo, una antropología de la salud y de la medicina que no se hiciera eco de las principales concepciones o discusiones internas a dicha especialidad. Sin embargo, es relativamente habitual leer trabajos donde se abordan materias relativas al género que no integran publicaciones feministas de relevancia, o lo hacen de forma puntual o anecdótica. Este hecho resulta no solo preocupante por el silenciamiento de los logros y la usurpación de los conocimientos y, por tanto, por la falta de reconocimiento de la producción teórica feminista, sino también porque limita y empobrece sobremanera el desarrollo de dichos estudios. Muchos

> autores siguen manteniendo un punto de vista restrictivo y no reciclado a la hora de analizar la estratificación social, dando prioridad a la clase social o a la etnia frente a la exclusión social por género, sin hacer una adecuada articulación de las distintas variables, como reclama la teoría feminista (2006, 10).

Del mismo modo, Diana Maffía señaló que la teoría feminista sigue siendo vista como una ideología:

> Uno de los motivos que explican que a casi veinte años del desarrollo de la epistemología feminista, sus críticas no hayan penetrado suficientemente las comunidades científicas, sea que es vista como una ideología o una crítica social por fuera de los métodos legitimados por la Ciencia misma para evaluar conocimientos (2007, 65).

La psicóloga Teresa Cabruja también analizó la dificultad de incorporar esta mirada crítica feminista en la Universidad y las repercusiones e implicaciones de sus posicionamientos para aquellas mujeres que teorizan desde el feminismo, considerándolas políticas o partidistas. Señala, en ese sentido, las resistencias que se producen ante la recuperación de las mujeres como sujetos de conocimiento en la historia de la psicología, fruto de la creencia de que la ciencia es neutra y se construye de acuerdo con la relevancia de las aportaciones, por lo que la exclusión histórica de las psicólogas no se analiza como reparación de una anterior exclusión y de desigualdades históricas, sino que se entiende como inclusión forzada por la identidad de género (Cabruja 2008, 40-41). Igualmente, García Dauder recogió en su tesis doctoral (2003, 30-31) las resistencias y dificultades que las psicólogas feministas tuvieron que enfrentar en distintos momentos históricos.

En la última década se ha comenzado a realizar estudios e investigaciones para valorar la incorporación de la epistemología feminista en las diversas disciplinas sanitarias, buscando su impacto en las revistas científicas, los manuales de enseñanza, los discursos sanitarios institucionales y las aplicaciones de protocolos en las prácticas sanitarias. Periódicamente se han realizado investigaciones con el objetivo de conocer qué se investiga en España en salud y género, cómo se incorporan las críticas y conceptualizaciones feministas en las ciencias de la salud (Castaño-López et al. 2006; Miqueo 2008; Miqueo et al. 2006; Ruiz et al. 2006; Valls 2001). Equipos de investigadoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública realizaron un estudio de las publicaciones sobre

mujeres, salud y género en España desde 1990 hasta 2005 para conocer, entre otros aspectos, cómo y si se había incorporado una perspectiva de género en las investigaciones (Castaño-López et al. 2006; Ruiz et al. 2006). Concluyeron que los temas más tratados seguían siendo los aspectos reproductivos y con un enfoque biomédico. Señalaron entre las limitaciones de este estudio el «sesgo de publicación», pues muchas revistas rechazan artículos con perspectiva de género porque no encajan en su línea editorial. Afirman que:

> Falta investigación en todos aquellos aspectos que son nuevos porque forman parte de la nueva vida de las mujeres: la que cursa en los espacios públicos, la que se refiere al impacto del trabajo productivo en su salud, el efecto de la conciliación de la vida familiar laboral, información sobre temas emergentes como la violencia de género y la salud de las mujeres inmigrantes (Ruiz et al. 2006, 23).

También Consuelo Miqueo se interrogó acerca del papel que ha tenido la epistemología feminista en la emergencia de los estudios de género y salud. Al revisar la literatura internacional observó una falta de evidencia de esa influencia intelectual: se cita raramente a las teóricas del feminismo, casi no hay uso explícito del termino 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. Existe un no reconocimiento de la genealogía feminista, que ella explica por el conflicto que sienten las mujeres entre tener autoridad científica o académica o quedar al margen de la comunidad científica y académica, conflicto que también es expresado por otras investigadoras. Miqueo estudió la influencia de la epistemología feminista en la comunidad científica médica, observando que «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» (2008, 156).

El grupo Genciana del Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza investigó los cambios que el feminismo ha producido en la ciencia española. Basándose en la información recogida en el Libro Blanco de los estudios de las mujeres en las Universidades españolas (Ortiz et al. 1999), observaron que «el feminismo académico de nuestro país se ha interesado por la ciencia más tarde y mucho menos que sobre cualquier otra actividad social

o campo del saber» (Miqueo et al. 2003, 210). Resaltan que los temas de investigación se han centrado fundamentalmente en tres líneas: 1) los que analizan el discurso de la ciencia y el papel que juegan símbolos y metáforas y sesgos sexistas en su construcción; 2) los que se centran en las descripciones científico-médicas de la naturaleza femenina y de las diferencias sexuales, y 3) los que estudian la organización social de la práctica científica, siendo este campo el que goza de mayor aceptación en la propia comunidad científica.

Sin embargo, Consuelo Miqueo afirma que la revisión de la literatura médica sí permite observar que la comunidad médica detecta sesgos de género, trata y previene la violencia contra las mujeres y actúa en su labor asistencial teniendo en cuenta determinadas desigualdades y roles de género. Asimismo, encuentra que el número de artículos publicados y registrados en Medline/PubMed, relacionados con género/feminismo, aumentó de 353 en 1982 a 3.215 en 2002, concluyendo que:

> 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 solo al microscopio feminista (Miqueo 2008, 157).

Miqueo también afirma que existen señales claras de la asunción por parte de la comunidad médica de la crítica a los sesgos de género en relación a algunos aspectos de la investigación. Entre ellos, tras haberse demostrado las repercusiones de la exclusión de las mujeres de los ensayos clínicos, se consigue la paridad y la inclusión de mujeres en las muestras de estudio. Como uno de los claros ejemplos, el cardiólogo Alfonso Castro Beiras en su libro *Enfermedad cardiovascular en la mujer* (2000), escribe que es necesario 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. Los manuales universitarios también muestran la conciencia de estos sesgos, como el *Harrison. Principios de Medicina Interna*, en su 14ª edición de 1998, en la que ya advierte de las diferencias entre hombres y mujeres en la sintomatología de determinadas enfermedades como las cardiopatías (Miqueo 2005). Asimismo, se pueden observar otras huellas de la incorporación del marco feminista en la introducción del sistema sexo-género, la práctica de la interdisciplinariedad,

la creación de redes de estudio de género y salud en las instituciones sanitarias, el impacto de la ley de violencia y la formación de profesionales que conlleva, lo que ha proporcionado un discurso con un vocabulario técnico sociocultural que está incorporándose poco a poco en la práctica asistencial.

Asimismo, son señales que se manifiestan en el sistema sanitario la progresiva integración en atención primaria de salud de aspectos psicosociales relacionados con el género, a lo que ha contribuido la inclusión de la atención a la violencia contra las mujeres en la cartera de servicios y la elaboración de protocolos para la atención, derivados de la Ley integral 2004, que favorece incluso el uso de un lenguaje que incorpora aspectos relacionados con los análisis feministas de la violencia. Además, señala el papel que han tenido en este proceso algunas sociedades profesionales sanitarias:

> 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 (Miqueo 2008, 165).

Miqueo propone diversas líneas de investigación sobre el proceso de incorporación y utilización por el personal sanitario de estos nuevos conceptos creados desde el feminismo:

> 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 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 (Miqueo 2008, 164-165).

Por otra parte, destaca que a algunas investigadoras ya no les interesa tanto enseñar o abundar en hacer una crítica a la ciencia, sino buscar claves de experiencia de salud y enfermedad. Como ejemplo representativo, cita a la médica Pilar Babi i Rourera, miembro de la Red de profesionales de salud, que se ha propuesto tratar sobre la necesidad de hablar del cuerpo, de conocerlo a través 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, el dolor crónico, o la anorexia/bulimia.

Como conclusión, se puede afirmar que «los estudios de género y salud han ido progresivamente incorporándose en la literatura científica y en estos momentos nadie discute la influencia del modelo patriarcal en el mantenimiento de las desigualdades en salud» (Tomás et al. 2006, 8). El avance ha sido indudable. En el mismo sentido, se pueden recordar las palabras de Mari Luz Esteban en 1996, señalando que así como en otros campos científicos existían publicaciones que abordaban la aportación feminista de una forma global, en las ciencias de la salud la crítica feminista es muy amplia y está totalmente diversificada. Existen bastantes estudios sobre temas concretos, señalaba. Por ejemplo, los análisis sobre las conceptualizaciones médicas, pero se echan en falta ensayos que aborden el conjunto de los temas, estudios donde se haga la historia de las diferentes posturas y aportaciones desde el feminismo. Tampoco existían apenas, en aquellos momentos, espacios específicos de estudios de las mujeres, excepto la Universidad de Granada, a pesar de que el número de académicas y científicas en esta área estaba aumentando de forma importante (Esteban 1996). Veinte años después, contamos con numerosos Institutos Universitarios de Estudios Feministas y con estudios globales sobre el feminismo y la salud, como el libro de Sara Velasco, *Sexos, género y salud* (Velasco 2009a) y los textos de Carmen Valls (Valls 2006; 2009). La investigación que presento tiene, entre sus objetivos, realizar un nuevo estudio global de las aportaciones del feminismo al ámbito de la salud.

2.2.1. Estudios crítico-feministas de la Medicina

Los discursos médicos y sus aplicaciones en la práctica clínica han sido aspectos centrales en la crítica epistemológica feminista por varios motivos. Por una parte, debido al papel central de la medicina en la legitimación de la subordinación de las mujeres y el afianzamiento de los roles como madres y esposas. Por

otra, por su contribución a la construcción de la categoría mujer y del paradigma esencialista sobre la diferencia sexual, con una visión biologicista, determinista y naturalizada del cuerpo y la salud de las mujeres. También por su poder normativo sobre la vida de las mujeres. Como afirmó Mari Luz Esteban, «el sistema médico-científico puede considerarse uno de los principales sistemas de generación y mantenimiento de las desigualdades y discriminaciones para las mujeres en nuestra sociedad, como ya reconocieron las primeras feministas» (1996, 145) y «ha sido protagonista principal a la hora de articular el discurso social sobre la salud de las mujeres, así como de marcar las áreas y perspectivas de investigación preferentes» (Esteban 1996, 158).

Esteban realizó un análisis de la crítica feminista al sistema médico-científico en su conjunto, señalando como una de sus aportaciones fundamentales el poner en evidencia el esencialismo y el naturalismo intrínseco a las teorías y prácticas médico-científicas:

> El estudio y análisis feminista de la práctica discursiva de la ciencia médica desveló la ideología médica y la visión naturalizadora y determinista de los discursos científicos y clínicos sobre las mujeres, cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano» (2006, 11), frente al proyecto feminista por antonomasia, que es una tarea antideterminista y antiesencialista (2010, 50).

El protagonismo y poder social de la medicina, que deviene del poder de la ciencia y del valor social de la salud, determina que los discursos médicos se proyecten de una manera mucho más importante que cualquier otro de los discursos dominantes en la vida social. Como señaló Diana Maffía, «por su influencia sobre el nacimiento y la muerte, sobre el dolor y el goce, sobre la locura y la cordura, la medicina es quizás el saber más relevante para la vida de la gente» (2007, 70). Además, como ha puesto de manifiesto Mª José Barral, profesora de Anatomía Humana en la Universidad de Zaragoza y miembro del grupo Genciana del SEIM, la sofisticación técnica actual contribuye a que en este momento el discurso biomédico sea un discurso hegemónico. Por otra parte, Barral sostiene que el discurso de género se radicaliza en un sentido androcéntrico conforme avanza el proceso de divulgación o popularización de las ideas científicas:

> Tanto la investigación original como la transmisión y divulgación científica, presentan sus propios recursos y estrategias para que el conocimiento científico, en lugar de servir como herramienta de cambio de las relaciones

> de poder, refuerce las estructuras de jerarquía y dominación. Parece que el discurso de género está siendo absorbido ávidamente en el ámbito científico, al igual que en el político, con un ambiguo uso de dos conceptos interrelacionados pero no equivalentes, 'sexo' y 'género', llevando a confusiones e imprecisiones (2010, 112).

Debido a la centralidad e influencia de los discursos médicos en la sociedad y su poder normativo sobre la vida de las mujeres, la crítica epistemológica feminista a la medicina ha sido realizada también por numerosas teóricas e investigadoras de diversas disciplinas no sanitarias, como filósofas, historiadoras, antropólogas y sociólogas. Los estudios crítico-feministas en el ámbito de la medicina, al igual que en otras áreas del conocimiento, se han dirigido al estudio e investigación de los tres aspectos centrales en la crítica epistemológica feminista: las mujeres como sujetos y como objetos del conocimiento; la deconstrucción de los discursos médicos, poniendo de manifiesto el androcentrismo y el sexismo, así como sus consecuencias en la práctica clínica; la cuestión del feminismo en la ciencia, cómo los discursos y prácticas feministas son incorporados por la medicina.

La crítica epistemológica feminista ha puesto de manifiesto la carencia de objetividad, neutralidad y universalidad del conocimiento médico, al desvelar que también la medicina es un producto cultural, mediatizada por las circunstancias e intereses sociales, políticos y económicos, por los sistemas de valores y las relaciones de poder, que ha incorporado el sexismo y la misoginia de los discursos sociales en sus diferentes versiones, dependiendo del momento histórico y del contexto social (Ortiz 1997, 1). Como señalaron Monserrat Cabré y Fernando Salmón, «la medicina y las prácticas de salud están impregnadas de los prejuicios y creencias culturales sobre lo masculino y lo femenino que se encuentran en la sociedad en la que se desarrollan y actúan» (Cabré y Salmón 2013, 12).

Los estudios critico-feministas de la medicina se han dirigido a analizar y desvelar el androcentrismo y la invisibilidad femenina en esta ciencia, que Consuelo Miqueo ha denominado «paradigma de la indiferencia sexual» (2005, 381), en el que el cuerpo y la salud de los varones ha sido la norma y el modelo humano por excelencia y las mujeres han sido consideradas una variante biológica de lo masculino, definidas siempre como un nivel más bajo de la humanidad, más cerca de lo animal y de la naturaleza. La medicina ha construido un cuerpo femenino subordinado a la norma masculina, débil y enfermizo (Cabré y Ortiz 2008). Ha existido, por tanto, una jerarquización

del cuerpo y la salud de los hombres sobre las mujeres. Como se ha expuesto en el apartado 1.2., esa jerarquización ya fue interpelada por Josefa Amar y Borbón en 1790, que defendió la igualdad ante la salud y su importancia, tanto para las mujeres como para los hombres. El paradigma androcéntrico ha generado numerosos sesgos de género en la investigación y la práctica clínica (Miqueo 2004, 2007; Ruiz Cantero 2009; Valls 2009). La ausencia histórica de las mujeres de los ensayos clínicos o su infrarrepresentación, bien porque no se querían contaminar los resultados de las investigaciones debido a las posibles repercusiones de los ciclos hormonales de las mujeres, bien por razones de orden social, como por una costumbre de pudor religioso y de poder patriarcal, o porque los ensayos se realizaban en población hospitalizada en la que no había mujeres, costumbre coherente con la tradicional segregación por sexos en la asistencia médica hospitalaria, ha conducido a que los resultados encontrados en varones se hayan generalizado posteriormente a las mujeres (Miqueo 2005, 392). Ello ha producido numerosos errores y sesgos en la atención sanitaria, como es el caso de las enfermedades coronarias, en las que los síntomas que manifiestan las mujeres difieren considerablemente de los que manifiestan los varones, produciéndose muertes evitables de las mujeres por infarto, al no detectarlos a tiempo para ser intervenidos (Miqueo 2004). Otras sintomatologías que manifiestan las mujeres fueron consideradas subclínicas al comparar sus analíticas con las de los varones y, consecuentemente, no han recibido tratamiento, como ha analizado la médica Carmen Valls en algunos de los síndromes de cansancio y dolor crónico, ansiedad y depresión. Estos síndromes, además, se consideraban de carácter psicosomático y eran tratados con psicofármacos. En la actualidad, las investigaciones feministas explican que buena parte de ellos son causados por trastornos tiroideos. Son frecuentes los errores diagnósticos derivados de los estereotipos de género, la presunción de que el malestar de las mujeres es psicosomático, la no investigación de sus síntomas y su tratamiento con psicofármacos (2009).

Carmen Valls ha estudiado exhaustivamente la invisibilidad de las mujeres en las ciencias de la salud y la mirada sesgada que produce sobre la salud de las mujeres (2006). Está liderando una línea de investigación en la medicina que estudia la morbilidad femenina diferencial y que ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales para la atención clínica a la sintomatología que manifiestan las mujeres, considerada subclínica hasta el momento al compararse con patrones masculinos. Sus estudios en relación al dolor, la fibromialgia, las enfermedades tiroideas, las anemias y la fatiga crónica, entre otras, están contribuyendo a mejorar el bienestar, la salud y la

calidad de vida de las mujeres. Carmen Valls, fundadora de la Red de Médicas y profesionales de la salud, ha publicado dos libros que analizan los discursos y prácticas de la medicina sobre las mujeres y su salud, los sesgos teóricos y clínicos, recogiendo también la investigación realizada desde un punto de vista feminista. En su libro *Mujeres invisibles* (Valls 2006), prologado por Victoria Sau, aborda en la primera parte los análisis feministas de diversas problemáticas de salud de las mujeres: la salud mental, las problemáticas de salud en la adolescencia, la violencia y su impacto en la salud, la sexualidad, la maternidad y el envejecimiento. En la segunda parte, analiza la mirada sesgada sobre la salud femenina, trata el paradigma de la invisibilidad de las mujeres en la medicina y sus consecuencias. En la tercera parte, desarrolla diversas propuestas para superarla. En su libro *Mujeres, Salud y Poder* (Valls 2009), prologado por Celia Amorós, aborda las diferentes formas de poder que la medicina ejerce sobre las mujeres a través de la medicalización, la biotecnología, los reduccionismos, la fragmentación del cuerpo, la manipulación y el control que ha ejercido históricamente en la salud sexual y reproductiva, las microviolencias en la atención sanitaria y en los actos médicos, la medicalización de la prevención y promoción de la salud.

Las investigaciones feministas también se han dirigido a analizar el androcentrismo y sexismo en los manuales y textos que se utilizan en las facultades de Medicina. Entre otras, Dolores Sánchez, profesora del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada, analizó el ya clásico manual universitario *Tratado de Ginecología* de José Botella Llusiá y José Antonio Clavero Núñez, un manual que permite desvelar el bagaje de representaciones e imaginarios sobre las mujeres que se transmite al alumnado de Medicina. En esta obra, publicada por primera vez en 1945, y reeditada hasta 1993 en ediciones revisadas, el sesgo androcéntrico y la misoginia son mucho más explicitas que en otros manuales, concluyendo Sánchez que «desde el pensamiento hegemónico, las mujeres son seres biológicos esenciales para los cuales no parece necesario renovar el discurso» (1999, 171). También Mª José Barral ha analizado los textos anatómicos y neuroanatómicos utilizados en las universidades españolas entre los años setenta y noventa, con el objetivo de desvelar los sesgos de género en la difusión de las funciones del cerebro humano (2004) y Consuelo Miqueo ha estudiado la diferencia sexual en los tratados de patología médica (2005).

Diversas investigaciones se dirigen a analizar el contenido de los discursos médicos, lo que permite desvelar los intereses ideológicos que esconden, en el sentido expresado por Eugenia Gil García:

> El discurso como una práctica social que ordena y organiza la interpretación de los acontecimientos. En este sentido, produce conocimiento y genera interpretación. El análisis del discurso va más allá del análisis del texto ya que incorpora el análisis del proceso en el que el texto es producido y recibido. El análisis del discurso de la ciencia permite desnaturalizar presupuestos ideológicos y creencias que hacen parecer naturales lo que no es sino consecuencia histórica de la desigualdad (2006, 33).

La Medicina como productora de discurso sobre las mujeres ha sido una importante línea de investigación, teniendo en cuenta el poder de los discursos, el poder textual, que genera un poder simbólico y actúa de forma sutil, intentando fijar un único significado. En el análisis textual y en una relectura feminista se despoja a los textos de su carácter neutral y naturalizado, destronándolos de su asiento de autoridad indiscutible. Se realizan también análisis textuales de las narrativas divulgativas en el campo de la salud, que cumplen una función normativa y una moralización en el caso de las mujeres. Como señaló Mónica Bolufer, profesora de historia de la Universidad de Valencia:

> Desde el siglo XVIII, la medicina ha venido ejerciendo un papel determinante en la construcción de normas sociales y modelos de comportamiento y subjetividad, a través de su influencia creciente sobre la sociedad y la divulgación de sus principios mediante una amplia literatura de popularización (textos de higiene, educación física, conservación de la infancia) que desborda los cauces de los escritos médicos para proyectarse en la prensa, la literatura moral o pedagógica y las obras de ficción, en particular la nueva novela sentimental. La autoridad intelectual y social de los médicos contribuyó así a asentar el nuevo modo de pensar la diferencia de los sexos propio de la modernidad: el paradigma esencialista o de la 'diferencia inconmensurable', que entendía lo masculino y femenino como esencias radicalmente distintas, tanto en lo físico como en lo moral, haciendo corresponder 'su naturaleza' con su función social, que se identificaba en el caso de las mujeres, de los hombres, con el espacio público de la política, la vida intelectual o los negocios (2007, 641-642).

Las historiadoras feministas han tenido un papel fundamental en el descubrimiento del androcentrismo y la presencia de la ideología patriarcal en los discursos médicos. Al realizar un análisis histórico de la construcción y evolución de esta disciplina, han puesto de manifiesto la misoginia de estos

discursos, su contribución a la creación de la categoría mujeres y al afianzamiento de la inferioridad y la subordinación de las mujeres. Entre otras historiadoras, Teresa Ortiz y Consuelo Miqueo han desvelado el carácter medularmente androcéntrico de la medicina en muchas de sus investigaciones. Consuelo Miqueo resalta la influencia del orden patriarcal en la medicina, y la incoherencia que supone en esta ciencia, que se ha postulado como neutral, objetiva y construida en base a la evidencia científica:

> Esa distorsión con que continuamente nos tropezamos en la ciencia y en la práctica médica quienes hemos adquirido el hábito de mirar y nombrar el mundo en femenino, es esencialmente incoherente con los postulados de la construcción científica. Es atópica, no tiene lugar epistémico. Y si me asombro es por la paradoja que encuentro en el modo en que influye ese poso cultural de orden patriarcal. Constituye auténticos prejuicios-formas económicas de pensamiento o razonamiento no sometido a prueba racional o experimental– que este conocimiento afirma haber desterrado, para convertirse en ciencia: objetiva, neutral, universal, basada en las evidencias, en las pruebas (Miqueo 2005, 378).

Del mismo modo, Teresa Ortiz subraya el carácter patriarcal de los discursos de la medicina, que sirven a los intereses del sistema de dominación masculino:

> La mujer en medicina es una categoría biológica, a veces patológica, única, poco susceptible de variedad. El discurso, por una parte, es también único y de carácter masculino y patriarcal. Es masculino porque hasta fechas muy recientes lo han construido exclusivamente varones desde una óptica que toma lo masculino como la norma y lo femenino como lo otro, y es patriarcal porque sirve a los intereses de un sistema de dominación masculino. Pero si digo discursos, en plural, es porque quiero subrayar que, dentro de este marco genérico, la diversidad también existe y el discurso ha adoptado y adopta diversas formas dependiendo del momento histórico y del contexto social, político y biográfico de quienes lo han construido (1997, 2).

Asimismo, Teresa Ortiz analizó los discursos médicos sobre el feminismo, así como el cambio intencionado que se produjo en esos discursos del siglo XIX al XX, en los que ya no se hablará de inferioridad de las mujeres sino de

diferencia, precisamente en una época en que las mujeres estaban realizando fuertes reivindicaciones sociales, reforzando la idea de que el lugar de las mujeres estaba en el ámbito privado y en la maternidad (Ortiz 1997). Dolores Sánchez subrayó la importancia del poder de estos discursos médicos sobre las mujeres, poder que deviene, por una parte, de su estatuto social como discurso de la verdad; por otra, por ser un discurso de una élite con poder social. El discurso médico es un discurso autorizado que se produce desde una instancia de prestigio social y es, por tanto, asumido y bastante poco cuestionado, en el fondo, por el conjunto de la sociedad (Sánchez 2008). Además, a esto se añade la dimensión asistencial de las ciencias de la salud, en la que se ponen en práctica y se reflejan esos discursos, por lo que tienen una repercusión directa sobre las mujeres. En ese sentido, el sistema sanitario también ha sido analizado como una de las principales instituciones reproductoras de las relaciones de género, que incluso socializa a las mujeres y a sus parejas masculinas, especialmente durante la atención al embarazo parto y puerperio (Blázquez 2010; Imaz 2010).

Desde el marco feminista se incide en que «el poder de los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando» (Esteban 2006, 11) es un poder normativo, que establece normas de comportamiento. Los discursos médicos han generado políticas disciplinadoras de las mujeres en temas como la lactancia materna, el ejercicio de la maternidad y el cuidado de las criaturas (Maffía 2008, 25-36). También en relación a la menopausia, creando «una 'subjetividad de la menopáusica' como mujer enferma, que sitúa a las mujeres en una etapa vital negativa y débil y por tanto, a proteger por la huestes médicas» (Medina 1999, 123).

En los análisis de los discursos también han tenido un papel fundamental las antropólogas feministas, visibilizando las lecturas reproductivistas y heterocentradas de la vida y la salud de las mujeres, «la permanente equiparación entre cuerpo de mujer y cuerpo materno» (Cabré y Ortiz 2008, 17), un «cuerpo fundamentalmente gineco-obstétrico» (Uría y Mosquera 2013, 311), a pesar de que, curiosamente, en los últimos años, «la introducción de nuevas tecnologías médicas, ha ido haciendo transparente, incluso invisible, el cuerpo femenino en estado de gravidez» (Cabré y Ortiz 2008, 17), pasando a ser el producto, el feto, la imagen central.

La Medicina ha tenido un papel central en la construcción del paradigma esencialista sobre la diferencia sexual y de género, estableciendo una polarización entre los cuerpos de unos y otras y reforzando el dualismo sexual. El análisis de las metáforas sexistas y dualistas ha mostrado, además, la nega-

tividad de lo femenino frente a lo masculino. En ese sentido y como ejemplo, se ha tratado con positividad la espermatogénesis en comparación con la ovulación y el ciclo menstrual. Mónica Bolufer analiza el carácter relacional de la construcción de lo masculino y lo femenino, ya que al construir la naturaleza de las mujeres es también la identidad masculina la que se dibuja. En el cuerpo de las mujeres se construyen de forma poderosa, se negocian y se combaten las nociones sobre el orden social, en definitiva, el cuerpo de las mujeres es un campo de batalla. La desigualdad social se justificó a partir de las diferencias corporales y estas se construyeron en buena medida a través de pautas de educación física que modelaban los cuerpos y subjetividades de mujeres y hombres para destinos diferenciados y desiguales. Bolufer subrayó la importancia de la disidencia de algunas mujeres en diferentes momentos históricos, como Mary Wollstonecraft en *Vindicación de los derechos de la Mujer* y Josefa Amar en su *Discurso sobre la educación física y moral de las mujeres* de 1790, quienes sostuvieron que la fragilidad física de las mujeres era producto del hábito y la educación y no de la naturaleza.

Los estudios crítico-feministas visibilizan cómo los discursos médicos sobre la salud de las mujeres contribuyeron a naturalizar la desigualdad, a reforzar y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres, fundamentando su inferioridad y su exclusión de la vida pública en su biología y su capacidad reproductiva, imponiendo una visión biologicista y reproductivista de la vida y la salud de las mujeres. El poder médico sobre las mujeres ha sido ejercido en sus dimensiones epistemológica, narrativa, asistencial, normativa y divulgativa y sus consecuencias sobre la vida y la salud de las mujeres ha sido otro de los aspectos centrales en los estudios crítico-feministas.

El cuestionamiento del poder médico sobre las mujeres se produjo de una forma muy potente en los llamados grupos de autoconciencia que se desarrollaron en los años setenta en el marco del feminismo radical y que generaron otra forma de entender y atender la salud, desmedicalizada y desprofesionalizada, proporcionando herramientas para la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva: la apropiación y el aprendizaje del uso del espéculo, la promoción del autonocimiento para el control de la fertilidad y el cuidado de la salud vaginal, el uso del diafragma como método privilegiado de anticoncepción, al ser un método de barrera que no implica medicalización y permite la autonomía de las mujeres, la prevención y tratamiento de infecciones vaginales y de los malestares durante la menopausia por medios no farmacéuticos, la extracción mens-

trual como método de aborto no tecnificado. Como señala Alba Martínez Rebolledo en su Trabajo Fin de Master:

> El movimiento *self-help* se oponía al poder médico y buscaba una liberación de las mujeres de esta opresión, control y dependencia. Desean una emancipación y liberación de las funciones reproductoras y una liberación sexual. Las activistas del movimiento *self-help* tenían una base teórica, tanto científica como política, y estos colectivos ponían gran interés en documentarse y usar esta base en sus propias actividades. 'Saber es poder', y era un elemento que tenían en cuenta, por lo que se embarcaron en un proceso de investigación y de creación de nuevo conocimiento crítico útil usando la experiencia propia como generación de este, para lograr la emancipación deseada en un proceso autogestionario de empoderamiento, haciendo una visibilización de las enfermedades de las mujeres derivadas de su situación de opresión (2013, 107).

La filósofa Inés Fernández Buján analizó los canales por los que el discurso médico articula su poder sobre las mujeres: la mujer-madre, mediante el control de la capacidad reproductiva a través de la biotecnología y la sanitarización; la sexualidad femenina a través de mecanismos de control ideológicos, económicos, legales, e incluso mediante la fuerza física, como la ablación y la violación; la mujer enferma, señalando que las mujeres han sido convertidas en enfermas para su control, ya que lo considerado patológico puede ser normativizado (2004).

La Medicina también ha sido analizada como una institución de prestigio y autoridad social. La médica e investigadora en la Universidad de Granada, Rosa María Medina analizó el discurso médico sobre las mujeres en tanto que discurso institucional y de una élite con poder social, a través del estudio de la construcción de la categoría «la mujer» a finales del siglo XIX. La comunidad médica se apropió y monopolizó la capacidad de hablar sobre «la mujer» (Medina 1999). Los médicos hablan con conocimiento de «la mujer». La Medicina configuró una identidad generizada de las mujeres, en la que son definidas como seres vulnerables, débiles y patológicos.

Dolores Sánchez, en su tesis doctoral *Discurso médico y género en la España de finales del siglo XIX* (2003) utiliza el análisis crítico del discurso para analizar el papel de la medicina en la construcción y reproducción de las relaciones sociales de género. Señala que entre los siglos XVIII y XX el discurso médico contribuyó poderosamente a crear un nuevo sentido de la responsabilidad de

las familias en la construcción de un orden moral y social en el que las mujeres tenían el papel fundamental: el cuidado de sí mismas aparece como una responsabilidad ante otros y lo que mejor asegura su bienestar físico y moral coincide con la propagación de la especie. Las obligaciones morales e higiénicas de las madres a las que los médicos se dirigían con particular insistencia, ensalzaban la importancia de su papel doméstico. Sánchez visibilizó el vínculo que existe entre la comunidad médica y los grupos sociales con poder económico, que garantizaba la promoción y distribución del discurso médico:

> Era un discurso de gran trascendencia social: la Medicina no solo se constituyó en torno a un cuerpo de conocimientos que legitimaba su posición social y determinaba el poder de su discurso, sino que también era una práctica. La interacción constante entre profesionales y usuarios lo convertía en un poderoso instrumento de difusión ideológica. Además, su compromiso afirmado con el progreso y bienestar de la humanidad justificaba su intromisión en las estructuras sociales. Estaba, pues, en una posición privilegiada desde la cual disparar toda una batería de propuestas normativas en cuanto al género, es decir en cuanto al papel social que debían desempeñar las mujeres por ser mujer (2008, 72).

Dolores Sánchez muestra que el discurso médico del siglo XIX se produjo en un momento de fuerte contienda social, en el que las mujeres reivindicaban derecho a la educación y al trabajo y muchas se estaban incorporando a las profesiones sanitarias. Los médicos tenían el poder epistemológico y podían poner en duda la capacidad de las mujeres. Con el objetivo de controlar la insurrección social de las mujeres, que también era discursiva, produjeron un discurso aún más fuerte (Sánchez 2008, 74), sabiendo de la irrefutabilidad de los enunciados médicos, derivada de un modelo de conocimiento que se consideraba como el único capaz de dar cuenta de la verdad de los secretos de la naturaleza. En la misma línea, Teresa Ortiz subrayó el papel que jugaron los médicos para mantener el orden patriarcal:

> Respecto a las mujeres, su lucha por la igualdad política, salarial, educativa y social, su lucha, en definitiva, por la emancipación, las convertía en una fuerza que desafiaba la estabilidad social del siglo XIX y comienzos del XX. El orden patriarcal se veía amenazado y las respuestas surgieron desde muy diversos frentes y en distintas formas. Uno de estos frentes corrió a cargo de los científicos y, dentro de ellos, los médicos jugaron un papel práctico de primer orden (1996, 4).

La función social e ideológica del dispositivo macrodiscursivo es la de construir una representación de las mujeres que tenga capacidad normativa y pueda crear identidades conformes con las necesidades de los grupos sociales dominantes de la época (Sánchez 2008, 76). Los discursos se centraban en qué constituye la categoría mujeres: la mujer madre y esposa. Estaban prácticamente excluidas del discurso las mujeres de la clase trabajadora. Existía un claro interés en que las relaciones sociales de las mujeres se ciñeran al parentesco y la familia. De este mapa, la representación que emerge es la mujer como entidad abstracta, monolítica, homogénea, dependiente de los hombres, ahistórica, asocial, acultural y sin agencia social e histórica. Responde a la voluntad de crear algo que no existe «naturalmente». Sánchez recoge citas de médicos que muestran cómo se elaboró la naturalización de las mujeres, no solo como reproductoras de la especie sino también como criadoras. El discurso se esforzó en construir algo que carecía de obviedad en ese momento histórico, excluyendo y distorsionando la representación de las mujeres reales. Las prácticas sociales y discursivas de las mujeres críticas provocaron y exacerbaron esos discursos, tomando incluso un tono agresivo, descalificador o insultante. Concluye Dolores Sánchez que «se puede decir que la explosión del discurso médico sobre la mujer a finales del siglo XIX fue ocasionada por la presencia insubordinada de las mujeres en la sociedad decimonónica española» (2008, 80).

La categoría *mujer* se convirtió así en una categoría útil para la construcción patriarcal de las relaciones de género y constituye una de las grandes herramientas de la lógica de la dominación patriarcal. La pervivencia de la categoría mujer, que aún atraviesa las ciencias contemporáneas, es una manifestación del poder del discurso. La resistencia de muchas ciencias a aceptar la novedad epistemológica del género no es más que una manifestación del poder del discurso para negar su carácter constructivo.

Los discursos médicos han sido estudiados especialmente en algunas especialidades médicas, como es el caso de la ginecología y la psiquiatría. La ginecología, como disciplina específica de las mujeres, fue el primer foco de atención para los estudios feministas, en tanto que, en sí misma, estaba fundada sobre una premisa ideológica y se ocupaba de la sexualidad y la reproducción (Jiménez y Ruiz 1999, 186). Históricamente se estableció una estrecha relación entre los órganos sexuales femeninos y el sistema nervioso. Se consideraba que la menstruación y la menopausia eran productoras de enfermedad mental en las mujeres. Eulalia Pérez Sedeño analizó la mirada y los discursos de la ginecología sobre las mujeres:

> Que la mujer sea definida por oposición al varón tiene también estas consecuencias: la Medicina raramente la considera como objeto de estudio y experimentación, excepto en lo que concierne a sus órganos sexuales y reproductivos. De este modo, ignorándola como organismo completo cuidará de su salud para la procreación y la actividad heterosexual. Al haber definido mujer por oposición a varón, tiene como consecuencia que se la conciba como compañera sexual del varón o como un organismo reproductor. Y esta es la razón por la cual la Medicina promueve la salud de las mujeres desde la perspectiva de su relación con los varones. Este es el enfoque de la ginecología. Es una práctica habitual en nuestra sociedad que las mujeres consulten al ginecólogo cuando comienza su actividad heterosexual. Si lo hacen antes por tener periodos problemáticos o por ausencia, con el temor de que puedan afectar a la capacidad reproductiva en el futuro (2001, 480).

Se motiva a las mujeres para ir a las consultas ginecológicas periódicamente desde la menarquia. Han de vigilar que sus ciclos menstruales sean normales para que garanticen su capacidad reproductora. Se controlarán sus embarazos y se hospitalizarán durante el parto, aunque no se prevea ninguna anomalía y sabiendo que la disminución de la mortalidad infantil y maternal correlaciona con el aumento del nivel de vida y la mejora de las prácticas higiénicas y no solamente con la hospitalización durante el parto.

Sobre las mujeres se cierne la continua sospecha de la disfunción debido a sus hormonas, por exceso, carencia, defecto o fluctuación. Que la fisiología del varón se considere de manera implícita la norma de la salud puede llevar a definir los ciclos biológicos de las mujeres como problemáticos y necesitados de vigilancia médica. Asimismo, cuando no tiene ya la capacidad de concebir, se atribuirán a las hormonas y no al proceso natural de envejecimiento, las alteraciones de su salud y se medicará con hormonas. Pérez Sedeño señala, además, que esta es otra de las consecuencias de las oposiciones binarias, al generalizarse y aplicarse al campo de la salud:

> La función de las oposiciones binarias tiene otros efectos perniciosos. Mujer como concepto subordinado se asocia a otros subordinados de las polarizaciones salud/enfermedad y completo/deficiente. De este modo, biología y enfermedad quedan íntimamente relacionadas. La fisiología femenina se convierte en casi patológica o sospechosa de

> llegar a serlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Deberá hacerse continuas revisiones pues es un organismo al que hay que vigilar y controlar (2001, 481).

Los estudios crítico-feministas en la psiquiatría también se han dirigido a investigar la situación de las profesionales y a desvelar el sexismo y androcentrismo en las teorías psiquiátricas. Ya en la década de los setenta algunas psiquiatras feministas realizaron fuertes críticas a la categorización del malestar y los tratamientos a las mujeres, en el marco de la tercera ola feminista y de la revolución psiquiátrica. Carmen Sáez Buenaventura, en su libro *Sobre mujer y salud mental* (1988) recogió dos trabajos presentados en 1976, uno sobre la situación de las mujeres en la profesión psiquiátrica y otro sobre el feminismo como instrumento de cambio en una psiquiatría alternativa, en el que señala a la ciencia como «una fiel e insustituible aliada del poder y mantenedora del *statu quo* entre sexos y clases» (Sáez 1988, 30). La medicina, afirmó, ha extremado «la dependencia creada en la mujer respecto al saber médico, a costa de mantenerla pendiente de su acontecer fisiológico y de comprenderlo como si de patología se tratase» (Sáez 1988, 31). En su libro *Mujer, locura y feminismo*, publicado en 1979 (Sáez Buenaventura 1979), se propuso ofrecer algunos textos que permitiesen abordar los interrogantes sobre las mujeres con enfermedades mentales. Su libro es una recopilación de trabajos que abordan tres aspectos: las mujeres como víctimas de violencia y alienación a lo largo de la historia como consecuencia de comportamientos socialmente intolerables; las mujeres como presuntas enfermas mentales de síndromes diversos, característicos de su sexo y tributarias de un determinado tipo de tratamiento; y las mujeres como profesionales de la salud mental de cuya práctica son beneficiarias otras mujeres. Las psiquiatras feministas también trabajaron para incorporar los análisis feministas en las asociaciones profesionales. En 1993, se publicó *Mujer y Salud Mental. Mitos y realidades* (Mas y Tesoro 1993), que recoge los trabajos presentados en el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En términos generales, sus críticas se han dirigido a visibilizar la feminización de la locura, poniendo en evidencia que las mujeres tienen más probabilidades de ser diagnosticadas como enfermas mentales y sometidas a tratamientos farmacológicos y psiquiátricos, hecho que Carmen Valls ha considerado como la brecha de género en salud mental (2013). También advierten que los mismos diagnósticos atribuidos a mujeres y hombres no obedecen a una misma etiología. En sus análisis críticos ponen de manifiesto cómo se han construido históricamente determinadas

patologías, como la histeria (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla 1999; Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena 2003).

Para el análisis crítico feminista algunas temáticas son centrales y paradigmáticas, al poner de manifiesto las ideologías y los intereses económicos de médicos e industrias farmacéuticas, que además contribuyen a reforzar los deseos socialmente construidos en las mujeres. Es el caso de las tecnologías reproductivas, que por una parte implican iatrogenia, medicalización, control y explotación económica del cuerpo de las mujeres, y por otra también posibilitan la ruptura de las tradicionales estructuras familiares, al facilitar el embarazo a mujeres lesbianas y la consecuente transformación de conceptos como familia, parentesco, paternidad, maternidad, etc. Asimismo, la aplicación de la biotecnología a la intersexualidad permite visualizar el papel de la medicina en el mantenimiento del dimorfismo sexual y su construcción biosocial. El tratamiento médico de la menopausia es otra temática que centra los discursos feministas, ejemplo paradigmático de la patologización y medicalización de procesos vitales. La construcción de la mujer menopáusica, de la menopausia como enfermedad y como consecuencia su medicalización mediante terapia hormonal sustitutiva, ponen de manifiesto los intereses farmacéuticos en el cuerpo de las mujeres:

> La menopausia es el ejemplo por excelencia donde se aglutinan algunos de los ejes básicos del discurso médico actual sobre las mujeres: un tema donde quedan bien patentes la patologización, medicalización y diferenciación de la salud femeninas. Pero además, la menopausia resulta particularmente interesante para comprobar cómo se produce en la actualidad la divulgación de los descubrimientos e ideas de los especialistas, puesto que se ha convertido en un asunto de trato cotidiano en medios de comunicación, sobre todo en revistas dirigidas a las mujeres (Esteban 1996, 28).

Los tratamientos y los discursos médicos sobre el cáncer de pecho también son objeto de atención, crítica y denuncia por el feminismo por reforzar la idea de feminidad tradicional y el heterocentrismo sanitario (Franc y Martín 2010; Lorde 2008; Porroche 2014), aspectos que serán desarrollados en el apartado 3.2.

Las historiadoras de la Medicina han trabajado para incorporar la perspectiva feminista en esta disciplina. Una de las formas que han utilizado ha sido la participación activa en los Simposios y Congresos de Historia de la Medicina, organizados por la Sociedad Española de Historia de la Medicina.

En estos congresos, que tienen lugar cada tres años, se introdujo, a partir de 2002, un apartado específico que recoge estudios e investigaciones desde la perspectiva de género y feminista bajo el epígrafe Género y Saber Médico. Desde el primer Congreso en Toledo, en 1963, en el que solamente aparece el trabajo de una médica, hasta el último en 2014, puede observarse la incorporación creciente, no solo de mujeres, sino también de los estudios e investigaciones feministas. En la tabla 1 se recogen los trabajos con análisis de género y feminista presentados en estos Congresos y Simposios.

Tabla 1. Trabajos con perspectiva de género y feminista presentados en los Congresos de Historia de la Medicina

SIMPOSIOS Y CONGRESOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA[51]	
LUGAR, AÑO, TEMA	**NÚMERO DE TRABAJOS SOBRE GÉNERO Y FEMINISMO**
VI Simposio, Málaga, 1991: Teoría y Método de la Medicina (Ruiz Somavilla et al. 1992)	1
XIII Simposio, Jaca, Huesca, 2004: Biografías médicas, una reflexión historiográfica[52]	1
VIII Congreso, Murcia, 1986: Medicina en la España contemporánea (Valera et al. 1988)	1
IX Congreso, Zaragoza, 1989: Hechos y valores en la práctica y la ciencia médica (Bujosa et al. 1991)	1
X Congreso, Málaga, 1996: La medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado (Castellanos et al. 1998)	1
XII Congreso, Albacete, 2002: La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica (Martínez-Pérez et al. 2004)	Área Género y Saber Médico: 4
XIII Congreso, Madrid, 2005: Medicina, ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI) (Campos et al. 2007)	Área Historia de la Medicina, Salud y Género: 5
XIV Congreso, Granada, 2008: La experiencia de enfermar en perspectiva histórica (Ortiz et al. 2008)	10
XV Congreso, Ciudad Real, 2011: Transmisión del conocimiento médico e internalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica (Porras et al. 2011)	3
XVI Congreso, Madrid, 2014: Medicina y poder político (Campos et al. 2014)	Área Cuerpos e Historias de Mujeres: 11

Fuente: elaboración propia.

Por primera vez, en el año 1991, Teresa Ortiz presenta en el VI Simposio de La Sociedad Española de Historia de la Medicina, una ponencia en la que explícitamente introduce los estudios feministas: «El método en medicina

[51] Las actas de los congresos I al X están disponibles en: http://www.sehm.es/pages/reuniones-y-congresos/actas. (Consulta: 10/05/2015).

[52] Disponible en: http://www.sehm.es/pages/tablon_noticias/*/reuniones-y-congresos.

desde los estudios feministas» (Ortiz 1992). En este simposio se pretendía dar respuesta a la incorporación en los estudios de la Licenciatura en Medicina de la asignatura Teoría y Método de la Medicina y plantear la actividad docente en el área de conocimiento Historia de la Ciencia. Teresa Ortiz propuso transmitir al alumnado los conceptos de androcentrismo y sexismo, al igual que se han incorporado clase social y etnocentrismo, para que puedan reflexionar críticamente sobre las teorías y prácticas que aprenden en esta disciplina y sus sesgos sexistas. El XIII Simposio, celebrado en 2004, dedicado a Biografías médicas, una reflexión historiográfica, también Teresa Ortiz presenta un trabajo sobre las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX (2004b). En el VIII Congreso, celebrado en Murcia en 1986 (Valera et al. 1988), expuso su investigación sobre la Asociación de Médicas Españolas y su fundadora, Elisa Soriano (Ortiz 1988).

Es en el XII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, celebrado en Albacete en 2002 (Martínez-Pérez et al. 2004) cuando se introduce por primera vez la sección Género y Saber Médico, en el que se presentan cuatro trabajos, que se resumen a continuación. Consuelo Miqueo analiza la genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea (2004). Señala la política de exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos como uno de los factores generadores de sesgos androcéntricos en la Medicina, mostrando como uno de sus mayores exponentes las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. Mª José Barral expone los sesgos de género en la difusión de las funciones del cerebro humano, realizando un estudio crítico comparado de textos anatómicos y neuroanatómicos utilizados en las universidades españolas entre los años setenta y noventa (2002). Isabel Delgado Echevarría, visibiliza las aportaciones del nutrido grupo de mujeres que trabajaron sobre la determinación del sexo en los centros de investigación españoles entre 1850 y 1936 (2004). José Martínez-Pérez expone los discursos de la incipiente Medicina laboral, que contribuyeron a fortalecer los estereotipos sobre las mujeres en el mercado de trabajo como seres más débiles y adecuados para realizar únicamente determinadas actividades laborales (2004).

En el XIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, celebrado en Madrid en 2005 (Campos et al. 2007), se introduce un apartado denominado Historia de la Medicina, Salud y Género, en el que se presentan cinco trabajos. Monserrat Cabré y Teresa Ortiz realizan una introducción a esta sección en su texto «Relaciones entre la historia de la medicina y la investigación en salud y género» (2007), señalando a la investigación feminista como una realidad en la que «el diálogo abierto y los préstamos entre disci-

plinas son la norma y en la que aspirar a la transformación y la transferencia social es una necesidad» (Cabré y Ortiz 2007, 627). Destacan como una de las características de la investigación feminista la de ser un trabajo interdisciplinar, incluso una colaboración transdiciplinar, en la que la investigación y las prácticas políticas están consciente e indisolublemente unidas. Subrayan el método de conocimiento en la historiografía feminista, que se pone de manifiesto en los trabajos presentados en el congreso:

> Una perspectiva crítica, inquisitiva y desveladora del proceso personal de investigar y conocer, en la que el testimonio propio, es decir, la subjetividad, se articula en los relatos historiográficos, enriqueciéndolos y dotándolos de un nuevo contenido. Esta es una perspectiva que los estudios de las mujeres vienen proponiendo como método de conocimiento (Cabré y Ortiz 2007, 629).

Cabré y Ortiz recogen y resumen en su artículo la intervención de Concha Colomer, pediatra y fundadora del Observatorio de Salud de las Mujeres, ya que su intervención en este Congreso no fue redactada y por lo tanto no aparece en las actas. En su ponencia, Colomer relató cómo aprendió el nombre del test de APGAR durante su formación como pediatra a comienzos de los años ochenta, un acrónimo que responde a las cinco variables que miden en las criaturas recién nacidas su estado de salud: Apariencia (color), Pulso (ritmo cardíaco), Gesto o mueca (respuesta a la estimulación), Actividad (tono muscular), Respiración. Años después averiguó que fue Virginia Apgar, la primera catedrática de anestesiología y la primera catedrática de la Columbia University, quien ideó y propuso en 1953 el test que lleva su nombre. Este hecho es un claro ejemplo de ocultamiento de autoría femenina, que además refuerza el paradigma androcéntrico en la construcción del pensamiento científico y la supuesta neutralidad sexual de la práctica médica (Cabré y Ortiz 2007, 631).

Mónica Bolufer, profesora de historia moderna de la Universidad de Valencia, en su trabajo «Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos» (2007), observa que la historia *general* suele dejar fuera de su campo de interés el cuerpo (la enfermedad, la maternidad, la reproducción) como aquello que cae del lado de lo biológico, lo natural, lo que resulta ajeno a la historia o tiene, en todo caso, una historia casi inmóvil, tejida de continuidades de larguísima duración (Bolufer 2007, 636). Por el contrario, afirma, la historia de las mujeres incorpora todas estas cuestiones:

> La historia de las mujeres, sin embargo, mantiene con la historia de la Medicina una relación más fluida e incorpora temas relacionados con la historia del cuerpo y las prácticas sanitarias. Las ideas, conceptos y teoría médica participan, en buena medida, de los valores morales, sociales y religiosos de su tiempo, a la vez que contribuyen a configurarlos, desbordando los textos propiamente científicos para impregnar la mentalidad de la época (Bolufer 2007, 638).

Bolufer señala que los médicos se referían con frecuencia a Rousseau, buen conocedor a su vez de la literatura médica, en la idea de que las mujeres están determinadas por su sexo de un modo y hasta un punto que no lo están los hombres[53]. Por eso, señala:

> Desde esta conciencia, el feminismo ha desarrollado un discurso crítico sobre los mecanismos psicológicos y sociales por los cuales la desigualdad de los sexos condiciona la relación de las mujeres con su propio cuerpo. Es por ello que la historia de las mujeres ha tomado la sexualidad, la maternidad o las prácticas sanitarias y estéticas de cuidado y modelado del cuerpo como objetos centrales de análisis (Bolufer 2007, 638-639).

Algunas historiadoras expresaron inquietud acerca de los riesgos de una historia de las mujeres centrada en el cuerpo como objeto privilegiado de conocimiento, ya que podría suponer la reproducción de una de las dicotomías más arraigadas que el feminismo precisamente pretende cuestionar, así como el peligro de escribir una historia de las mujeres centrada en saberes y prácticas de las mujeres vinculados con la vida y la muerte, la salud y la enfermedad como un reducto de lo más natural e instintivo (Bolufer 2007, 640). El desarrollo de estos estudios, sin embargo, ha mostrado que este peligro solo amenazaba a quienes adoptasen perspectivas deterministas. Los estudios centrados en la maternidad, las comadronas, el parto, han demostrado que la cultura y la historia conforman el cuerpo femenino al igual que el masculino, es decir, han puesto en evidencia que «la biología constituye, en sí misma, una categoría sociocultural que ha marcado y distorsionado la percepción y la relación de los sexos, al mismo tiempo que la de otros grupos» (Bolufer 2007, 640). Así, se demuestra que el cuerpo femenino tiene en sí mismo una

[53] Rosa Cobo desarrolló en su obra *Los fundamentos del patriarcado moderno* (1995), la tesis de que Rousseau fue el principal teórico ilustrado del moderno concepto de feminidad y su pensamiento social y político es claramente patriarcal.

historia. Señala como otro peligro que se planteaba, el caer en reproducir de forma demasiado reiterativa y esquemática la identificación dicotómica entre, por un lado, las mujeres, la cultura popular y los saberes tradicionales sobre el cuerpo y, por otro, la medicina oficial-masculina (Bolufer 2007, 640), pero los estudios «han revelado relaciones mucho más complejas entre las mujeres sanadoras, sus pacientes, las autoridades civiles o religiosas, los médicos o cirujanos, así como una capacidad adaptativa a las cambiantes circunstancias de ejercicio de su profesión» (Bolufer 2007, 641). Asimismo, menciona que la historia de las mujeres, al acercarse a temas relacionados con la vida privada, ha utilizado metodológicamente perspectivas próximas a los planteamientos de la microhistoria, con su atención al detalle, a las experiencias individuales y las historias de vida (Bolufer 2007, 639).

Esther Rubio dedicó su trabajo a la «Reconstrucción y transmisión de genealogías de mujeres en la ciencia y la medicina» (Rubio 2007). Relató la historia de Virginia Galilei, hija de Galileo Galilei, que se formó como boticaria en el convento en el que ingresó al no ser reconocida como hija legal de este por ser concebida en una relación extramatrimonial. Virginia Galilei también fue docente en atención sanitaria y algunas de sus recetas de farmacopea recibieron el visto bueno de la Magistratura de Salud Pública de Florencia. También mostró la historia de Anne Conway, que se opuso a la filosofía de Descartes en lo que suponía de ruptura de las relaciones entre lo material y espiritual y en su intento de reducir los organismos a máquinas.

Consuelo Miqueo en su texto «Cómo ser historiadora y descubrir el androcentrismo de la ciencia médica actual» (2007), reflexiona sobre su trayectoria académica y su trabajo con el grupo Genciana, preguntándose cómo cuestionar de raíz una ciencia androcéntrica, a la que ama. Resume las investigaciones que le hacen considerar la diferencia sexual con mayor capacidad para generar progreso científico.

Mari Luz Esteban, en su artículo «Desafíos teórico-metodológicos del cuerpo. Nuevas aproximaciones desde el feminismo» (2007), aborda las reformulaciones feministas del concepto de género junto con la llamada teoría social del cuerpo, que están posibilitando nuevas propuestas teórico-metodológicas, con una visión dinámica del género y el cuerpo como agente. Clasifica en cinco posicionamientos la teorización feminista sobre el cuerpo:

1. El cuerpo como limitación para el acceso de las mujeres al ámbito público y los derechos políticos y sociales, con una visión negativa del cuerpo femenino por su especificidad: menstruación, embarazos,

lactancia. Esta posición se desarrolló por algunas feministas de la igualdad, como Simone de Beauvoir.

2. En el pensamiento de la diferencia el cuerpo es central en el análisis de la existencia social y psicológica de las mujeres. La diferencia sexual se considera como el elemento clave en la construcción de los sujetos, un cuerpo que no se considera como ahistórico o biológicamente dado, sino constituido en el orden del deseo, la significación, el poder.
3. El constructivismo feminista, que considera que es el sistema social el que da sentido a la biología, por lo que las lecturas, significados y valores otorgados al cuerpo adquieren centralidad.
4. El enfoque postestructuralista que pone en discusión las dicotomías mente-cuerpo y ofrece metáforas y lecturas del cuerpo que rompen con la visión reproductivista y esencialista.
5. El cuerpo como agente, posicionamiento ligado al eje hegemonía-subalternidad, a la teoría performativa y a las prácticas reflexivo-corporales. El cuerpo es vivido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales, un cuerpo que no solo refleja y expresa, sino que produce identidades prácticas de género, abriendo un nuevo análisis que no es ni biologicista ni totalmente constructivista e intenta superar el determinismo biológico y el determinismo social.

Esta última concepción supone importantes aportaciones para el estudio de la salud y el género: cuerpos individuales situados en contextos sociales, culturales e históricos en los que viven y donde cuerpo, biografía individual y condicionamientos familiares, sociales y culturales se tejen a la vez. Cuerpos que reproducen, pero que también producen modificaciones en su experiencia respecto a las desigualdades de género. Señala que el cuerpo político para las feministas a finales del siglo XX ha sido el cuerpo reproductivo y sexual. En la actualidad, es el cuerpo de la estética, en el sentido de cómo se está normativizando culturalmente a las mujeres.

En el XIV Congreso celebrado en Granada en 2008 (Ortiz et al. 2008), dedicado a la experiencia de enfermar con perspectiva histórica, se abordan la historiografía, los contextos, las trayectorias y las resistencias como ejes analíticos. En este congreso se pretende reconocer agencia y protagonismo histórico a las personas que sufren una enfermedad. Entre las 104 comunicaciones que

se presentaron, distribuidas en nueve mesas temáticas, se presentan diversas investigaciones desde el marco feminista. Algunas de ellas recuperan, por medio de documentos históricos como la correspondencia privada, la vivencia de la enfermedad. Así, la investigación de Inge Christine Heinz sobre la princesa Luise von Preussen (1799-1882), que a través de sus cartas relata su enfermedad y tratamiento. Concluye Heinz que la causa de su ansiedad, tristeza y angustia eran las infidelidades de su marido (2008). Martha Lilia Mancilla Villa en «Episodio de una interna en Ka Castaleda» (Ciudad de México 1924), analiza, también a través de sus cartas, el dispositivo de control familiar y médico de una interna en un hospital psiquiátrico. Concluye que «estar loca significaba nadar contra corriente de los valores sustentados y compartidos por la sociedad, con los que se hilaba el entramado de relaciones constitutivas y constituyentes de la subjetividad femenina de esa época» (2008, 119).

Nuria Romo, del Instituto de Estudios de la Mujer de Granada y Eugenia Gil, de la Universidad de Sevilla, presentan los resultados parciales de una investigación sobre la prescripción de psicofármacos a las mujeres en atención primaria, realizada en tres comunidades autónomas. Este estudio se realiza en el marco teórico de la creciente medicalización del malestar de las mujeres en diferentes etapas y momentos vitales. Encuentran en su estudio que los profesionales identifican tres tipos de factores que les conducen a la prescripción de tranquilizantes-sedantes, hipnóticos y antidepresivos a las mujeres: factores de tipo biológico, como la menopausia; factores de tipo psicológico o características de personalidad; y otros relacionados con el contexto social, como situaciones económicas precarias, dedicación a los cuidados, procesos de duelo o soledad, empleos de baja cualificación. En relación a los discursos de las mujeres sobre el malestar, aparecen diferencias según su momento vital y los síntomas y formas de manifestar el malestar. Las jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad, las mujeres de edad media en torno al estrés, las mayores en torno a la depresión (Romo y Gil 2008).

Eulalia Gil y Teresa Ortiz Gómez en «La medicalización del malestar: el caso de la anorexia» (2008), analizan los diferentes significados de la anorexia para las mujeres y para la medicina, siendo para esta síntomas patológicos y para las mujeres expresiones de resistencia y autocontrol, el poder de los débiles. Analizan también los dos discursos médicos, el nutricionista y el preventivista, encontrando que en ambos se responsabiliza a las madres de la problemática de las hijas.

Un equipo de profesionales, en «La historicidad de un grupo de gestantes o parejas embarazadas: una trayectoria histórica de educación y cui-

dado» (Petters et al. 2008), describen el trabajo realizado durante 10 años prestando apoyo y acompañamiento a mujeres y sus parejas, así como sus beneficios, reflexionando como profesionales que buscan un abordaje educativo transformador.

Marta Fernández Morales, en su texto «Francotiradoras culturales: el teatro y la performance como herramientas del Movimiento por la Salud de las Mujeres en los Estados Unidos» (2008), analiza el uso de las performances como estrategias de denuncia de los biopoderes, estudiando la representación de dos artistas feministas que escenificaron el cáncer de mama. Las mujeres se convierten en sujetos de su propia narrativa de la enfermedad, reescribiendo la política del cuerpo del sistema biomédico, negándose a ser encerradas en etiquetas que conllevan pautas de comportamiento asociadas a la pasividad, la sumisión, la ausencia de responsabilidades y la dependencia. Significa la rebelión contra el rol de paciente, denunciando también, de este modo, la fragmentación corporal asociada al modelo biomédico. Una de las performances que analizó, relataba la experiencia lesbiana con el cáncer de pecho. Concluye la autora que el teatro feminista invita a releer el cuerpo como lugar de resistencia y lucha, apartándose del deseo de docilidad femenina de la cultura patriarcal, siguiendo la tradición del «teatro de guerrilla ginecológico», que mantiene el cuerpo en el centro de la representación y del debate.

José Miguel Campos Rodríguez, en su artículo «Da la casualidad de que hay más locas como yo. Una aproximación al fenómeno Ana y Mía de Internet» (2008), analiza los discursos de la comunidad anoréxica en internet, que se está constituyendo como un movimiento de protesta e identidad.

Rosa María Medina Doménech, en «Leer contracorriente. Publicaciones psiquiátricas y consultorios amorosos del franquismo como fuente para conocer el padecimiento y el conocimiento emocional de las mujeres» (2008), analiza la hegemonía del discurso psicológico en el franquismo y las resistencias de las mujeres, mostradas a través de sus testimonios en los consultorios amorosos, como estrategias colectivas para contestar al poder normativo y también como nuevas formas de conocimiento sobre las emociones.

Isabel Jiménez Lucena, Dolores Sánchez y Celia García Díaz, en su trabajo «Regular, negociar, resistir: biopoder y lucha por la hegemonía sobre el cuerpo de las mujeres en la España contemporánea» (2008), señalan que en las prácticas de la biomedicina la cuestión del sexo-género ha sido central, contribuyendo a establecer una política de género. Destacan el triunfo de la biomedicina como forma hegemónica de tratar el cuerpo, la salud y la enfer-

medad, pero también la presencia de otros modelos no-europeos, no-consumistas, no-clasistas, no-patriarcales. Las mujeres han actuado como agentes activos, y no solo como meras receptoras.

María Martha de Luna Freire, en su presentación «Enseñando a las mujeres a ser madres: medicinas, maternalismo y prensa femenina en el Brasil (1910-1930)» (2008), analiza el papel de las revistas divulgativas como mediación cultural para la difusión de la ideología y la técnica de la maternidad, redefinida sobre bases científicas.

En el XV Congreso, celebrado en Ciudad Real en 2011, dedicado a la Transmisión del conocimiento médico e internalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica (Porras et al. 2011), se presentan tres trabajos desde la perspectiva feminista. Un equipo de la Sección de Historia de la Ciencia y del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada presenta «Bioética, ética médica y globalización. Una propuesta en torno a la vulnerabilidad y al género» (Moreno et al. 2011). En este trabajo resumen su experiencia para incorporar a los nuevos planes de estudio de medicina una concepción de la ética ligada a la globalización y los planteamientos éticos que se producen en la sociedad civil, frente al concepto bioético de la medicina. Afirman que como consecuencia de la globalización, la morbimortalidad gira en torno a la vulnerabilidad y no a factores de riesgo, concepto que nace como fruto de la inequidad estructural. Los factores estructurales y las condiciones de vida están sustituyendo a los clásicos factores de riesgo en salud. Aluden a la reciente incorporación por la OMS del concepto de vulnerabilidad como determinante de salud. El antiguo concepto de salud como completo bienestar aparece en el contexto de la globalización como disponibilidad de igualdad de oportunidades: no al hambre, no a la pobreza, no a la violencia, no a la discriminación androcéntrica. Constatan la irreflexividad de la medicina respecto a la igualdad de oportunidades en salud. La salud sigue siendo tratada en los ámbitos tradicionales de la medicina como un bien de consumo, presentando un modelo basado en la bioética, contractualista, liberal, eurocéntrico, fundamentado en el principio de autonomía, que elude las manifiestas y emergentes desigualdades sociales y reproduce un sistema androcéntrico. Plantean ideales éticos y no bioéticos: dignidad de la persona, respeto a los derechos humanos, y aplicación de la justicia como ejes sobre los que construir los programas de salud.

Teresa Ortiz, junto con miembros del Centro de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Granada, presenta un resumen de sus investigaciones en torno al «Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación

familiar en España» (2011). Consuelo Miqueo y Asunción Fernández exponen su investigación sobre el «Perfil de las pioneras médicas: efectos de la Real Orden de 8 de marzo de 1910 para la igualdad de mujeres y hombres en el acceso a la universidad (2011).

En el XVI Congreso celebrado en Madrid en 2014, Medicina y poder político (Campos et al. 2014), la historiografía feminista tiene una presencia destacada y una gran visibilidad, que se manifiesta ya en la denominación de las secciones de este congreso. La sección I, Poder y autonomía en las profesiones auxiliares de la medicina, está coordinada por Consuelo Miqueo y Asunción Fernández Doctor. En la introducción a esta sección, Miqueo y Fernández señalan que en la conformación de las profesiones, a la clásica tríada de poder, privilegios y autonomía, se añaden en la actualidad dos categorías analíticas aportadas por los estudios de género y feministas, la subjetividad y el género. Se presentan seis trabajos en esta sección, tres de ellos incorporan el análisis de género. Carmen González Canalejo, de la Universidad de Almería, presenta un estudio sobre «los procesos de profesionalización de la enfermería española desde el análisis de género» (2014), señalando que es necesario desentrañar las claves de las ideologías de género que han excluido del ámbito historiográfico la cientificidad de la praxis de las enfermeras y la lucha por las relaciones de igualdad.

La sección II.VI, Cuerpos e historias de mujeres (1): biopoder y producción del cuerpo, está coordinada por Ana Romero de Pablos y Monserrat Cabré hace la introducción a los cinco trabajos de esta sección. Agata Ignaciuk presenta un estudio sobre la representación de los cuerpos de las mujeres en los anuncios de la píldora anticonceptiva, realizado en el marco del proyecto «Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática», concluyendo que las representaciones de las mujeres en las imágenes gráficas reflejan los cambios en los discursos culturales sobre las mujeres. Subraya, además, la importancia de estas representaciones, ya que ejercen una influencia considerable en profesionales, en su práctica y sus ideas sobre las mujeres (Ignaciuk 2014).

La sección III.VII, Cuerpos e historias de mujeres (2): poder político desde el cuerpo, tiene el objetivo de reflexionar sobre el movimiento por la planificación familiar durante la transición democrática como una forma de creación de (bio)poderes (políticos) alternativos y de apropiación y crítica del conocimiento científico del cuerpo de las mujeres. Coordinada por Agata Ignaciuk, se presentan seis trabajos sobre la planificación familiar en la transición y

la sexualidad en el franquismo, realizados en el marco de los proyectos «La constitución de la Planificación Familiar en España durante los últimos años del franquismo y la transición democrática».

El análisis de los estudios e investigaciones presentados en los Congresos de Historia de la Medicina no solo muestra la progresiva y creciente incorporación de la perspectiva feminista en este ámbito, sino el tesón e intenso trabajo de las historiadoras feministas históricas, que han conseguido introducir esta perspectiva, así como promover la presencia de jóvenes investigadoras que continúan estas líneas de investigación e introducen nuevas temáticas y nuevos marcos de interpretación. Asimismo, pone de manifiesto el objetivo de la teoría feminista, transformar las instituciones académicas y científicas y sus discursos androcéntricos y sexistas.

2.2.2. Estudios crítico-feministas de la Psicología

El campo de la salud mental, junto con los derechos sexuales y reproductivos, es un área paradigmática y central en los estudios crítico-feministas en el ámbito de la salud (Esteban 2006, 11). Ya en los inicios del feminismo radical, con anterioridad al desarrollo de las epistemologías feministas y la creación de los institutos de estudios feministas, psicólogas y psiquiatras feministas realizaron una fuerte crítica a los discursos sobre las mujeres en las teorías psicológicas y psiquiátricas. Mostraron su poder opresivo y normativo y su contribución a reforzar la subordinación de las mujeres, desvelando que estas disciplinas se habían constituido en potentes herramientas del patriarcado para el control de las mujeres, un control que se ejercía, además, de un modo directo mediante sus aplicaciones clínicas. Estas críticas se dirigieron también a la categorización psicológica y psiquiátrica del malestar y las problemáticas de salud mental de las mujeres y a los consecuentes tratamientos a los eran sometidas, poniendo de manifiesto que, históricamente, mediante el uso de estas categorías diagnósticas se estigmatizó y privó de libertad a aquellas mujeres que no se atenían a los mandatos y roles de género patriarcales y a la sexualidad normativa[54]. En el feminismo radical comienza lo que, tomando

[54] La psicología, además de justificar la desigualdad entre los sexos, ha contribuido a la patologización de las sexualidades que no responden a la normatividad heterosexual (García Dauder 2003, 42). Kate Millett fue internada en un psiquiátrico obligada por su familia, tras reconocer públicamente su lesbianismo (García Dauder 2003, 35). Vease también nota 138.

la expresión de Rosa Cobo, podría considerarse un ajuste de cuentas con la psicología. Las psicólogas feministas:

> Destacan las fuertes dimensiones patriarcales y androcéntricas de la psicología, reivindican la memoria histórica de las investigadoras pioneras en el ámbito académico, señalan el carácter sesgado de una ciencia que ha excluido a las mujeres, como sujetos y objetos 'reales' de la investigación científica y proponen que la psicología incorpore la variable 'género' y asuma la perspectiva feminista como la condición de posibilidad de un conocimiento que dé cuenta de toda la realidad humana. Y no solo eso, (…) proponen el abordaje terapéutico como una vía de cambio para emanciparse de algunas ataduras patriarcales (2006, 11).

La psicóloga Philips Chesler, en su texto *Mujer y Locura* (1972) denunció la categorización de las mujeres como seres mentalmente inestables, tanto si se conformaban a los dictados de la feminidad como si se rebelaban a ellos, y a los psicólogos y psiquiatras varones que habían construido la locura y la feminidad de forma especular. Por este motivo, se opuso al tratamiento de las mujeres por profesionales varones y apoyó la creación de comunidades terapéuticas de mujeres. Chesler, en la conferencia anual de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1970, reclamó un millón de dólares en reparaciones para aquellas mujeres que nunca habían sido ayudadas por los profesionales de la salud mental, pero que, en cambio, sí habían sido objeto de múltiples abusos: etiquetadas negativamente, sedadas, seducidas y abusadas sexualmente durante los tratamientos, hospitalizadas contra su voluntad, tratadas con descargas eléctricas, lobotomías y, sobre todo, rechazadas como demasiado agresivas, promiscuas, depresivas, feas, viejas, desagradables o incurables (Cabruja 2007, 158). También Pauline Bart, experta en tratamientos a mujeres con depresión como consecuencia de violaciones, exigió en 1971 reparaciones y compensaciones económicas de los psicoterapeutas por todos los años en los que tantas mujeres habían desperdiciado su tiempo y dinero en la psicoterapia, una psicoterapia basada en falsas asunciones sobre la naturaleza de las mujeres (García Dauder 2003, 35)

En el mismo sentido, Germaine Greer, en 1970, dedicó un apartado de su libro *La mujer eunuco* a lo que llamó la estafa psicológica. Después de realizar una crítica al psicoanálisis, destacó que el sufrimiento de las mujeres no se debe a que no hayan logrado acceder a la feminidad madura, sino a la lucha que mantienen contra lo que les impide vivir y trabajar de acuerdo con

sus propias capacidades (Greer 2004, 129). Señaló que la psicología refuerza la infantilización de las mujeres, que se ha estado fomentando desde su nacimiento, y denunció la contribución de la psiquiatría y la psicología a adaptar a las mujeres y a individualizar su malestar:

> La psiquiatría constituye un extraordinario abuso de confianza: la criatura acude confiada en busca de ayuda porque se siente desdichada, ansiosa y confusa, y la psicología la convence de que debe buscar el motivo en *sí misma* (…). El tratamiento por electrochoque, la hipnosis y otras formas de 'terapia' se encargarán de apuntalar la afirmación de la sociedad. Ya que no pueden arreglar el mundo, los psicólogos ajustan a las mujeres (Greer 2004, 119-120).

Naomi Weisstein realizó, en 1969, una potente e influyente crítica al poder opresivo de la psicología tradicional sobre las mujeres, redactando un manifiesto que supuso el inicio de la psicología feminista. Planteó la necesidad de cambios radicales en los métodos de investigación en psicología, en los métodos psicométricos tradicionales y en las cuestiones abordadas por esta disciplina. También estudió los debates en torno a las relaciones entre activismo y actividad científica, muy presentes en la actualidad (Gandarias 2014). Naomi Weisstein escribió en 1968 un texto polémico y radical, *Kinder, Küche, Kirche as Scientific Law: Psychology Constructs the Female*, texto que ha sido clave para la psicología feminista al formular la necesidad de desplazar la idea de que «la psicología construye lo femenino y la mujer» a «el feminismo reconstruye a la psicología». Para explicar el comportamiento de las mujeres, afirmó, es necesario comprender las condiciones y expectativas sociales bajo las cuales se desarrollan sus vidas (García Dauder 2003, 36). En este sentido, Ellen Herman subrayó que «si bien la psicología ayudó a «construir la feminidad», también –y en respuesta a ello– provocó en parte la nueva ola del feminismo, que a su vez se valió de herramientas psicológicas teóricas que ayudaban a explicar los aspectos psicológicos-subjetivos –no solo los materiales– de la opresión patriarcal» (García Dauder 2003, 35).

En España, también desde el inicio del feminismo radical en la década de los años setenta, psicólogas y psiquiatras feministas denunciaron el sexismo y androcentrismo en la psicología y psiquiatría, analizaron el malestar y las problemáticas de salud mental de las mujeres relacionándolas con sus condiciones de vida y el desempeño de los roles de género, y visibilizaron que los tratamientos que se imponían a las mujeres se dirigían a su adaptación al sistema mediante la psicologización, psiquiatrización y medicalización con psi-

cofármacos (Dio Bleichmar 1984; Fernández Villanueva 1982; Huertas 1991; Rojo 1980; Sáez 1979; Sau 1976).

Aunque la psicología, al igual que otras disciplinas, se ha considerado a sí misma como una ciencia objetiva y neutral, la teoría feminista ha puesto de manifiesto el androcentrismo en el conocimiento psicológico y su contribución crucial a la justificación de la subordinación femenina y a la construcción de la feminidad. La psicología ha prestado escasa atención al estudio de las desigualdades de poder y estatus como consecuencia de la dominación patriarcal y su impacto en la salud, a los mecanismos psicosociales de la discriminación y su incorporación en la subjetividad, a las repercusiones del contexto social y las experiencias vitales derivadas del mismo, individualizando y psicologizando sus consecuencias. Kate Millett, en su obra *Política Sexual*, ya había subrayado los escasos trabajos realizados desde la psicología que tuviesen en cuenta la influencia del patriarcado en la salud mental de las mujeres: «El contadísimo número de investigaciones dedicadas a las repercusiones psicológicas y sociales de la supremacía masculina, constituye una prueba más de la ignorancia y despreocupación de las ciencias sociales conservadoras» (2010, 121).

Como ha sucedido en otras disciplinas, la psicología se ha resistido a la incorporación de los análisis feministas. La teórica feminista y psicoanalista Jessica Benjamín señaló que «mientras que otros campos se han ido acostumbrando a la teorización feminista sobre el género del sujeto, la psicología fue tomada de sorpresa cuando la cuestión del género llamó finalmente a su puerta» (1996, 237). Asimismo, Teresa Cabruja subrayó que las resistencias de la psicología han sido, incluso, mayores que en otras disciplinas:

> La Psicología, constituye, según como, un caso especial, pues a diferencia de otras disciplinas como la sociología, la antropología o la historia, por ejemplo, donde más a menudo se han dado intentos de combinar el paradigma científico con el compromiso político y la incuestionable alusión a cuestiones como la clase, las sexualidades y el racismo, las resistencias han sido mucho mayores (2008, 27).

En esas resistencias de la psicología a incorporar perspectivas críticas, ha influido el intento de esta disciplina, de creación relativamente reciente, de constituirse en una ciencia experimental y, por tanto, tratar de mantenerse en un marco positivista. Los análisis críticos se consideran pertenecientes al ámbito de lo social, político o filosófico. En ese sentido, lo que es más rechaza-

do por la psicología es el reconocimiento de los fundamentos políticos de la psicología feminista, pues rompe al menos dos de los dualismos más importantes de la psicología: objetividad-subjetividad y ciencia-política (Cabruja y Fernández-Villanueva 2011, 83). Esas resistencias tienen graves consecuencias. Entre ellas, el hecho de que los profesionales de la psicología, incluso en campos como la violencia de género, intervienen sin recurrir a la teoría feminista y desconociendo las aportaciones y los análisis feministas en esta materia (Cabruja 2007, 159).

A partir de la década de los años ochenta, el desarrollo de las epistemologías feministas abrió la posibilidad de una psicología feminista que entiende las críticas políticas y epistemológicas como indisociables. Los estudios crítico-feministas en psicología, como señaló Teresa Cabruja, se dirigen, al igual que en otras disciplinas, a «conectar las aportaciones de distintas epistemologías feministas de la ciencia, en la línea de autoras como Sandra Harding, Evelyn Fox-Keller, Hellen Longino y sus explicaciones respecto al androcentrismo y sexismo de la ciencia y cómo transformarlo, en su específica manifestación en el campo de la psicología» (2008, 27). En ese sentido, se han investigado los tres ámbitos que la epistemología feminista aborda en todas las disciplinas: la situación de las mujeres en la psicología como sujetos y objetos de conocimiento; la cuestión de la psicología en el feminismo y cómo esta disciplina ha contribuido a la subordinación de las mujeres; la cuestión del feminismo en la psicología y cómo los discursos y prácticas feministas han sido incorporados por la psicología. García Dauder analizó, de modo exhaustivo, las relaciones y articulaciones entre la psicología y el feminismo en su tesis doctoral (2003b).

En relación a las mujeres como sujetos de conocimiento, en la psicología, la pregunta «por qué tan pocas» se convierte en «por qué habiendo tantas existen tan pocas en los libros de historia» (García Dauder 2003a, 126). También esta disciplina, como subrayó Amparo Bonilla, «pese a constituir un campo feminizado a nivel educativo y profesional, presenta perfiles de segregación territorial y jerárquica por sexos, invisibilidad de las aportaciones históricas de las mujeres y marginación de temas relativos a las relaciones de poder de género» (2010b, 132). El informe realizado sobre la situación de las mujeres investigadoras en el sistema español de ciencia y tecnología muestra el efecto tijera también en las Facultades de Psicología (Alcalá et al. 2007).

La historiografía feminista está recuperando no solo los nombres de psicólogas que fueron invisibilizadas y excluidas del reconocimiento profesional y de la historia de la psicología, sino también sus investigaciones

y contribuciones al desarrollo de esta disciplina, mostrando, además, las discriminaciones que han experimentado. Algunas de las investigaciones en España se han dirigido a reconstruir la historia de la psicología incorporando a las psicólogas (Bosch y Ferrer 2003; García Colmenares 2011; García Dauder 2005; Giménez 2007), una parte de la historia que, hasta hace pocos años, era «un secreto bien guardado» (García Dauder 2005, 183). Con estas investigaciones, como observa García Dauder, será *la mayoría* la que recupera su memoria, expresión que da título a uno de los apartados de su tesis doctoral (2003, 103). Estos estudios han desvelado una historia de la psicología sesgada por la desigualdad de género y con graves consecuencias en la desigualdad de reconocimiento, señalando la necesidad de una recuperación compensatoria de las mujeres en tanto sujetos de conocimiento como reparación a esta exclusión.

Amparo Bonilla también destacó que el proceso hacia la igualdad en reconocimiento y estatus de las psicólogas feministas no se produce sin resistencias, tanto por parte de la disciplina, reacia a incorporar los análisis feministas, por lo que persiste un sexismo encubierto, como por parte de las psicólogas ante su exclusión y marginación. Las psicólogas feministas subrayan la necesidad de alcanzar una igualdad de autoridad intelectual para que puedan ser reconocidos los planteamientos e investigaciones feministas (Bonilla 2010a, 70).

Además de estudios históricos, se han realizado investigaciones sobre la situación de las psicólogas contemporáneas, analizando también la interacción entre sus experiencias vitales y sus contribuciones a la ciencia (Moreno 2009). Al igual que en otras disciplinas, las psicólogas feministas han incorporado la historiografía feminista en los Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, cuyas actas se publican en la *Revista de Historia de la Psicología*, y han abierto espacios para visibilizar la historia de las mujeres en esta disciplina. Así, en el XX Symposium, realizado en Cadaqués en 2007, Mª del Carmen Giménez realizó una ponencia sobre las mujeres en la historia de la psicología (2007) y en el XXVI Symposium en 2013, se celebró un mesa redonda denominada «Mujeres en la historia de la psicología», moderada por Esther Barberá, en la que participaron Mª Jesús Cala, Mar Bernal, Esperanza Bosch y Carmen García.[55]

En relación a la cuestión de la ciencia en el feminismo, los estudios crítico-feministas se han dirigido a analizar el androcentrismo y el sexismo en las

[55] Disponible en: http://sehp.org/wordpress/?p=189#more-189. (Consulta: 20/03/2014).

teorías explicativas del malestar de las mujeres y en su aplicación en la práctica clínica, a desvelar la contribución de la psicología a la construcción de *la mujer*, *lo femenino* y la diferencia sexual, a poner de manifiesto los sesgos en todo el proceso de investigación y las múltiples violencias que la psicología ejerce sobre las mujeres.

En relación a las teorías psicológicas, estos estudios subrayan que se crearon teorías deficitarias que interpretaron las diferencias intersexuales en términos de carencias para las mujeres y enfatizaron los conflictos, culpas y ansiedades de las mujeres, sin tener en cuenta que son una consecuencia de demandas sociales incompatibles (Barberá y Cala 2008). En ese sentido, numerosas teóricas feministas, como Kate Millett y Betty Friedan, psicólogas sociales, Simone de Beauvoir, Shulamith Firestone, Germaine Greer y Eva Figes formularon fuertes críticas al psicoanálisis, precisamente una de las corrientes del pensamiento crítico del siglo XX, llegando a acusar al psicoanálisis de connivencia con el patriarcado. Argumentaron que su análisis de las problemáticas de las mujeres en salud mental no tenía en cuenta la desvalorización y las desventajas sociales de las mujeres, sino que parecía apreciar la inferioridad como natural y constitutiva del psiquismo femenino. Sin embargo, posteriormente, se produjo una mayor convergencia entre feminismo y psicoanálisis, iniciada por Juliet Mitchell (1976), en España de la mano de psicoanalistas como Silvia Tubert, Nora Levinton y Emilce Dio Bleichmar. El feminismo necesitaba una teoría para explicar los mecanismos por los que el patriarcado coloniza la subjetividad y perpetúa la dominación y cómo se internalizan la subordinación y la opresión, por lo que entre feminismo y psicoanálisis ha existido una relación controvertida[56]. Las metodologías feministas de intervención en salud buscarán herramientas para producir cambios en la subjetividad y el psicoanálisis feminista aporta claves para la comprensión de la subjetividad en la forma de enfermar, para el trabajo en la autoestima, para repensar los modelos de vida y las alternativas de cambio, que han sido y siguen siendo objetivos feministas de promoción y atención a la salud, como se desarrollará en el apartado 3.3.

La crítica feminista también ha desvelado los esencialismos biologicistas en las teorías psicológicas y su contribución a la construcción psico-

[56] Sara Velasco dedicó un apartado de su libro *Sexos, Género y Salud* al análisis de las controversias entre feminismo y psicoanálisis (2009a, 70-76).

lógica de *la mujer*, *lo femenino* y las diferencias sexuales. Como afirmó Amparo Bonilla:

> La psicología ha contribuido a la construcción del sexo como diferencia al dar por supuesto el dimorfismo, no solo a través del prolífico estudio de las diferencias entre sexos de inagotable vigencia, sino incluso dentro del paradigma de la identidad en que se propone originariamente el concepto de género y que, como tal, no ha supuesto más que su psicologización bajo la formulación de un sexo psicológico (2010a, 67).

Rosa Pastor, Isabel Martínez y Esther Barberá analizaron la influencia del modelo naturalista y biológico en la psicología, señalando una estrecha correspondencia entre el dimorfismo sexual biológico y el dimorfismo psicológico y comportamental (1989). El análisis feminista de los imaginarios sobre las mujeres en la psicología muestra que fueron construidas como seres frágiles, lábiles y propensos a la enfermedad mental, «la feminidad fue caracterizada por cualidades que coinciden con estados de desequilibrio mental: emotividad, inestabilidad, sugestionabilidad, impresionabilidad» (Jiménez y Ruiz 2009, 193). En el mismo sentido, Victoria Sau escribió: «El perfil de feminidad, si se cumpliera en sentido estricto, daría lugar a una persona inhibida, insegura, dependiente, patológicamente emotiva y sumisa, incapaz de respuesta asertiva y de pensar por sí misma so pena de un grave sentimiento de culpabilidad» (2003, 179).

Kate Millett también subrayó «la terminología claramente misógina con que suele describirse la personalidad femenina» (2010, 403). Los discursos de la psicología se han sumado a los discursos patriarcales sobre la debilidad natural de las mujeres, debilidad sobre la que, históricamente, el patriarcado ha construido su inferioridad, afianzado, en este caso, su labilidad y debilidad emocional. Concepción Fernández Villanueva lo expresó de este modo: «Las pequeñas diferencias biológicas sirvieron de base a grandes diferencias psíquicas. El hecho de que las mujeres fueran físicamente más débiles que los hombres, parece haberse generalizado a todas las demás características, dando origen a la idea de la debilidad emocional e intelectual» (1982, 87). Como señalaron Esperanza Bosch y su equipo en la Universidad de Baleares, «a la vulnerabilidad de la imagen femenina colaboraron también muchos de los grandes psicólogos del siglo XX» (2006, 181). Paralelamente, como sostuvo la psicóloga feminista Hill Morawski, la psicología incorpora las metáforas sexuales que asimilan masculinidad y ciencia:

> En el nivel más visible, las imágenes de la ciencia y de la masculinidad se sostienen recíprocamente: el lenguaje las califica a ambas como tenaces, rigurosas, no emocionales, racionales, independientes y competitivas. En la actualidad, este simbolismo sexuado ha sido integrado dentro de la psicología contemporánea (1994, 199).

Los análisis feministas consideran a la psicología como una disciplina masculinocentrada y ciega al género, dicho con la expresión de Ellen Herman en 1995, «a los ojos de muchas feministas, la psicología era poco más que sexismo disfrazado de ciencia» (García Dauder 2003, 33). En este sentido, Amparo Bonilla recogió el análisis realizado por Carol Travis para mostrar el androcentrismo en la psicología y el modo en que las mujeres son medidas en relación al estándar masculino y vistas como una desviación, reforzando el imaginario patriarcal de que las mujeres son seres con deficiencias y problemas de salud mental (Bonilla 2010b, 135). Así, los rasgos que parecen mostrar más los hombres se etiquetan de una forma positiva, mientras los de las mujeres son descalificados. La tendencia masculina a hablar en los ámbitos públicos es considerada como asertividad, mientras las habilidades de las mujeres en las relaciones y la comunicación interpersonal son consideradas como dependencia o verborrea. Para hacer más visible el androcentrismo, Travis planteó una valoración de las cualidades consideradas masculinas desde una mirada femeninocentrada, que reflejó de este modo (Bonilla 2010b, 135):

Descubrimientos típicos en Psicología: androcentrismo	**Tomando a las mujeres como base de comparación:**
Las mujeres tienen menor autoestima que los varones	Los varones son más pretenciosos que las mujeres
Las mujeres no valoran su esfuerzo tanto como los varones	Los varones sobrevaloran el trabajo que ellos hacen
Las mujeres tienen menos confianza en sí mismas que los varones	Los varones no son tan realistas como las mujeres al valorar sus capacidades
Es más probable que las mujeres digan que están 'heridas' a que admitan que están 'enfadadas'	Es más probable que los varones acusen y ataquen cuando están mal, a que admitan estar dolidos e inviten a la empatía
Las mujeres tienen más dificultad para desarrollar un 'sentido del yo separado'	Los varones tienen más dificultad para formar y mantener vínculos

En la misma dirección, las psicólogas feministas Rachel Hare-Mustin y Jeanne Marecek realizaron una profunda crítica a las investigaciones sobre

las diferencias sexuales, destacando el uso de conceptos androcéntricos y sexistas para caracterizar a las mujeres: «Si las mujeres parecen más pasivas que los varones, por ejemplo, ¿decimos que las mujeres son manifiestamente pasivas o que los varones son hiperactivos? Si las mujeres son sensibles a más estímulos que los varones, ¿decimos que las mujeres dependen del campo o que son más conscientes y atentas?» (1994, 226-227).

Con el objetivo de visibilizar el sexismo, psicólogas feministas han revisado numerosas investigaciones y sus conclusiones acerca de una variedad amplísima de dimensiones psicológicas, poniendo de manifiesto los sesgos de género que se producen en todo el proceso de investigación psicológica: en los modelos teóricos, el lenguaje, la formulación de preguntas, la selección de muestras, especialmente en la selección de varones para las investigaciones y su generalización a las mujeres, los sesgos derivados de los prejuicios sexistas del experimentador, las interpretaciones de los resultados, que han subrayado sobre todo las diferencias entre mujeres y hombres y no las semejanzas, y han psicologizado y despolitizado las problemáticas de salud mental de las mujeres. García Dauder señaló que «se han descrito los sesgos de género a lo largo del proceso de investigación y el androcentrismo de la psicología al olvidar determinadas experiencias particulares de las mujeres o al mostrarlas como 'deficiencias' o patologías respecto a la norma masculina considerada universal» (2010b, 53).

Así, la noción de inteligencia y los instrumentos para medirla conducen a conclusiones que enfatizan unas dimensiones, las habilidades matemáticas, geométricas o espaciales y devalúan otras, como las verbales. Rasgos como la independencia se sobrevaloran y connotan con valor positivo y los de atención a las personas se infravaloran. Se asocia lo femenino al apego y la dependencia y lo masculino a la autonomía y el desapego. Implícitamente, se devalúa la psicología femenina, se infantiliza a las mujeres, situándolas en un proceso de evolución cuyo paradigma final es el prototipo masculino al que las mujeres no llegan o no han llegado todavía (Cabruja y Fernández-Villanueva 2011, 92).

Marta I. González García distinguió dos líneas en el estudio de las diferencias sexuales: la empirista, que profundiza en los métodos psicométricos utilizados hasta el momento para la medida de las diferencias sexuales, y la que incide en transformar los métodos mismos y los problemas abordados (2001). La investigación basada en el empirismo feminista sigue tres planteamientos: análisis críticos de los sesgos sexistas en los métodos y contenidos de las teorías psicológicas; una cuidadosa investigación de las diferencias entre los sexos o

géneros y el estudio desde la perspectiva y experiencia de las mujeres, como el estudio realizado por Carol Gilligan (1986). Las diferencias sexuales han sido centro de atención, bien para corregir los sesgos sexistas o para subrayar el carácter diferencial de la experiencia femenina. La creación del concepto de androginia por Sandra Bem fue un intento de romper con la dicotomía feminidad-masculinidad, aunque finalmente ha continuado polarizando los géneros y reforzando el dualismo, por lo que ella misma se ha distanciado de estos planteamientos (García Dauder 2003b, 39, nota 22).

Los análisis feministas de la psicología son críticos con esencialismos biológicos y enfatizan la importancia del contexto social en el estudio de las diferencias sexuales, aunque en numerosas ocasiones se mantienen en el marco empirista, en la psicología sesgada o su uso sexista. Son críticas más metodológicas que epistemológicas, encuadrándose en la psicología de la mujer o psicología del género. Desde una psicología feminista socioconstruccionista se sostiene que más que preguntarse sobre cuáles sean las diferencias «reales» entre varones y mujeres, la psicología debería estudiar cómo las personas –incluidos los psicólogos– construimos varones y mujeres como sexos diferentes (García Dauder 2003b, 41).

El estudio de las diferencias sexuales constituye una cuestión que ha producido grandes controversias en la psicología feminista. En la década de los noventa se produjeron numerosos debates en torno a este asunto en la revista *Feminism and Psychology*, primera revista que integró feminismo y psicología, creada en 1991 en Estados Unidos. En 1994 se tradujo y se publicó en España *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos* (Hare-Mustin y Marecek 1994), una compilación de artículos que recogía los diferentes posicionamientos sobre el estudio de las diferencias sexuales y sus implicaciones. Algunas psicólogas feministas, como Rodha Unger, consideraban que la pregunta por las diferencias no debería plantearse. Otras señalaban la importancia de continuar esta línea de investigación, ya que, de cualquier modo, lo harían otros, publicando, por ejemplo, investigaciones que demuestran que las niñas y niños sufren más la ausencia materna del hogar que la paterna, defendiendo así la necesidad de la vuelta al hogar de las mujeres trabajadoras. Psicólogos evolutivos que tuvieron gran relevancia, como John Bowlby o Harry Harlow, ya se habían encargado de señalar las catastróficas consecuencias de la deprivación del apego materno. Las investigaciones realizadas por feministas podían llegar a otros resultados.

Sue Wilkinson describió las tradiciones feministas críticas con la representación de las mujeres en psicología como seres inferiores, que despolitizan los

problemas sociales, reduciéndolos a variables intrapsíquicas o individuales (García Dauder 2003, 38). Desde estas posiciones críticas se han generado diferentes líneas de investigación, algunas de ellas incluso han conducido a la perversión de los estudios sobre el género y a la fetichización y obsesión por las diferencias (García Dauder 2003, 39). La psicología del género ha derivado, en muchas ocasiones, en estudios sobre las diferencias sexuales al pretender analizar empíricamente el sistema «sexo/género», considerándolo como una variable sujeto y no como una variable situación (García Dauder 2003, 39). Así, se ha teorizado el género como diferencia y no como estructura de poder, asimilando las diferencias de poder con diferencias sexuales. Se han reificado conceptos como «masculinidad» y «feminidad», incorporados también en el concepto de «androginia». Se ha reconstruido la polarización dicotómica de los sexos con su consecuente heterosexismo y homogeneización interna, olvidando que el género está subjetiva y culturalmente situado. Para Sue Wilkinson, el análisis crítico feminista no solo requiere prestar mayor atención a las experiencias de las mujeres y visibilizar su diversidad en relación con otras diferencias, sino abordar su análisis en clave política, teniendo en cuenta el contexto social, las instituciones, las prácticas científicas y las matrices simbólicas de la cultura como elementos clave, no solo para una mejor compresión de las experiencias, sino para trabajar hacia el cambio social, en la mejora de las condiciones de vida de las mujeres (Bonilla 2010a, 73).

Estas controversias han continuado presentes durante años. En la introducción al número monográfico de la revista *Quaderns de Psicología,* «Desigualdades de género en 'tiempos de igualdad'. Aproximación desde dentro y fuera de la/s psicología/s» (Pujal y García Dauder 2010), se muestra cómo la psicología refleja claramente el dilema diferencia-desigualdad. La cuestión de las diferencias sexuales, entendidas como diferencias de personalidad o rasgos, es analizada como un grave problema de la psicología, que además de poner de manifiesto la articulación de la psicología con la biología y la medicina, oscurece otros niveles de análisis y contribuye al mantenimiento del sistema de dominación patriarcal. Rodha Unger participó en este número monográfico con el texto «Lo que buscamos es lo que encontramos» (2010), señalando que la psicología todavía sigue investigando las diferencias sexo/género debido al escaso desarrollo de variables socioestructurales en el discurso psicológico. La falta de conexión entre epistemología feminista, política y Academia ha llevado a una psicología que no atiende a la teoría feminista y a un declive de la Academia socialmente activista. Rodha Unger fué la prime-

ra teórica que abordó, desde la psicología, la distinción de los conceptos sexo y género en 1979, considerando el género como un concepto político y contextualizado, enfatizando la necesidad de analizarlo como variable estímulo y no como variable de personalidad. Como resalta Amparo Bonilla, Unger subrayó que la elección de temas de estudio e investigación relacionados con categorías sexuales no puede asociarse solamente a una autoría femenina, no es el ser mujer lo que lo determina; más que el sexo es la posición epistemológica, condicionada por el activismo social, los valores políticos y el marco teórico, la que juega un papel mayor a la hora de definir las preguntas y cómo intentar buscar respuestas. La adhesión a una posición teórica necesita un análisis crítico y una lectura política de la propia experiencia «como mujeres», entendida en este caso mujer como sujeto social (Bonilla 2010a, 71).

Recogiendo estos debates, García Dauder señala que Erica Burman diferenció entre una psicología de la mujer y una psicología feminista (2003, 40). Para esta autora, la psicología de la mujer se centra exclusivamente en las mujeres: su objetivo es hablar de y para las experiencias psicológicas específicas de las mujeres, muchas veces como objetos feminizados de la mirada masculina de la psicología. Esta postura entraña diversos riesgos: si bien abre nuevas áreas antes desatendidas por la psicología, entra en complicidad con los métodos y técnicas de investigación elaboradas desde el positivismo, sin poner en tela de juicio el proyecto de una psicología científica con su ética de la instrumentalidad, manipulación y control; es cómplice con los esfuerzos de la psicología por excluir y «guetizar» la perspectiva de género, creando un área separada de la psicología para estudiar las experiencias de las mujeres; al privilegiar el género, corre el peligro de unirse con la corriente tradicional masculina en psicología, abstrayendo y reificando las identidades y categorías sociales, produciendo un relato ahistórico que trata las experiencias y las cualidades de las mujeres como inherentes o esenciales; ignora otros ejes de opresión en articulación con las experiencias de género, como la raza, la clase y la sexualidad, tratando las categorías de identidad como elementos separados estables y aditivos, subordinando otros parámetros estructurales de la identidad al género.

En contraposición, ya que la psicología feminista tiene un compromiso y un carácter político, Burman propuso la psicología feminista como un espacio intermedio entre las políticas feministas y las prácticas psicológicas. Esta denominación remite a un cambio de posicionamiento, pues mientras en la psicología de la mujer, la «mujer» actúa como objeto, en

la psicología feminista el carácter feminista remite a un sujeto de pensamiento. En la psicología feminista también ocupan un lugar destacado otros sistemas de dominación que se entrecruzan, como la raza y la clase, que han conducido a nuevas políticas de la práctica feminista en psicología. A este respecto resultan significativas las escasas «fertilizaciones cruzadas» entre la teoría feminista y la psicología empírica sobre las diferencias sexuales. La psicología del género, asentada mayoritariamente en la distinción sexo/género, ha prestado escasa atención a los análisis feministas que cuestionan la teorización del sexo como un receptáculo pasivo natural prediscursivo donde se inscribe el género cultural. Amparo Bonilla también caracterizó la denominada psicología de las mujeres como heredera de las diferencias entre sexos, que toma el sexo como variable sujeto, localizada en el individuo; la psicología del género incorpora el contexto y las interacciones sociales, el sexo como variable estímulo, lo que permite plantearse otras preguntas (2010, 72-73).

Como sostiene Teresa Cabruja, las relaciones e imaginarios patriarcales impregnan la psicología, a pesar de su pretensión de mostrarse como libres de cuerpo, sexo y género (2008). El uso inadecuado de sexo por género, los conceptos de masculinidad-feminidad esencialistas, el estudio de las diferencias y no de las desigualdades, han caracterizado esta disciplina. La psicología ofrece análisis individualistas e intrapsíquicos de problemas de carácter social y político. Desde la tradición positivista y dualista se asimila género a diferencia sexual, lo que permite disociarlo discursivamente de las epistemologías feministas y neutralizar su capacidad transformadora, así como mantener el imaginario androcéntrico. Continúan utilizándose conceptualizaciones inadecuadas del género, en el sentido que planteó Sandra Harding. Por una parte, se presta una excesiva atención solamente a algunas de sus manifestaciones, ocultando las relaciones entre simbolismo de género, división del trabajo e identidades y comportamientos; por otra, se supone de forma errónea que las diferencias de género, las actividades y sistemas simbólicos son simétricas. Sin embargo, el género es una categoría asimétrica, la masculinidad es lo no femenino y entraña la monopolización del poder político y el valor moral a expensas de las mujeres. No se puede prescindir de los aspectos no deseables de la masculinidad para llegar a algo atractivo (Harding 1996, 47-49).

Otro de los aspectos centrales en la psicología feminista ha sido la crítica a la categorización de las problemáticas de las mujeres en salud mental, considerando como patológicos comportamientos que expresaban su reacción a los roles adscritos y a la normativa de género. Como advirtió Teresa Cabruja:

> Por parte de la psicología se han interpretado como patológicos gran cantidad de aspectos que, en realidad, tienen que ver con la expresión de incapacidades, críticas, desviaciones o reacciones de las mujeres a los roles prescritos a través de la construcción social de la diferencia sexual: es decir, protestas conscientes o inconscientes contra su colonización. No se han entendido estos síntomas como comunicaciones indirectas de opresiones y desigualdades (2007, 158).

Resignificar la enfermedad mental, apunta Cabruja, significa nombrarla como una manifestación de la impotencia, protesta o expresión cultural y política de la dominación patriarcal. Las nuevas conceptualizaciones feministas del malestar y las problemáticas de las mujeres en salud mental serán descritas en el apartado 3.2.

La crítica al sexismo en la práctica clínica y la documentación de la historia de las prácticas terapéuticas utilizadas con las mujeres y su consideración como prácticas opresivas, normativas y violentas ha sido realizada tanto por psicólogas como por médicas, psiquiatras, antropólogas e historiadoras (Bosch et al. 2006; Cabruja 2007; Lagarde 1990; Sáez 1988; Sau 1979; Valls 2013). Desde el marco de la psicología feminista se ha realizado una fuerte crítica a las terapias tradicionales utilizadas con las mujeres por promover soluciones y cambios de tipo individual y hacer hincapié en la responsabilidad personal, no abordando la infelicidad y el malestar como consecuencia de problemas políticos y sociales. Como señalaron Teresa Cabruja y Concepción Fernández-Villanueva:

> Cuando hay desarreglos y problemas de estados de ánimo y vivencias, en vez de atribuirlos a los esfuerzos y tensiones socioestructurales derivadas de la desigualdad y la opresión o ruptura de roles, médicos y psiquiatras regulan terapéutica y farmacológicamente con prescripciones de inmovilidad, prohibiciones de trabajo, reuniones, etc., la actividad femenina (2011, 84)[57].

Teresa Cabruja resumió las violencias de la psicología hacia las mujeres y los efectos que la psicología, como institución de conocimiento y las/os psicólogas/os como sus representantes, ha tenido sobre las mujeres: culpabili-

[57] Charlotte Perkins dejó su testimonio en *El papel de pared amarillo* (2002) de la receta que se utilizaba para la cura de las mujeres que no se atenían a los mandatos y roles de género, la pasividad y el aislamiento en casa.

zación, desresponsabilización social, conformismo, discriminación y control social. Delimita tres formas de violencia: la psicologización, desplazando la causa de determinado comportamiento o malestar a algún rasgo psicológico; el silenciamiento de los malestares con medicación, terapias o incluso físicamente; la psicopatologización, nombrando como enfermedades las reacciones a la violencia personal e institucional (2007, 160).

En este sentido, Victoria Sau subrayó la necesidad de la integración del análisis político en la terapia, la utilización de modelos de crecimiento y desarrollo en lugar de modelos de enfermedad-tratamiento-adaptación, la necesidad de la acción más que de la introspección. Resaltó la importancia de incluir en las terapias un análisis de las relaciones de poder, promover la autonomía psicológica y económica y una relación igualitaria entre terapeuta y clienta con el objetivo de que las mujeres lleguen a deslegitimar dentro y fuera de ellas mismas un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones (2004).

También Sheila Jeffreys, en su libro *La herejía lesbiana. Una perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana* (Jeffreys 1996), realizó una crítica a las terapias sexuales lesbianas que evitaban un análisis político-feminista en su trabajo, enmarcándolas en el liberalismo sexual. También Shulamith Firestone, en *La dialéctica del sexo* (1976), formuló una fuerte crítica al psicoanálisis y rechazó la práctica psicoanalítica en tanto terapia individualista.

En la intervención con mujeres en situaciones de violencia, el paradigma feminista ha sido fundamental para desculpabilizar a las mujeres como corresponsables de las relaciones de violencia. La psicóloga Inmaculada Romero señala que la estrategia terapéutica debe encontrar otros deseos en las mujeres, como el de ser sujetos activos en la transformación de sus condiciones de vida y que puedan atribuir su malestar, «toda su sintomatología, a los efectos de una relación perversa y no a sí mismas, a su personalidad, a su forma de ser» (2011, 179). Asimismo, Patricia Villavicencio recomienda a profesionales de salud mental que se esfuercen, en primer lugar, en minimizar las barreras externas y ambientales, en facilitar que las mujeres utilicen los recursos sociales. Centrarse en las barreras internas puede reforzar la idea de que las mujeres son culpables o responsables de la violencia. La intervención debe situarse en un modelo de empoderamiento y toma de decisiones, que son difíciles y en circunstancias difíciles, ya que se enfrentan a pérdidas materiales y emocionales múltiples (Villavicencio 2001). Las nuevas metodologías feministas para la atención y recuperación de la salud de las mujeres serán desarrolladas en el apartado 3.3.

El debate feminismo-posmodernidad también se produce en la psicología. Teresa Cabruja y Concepción Fernández-Villanueva analizaron las tensiones entre la psicología feminista y la psicología social crítica y posmoderna, incorporando la psicología feminista como teoría crítica en el libro *Psicología social crítica* (Ovejero y Ramos 2011). Señalan que esta última ha cuestionado la psicología dominante como masculinocentrada, pero no ha incorporado los análisis feministas. En ocasiones, marginan y ocultan los trabajos y posiciones feministas. Las posiciones posmodernas, socioconstruccionistas o discursivas se han apropiado de los discursos feministas, pero no citan a las feministas. Asimismo, subrayan que la denominada psicología de las mujeres ha sufrido una gran institucionalización y despolitización, al igual que la psicología del género. Manifiestan en su texto:

> El feminismo mantiene desde sus orígenes un carácter crítico y emancipatorio. Se construye desde la experiencia de opresión y discriminación de las mujeres y desde el deseo de unas condiciones sociales emancipatorias, libres de dominación, discriminación y exclusión, en las que sea posible la igualdad de oportunidades. Por esta razón, partimos de la idea que la psicología feminista consiste en desarrollar una teoría-práctica psicológicas fundamentadas en los objetivos políticos del movimiento feminista (Cabruja y Fernández-Villanueva 2011, 83).

La incorporación de la perspectiva de género en la psicología en España ha sido analizada y descrita por Esther Barberá y Mª Jesús Cala (2008a, 2008b). Señalan que aunque la crítica feminista a las teorías y tratamientos psicológicos sobre las mujeres comenzó a realizarse en la década los setenta, el desarrollo de una psicología feminista académica no se produjo hasta la primera década de este siglo[58], en la que tuvo lugar un crecimiento exponencial en la publicación de libros, artículos y números monográficos en revistas especializadas. En la década de los años ochenta comenzaron a realizarse las primeras tesis doctorales gracias a la creación de los Institutos

[58] Victoria Sau, profesora de la Universidad de Barcelona, es una de las escasas psicólogas que trabajó desde supuestos teóricos feministas en la década de los setenta: «Victoria Sau, profesora titular del Departamento de Personalidad de la Universidad Central de Barcelona, ha reflexionado sobre la Psicología de la Mujer desde una perspectiva marcadamente feminista (…). La productividad profesional de V. Sau, que se registra ya desde mediados de los años setenta y se prolonga hasta nuestros días, es abundante» (Barberá 1996, 109).

Universitarios de Estudios de las Mujeres y al apoyo del Instituto de la Mujer a los programas de investigación:

> La actividad investigadora empezará a dar frutos durante los años ochenta materializándose en tesis doctorales (Fernández 1983; Moya 1987; Sebastián 1986), artículos publicados en revistas especializadas (Barberá 1982; Barberá, Martínez, y Pastor 1983; Freixas y Fuentes-Guerra 1986) y libros (Fernández 1988; Moreno 1986). En el Libro Blanco de los Estudios de las Mujeres en las universidades españolas 1975-1991 (Ballarín et al. 1995) la Psicología aparece, durante este período, como una de las disciplinas con mayor número de publicaciones, procedentes mayoritariamente de las universidades Complutense y Autónoma de Madrid, de la Universidad de Barcelona, de las de Valencia, Salamanca y de la Pontificia de Comillas (Barberá y Cala 2008b, 237).

En 1988 se realizó el primer ciclo sobre Mujer y Psicología en el Seminario Interdisciplinar de Investigación Feminista de la Universidad de Valencia (Pastor et al. 1990). En esa misma universidad, en 1996, se creó la primera Cátedra de Psicología del Género. En las revistas académicas de psicología se publican artículos que muestran, en los primeros años, la incorporación del análisis de género y, más tarde, posiciones claramente feministas. En 1987 se publicó un número monográfico en la revista *Estudios de Psicología*, titulado «Sexo y género», centrado en las diferencias sexuales y la feminidad-masculinidad (Revista *Estudios de Psicología* 1987)[59]. En 2002, la *Revista de Psicología Social* publicó un monográfico denominado «Psicología Social y género», fruto del simposio «Sexismo y discriminación hacia la mujer: perspectivas psicosociales» (Revista *Psicología Social* 2002)[60]. En 2003, la revista *Anuario de Psicología* dedicó un número a «Psicología y Género», en el que se incluían, entre otros, un artículo de Victoria Sau analizando las repercusiones psicológicas de la exclusión (2003) y otro de Isabel Martínez Benlloch sobre los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres (2003), además de estudios sobre violencia de género. En 2008, la misma revista publicó un dossier dedicado a «Mujeres, ciclos vitales y bienestar» (Revista *Anuario de Psicología* 2008), en el que Sue Wilkinson abordó las luchas feminis-

[59] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/7059. (Consulta: 10/03/2017).

[60] Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/revista/1208/A/2002. (Consulta: 10/03/2017)

tas contra el cáncer de pecho, Anna Freixas planteó la investigación gerontológica feminista, Mari Luz Esteban y Ana Távora las relaciones entre el amor romántico y la subordinación de las mujeres, entre otros artículos[61]. En la revista *Quaderns de Psicología* de la Universidad Autónoma de Barcelona se publicó, en 2010, el número monográfico «Desigualdades de género en tiempos de igualdad. Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s» (*Quaderns de Psicología* 2010)[62] y en 2014 «Género, nuevos retos teórico-metodológicos» (*Quaderns de Psicología* 2014)[63].

También en las revistas de ámbito profesional, psicólogas feministas han incorporado la perspectiva de género. La Revista del Colegio de Psicólogos, *Papeles del Psicólogo,* publicó dos monográficos, uno en 2000, «Género y Psicología» (Revista *Papeles del Psicólogo* 2000)[64] y en 2004 un número dedicado a intervenciones psicológicas en violencia de género (Revista *Papeles del Psicólogo* 2004)[65].

En la actualidad, en diversas universidades españolas se desarrollan líneas de investigación en psicología y feminismo: Esperanza Bosch y Victoria Ferrer en la Universidad de Baleares; Ester Barberá, Amparo Bonilla, Isabel Martinez Benlloch y Rosa Pastor en la Universidad de Valencia; Mª Jesús Cala en la Universidad de Sevilla; Teresa Cabruja en la Universidad de Gerona; García Dauder en la Universidad Rey Juan Carlos; Monserrat Moreno y Genoveva Sastre en la Universidad de Barcelona. Hasta poco tiempo, Anna Freixas en la Universidad de Córdoba y Asunción González de Chávez en Las Palmas de Gran Canaria. En la década de los años noventa comienzan a publicar textos sobre psicología y género. Entre ellas, *Psicología del género* (Barberá 1998) y *Perspectivas actuales en la investigación psicológica sobre el sistema de género* (Pastor et al. 1990). En 2004, Esther Barberá e Isabel Martinez Benlloch coordinan la publicación *Psicología y Género*, en la que se recogen textos sobre los ámbitos de estudios psicológicos relacionados con el género: violencia, sexualidad, trabajo y poder, cuerpo, nuevas formas de sexismo, envejecimiento y metodologías de investigación. Victoria Sau, colabora con un artículo sobre Psicología

61 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/revista/2015/A/2008. (Consulta: 10/03/2017).

62 Disponible en: http://www.quadernsdepsicologia.cat/issue/view/74. (Consulta: 10/03/2017).

63 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/revista/14532/V/16. (Consulta: 10/03/2017).

64 Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1075. (Consulta: 10/03/2017).

65 Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1088. (Consulta: 10/03/2017).

y feminismo(s) (Sau 2004). Pilar Sánchez López, catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y directora del Máster Mujeres y Salud, coordina otra publicación en 2013, *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género* (Sánchez López 2013), en la que se abordan las repercusiones en la salud de la violencia, los cuidados, la inmigración, la orientación sexual, la medicalización de las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la incorporación de la perspectiva de género en la investigación y los sesgos en la investigación y la atención sanitaria. El Instituto de la Mujer, en su línea de apoyo a las publicaciones de teoría e investigación feminista, contribuyó a la traducción y edición de textos relevantes en psicología feminista. Entre otros, *Psicología de la Mujer. La otra mitad de la experiencia humana* (Hyde 1995), *Mujer y salud. Una perspectiva feminista* (Wilkinson y Kitzinger 1996).

Como conclusión, las psicólogas feministas tratan de elaborar una psicología socioconstructivista y crítica, enfatizando la dimensión social de la experiencia subjetiva y asociando la identidad con los procesos de socialización de género como base ideológica del poder patriarcal, recogiendo el lema de Simone de Beauvoir «la mujer no nace, se hace», y los análisis de Kate Millett, que establecieron que la política sexual del patriarcado se asienta en los procesos de socialización de ambos sexos, que son los que conforman el temperamento.

Las principales aportaciones epistemológicas de la psicología feminista son considerar el género no como una simple variable, sino como una dimensión que marca toda experiencia subjetiva y está mediatizada por las relaciones de poder; la desbiologización y despsicologización de los rasgos, situándolos en la experiencia social y las relaciones intersubjetivas; la ruptura de la polarización entre lo masculino y lo femenino. El feminismo reta a la psicología por no ocuparse de las relaciones de poder y de dominación patriarcales y heterosexistas y plantea la necesidad de que la psicología feminista esté comprometida con los objetivos políticos del movimiento feminista.

2.3. El ámbito de la salud en los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género

Los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género, que vienen celebrándose bianualmente desde 1996 en España y Latinoaméri-

ca, son de especial relevancia para el estudio de la evolución y el desarrollo de la crítica feminista a la Ciencia y, en particular, a las ciencias de la salud. El volumen de trabajos e investigaciones que se presenta en todas las áreas y líneas de investigación relacionadas con la ciencia y el feminismo y en las diversas disciplinas del conocimiento, son un claro exponente de la importancia y el lugar que ocupa la epistemología en la teoría feminista.

El primero de estos congresos se realizó en Madrid, en 1996, bajo la dirección de Eulalia Pérez Sedeño y Diana Maffía (Pérez Sedeño y Alcalá 2001). El segundo se celebró en Buenos Aires, en 1998 (Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnología 1998); el tercero se programó en Panamá, en 2000, pero finalmente no fue realizado. El cuarto congreso, de nuevo en Madrid, en 2002 (Pérez Sedeño et al. 2006); el quinto congreso, en México, en 2004 (Blázquez y Flores 2005); el sexto congreso, en Zaragoza, en 2006 (Miqueo et al. 2008); el séptimo, en Cuba, en 2008; el octavo, en Brasil, en 2010 (Gomes de Carvalho 2011); el noveno, en Sevilla, en 2012, y el décimo en Paraguay en 2014. El número de trabajos presentados, de asistentes, así como de temáticas y áreas abordadas, ha ido aumentando progresivamente desde el primer congreso, en el que participaron 70 personas, hasta llegar a más de 200 en el sexto congreso en Zaragoza, y 350 en el octavo en Brasil. En el primer congreso se presentaron 40 trabajos y en el último, realizado en Brasil, fueron 227. En todos estos congresos se exponen estudios e investigaciones en el ámbito de la salud.

En la tabla 2 se presenta un resumen de las áreas temáticas abordadas en estos Congresos:

Tabla 2. Congresos Iberoamericanos de Ciencia, Tecnología y Género

CONGRESOS IBEROAMERICANOS CIENCIA, TECNOLOGÍA Y GÉNERO	
AÑO Y LUGAR DE CELEBRACIÓN	**ÁREAS TEMÁTICAS ABORDADAS Y TRABAJOS PRESENTADOS**
I Congreso: Madrid, 1996 (Pérez Sedeño y Alcalá 2001)	Se presentan 40 trabajos[66]. 1. Perspectivas socioinstitucionales (5) 2. Aspectos psicopedagógicos (7) 3. Las mujeres en la Historia de la Ciencia (11) 4. Críticas epistemológicas de la Ciencia (7) 5. Críticas a teorías científicas (10)
II Congreso: Buenos Aires, 1998 (Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnología 1998)	Las actas incluyen un índice por autoría, no tienen áreas temáticas, se distribuyen en 5 Conferencias y 64 Ponencias.
III Congreso: Panamá 2000	No existen actas porque el congreso no llegó a celebrarse y fue únicamente un acto político de unas horas[67].
IV Congreso: Madrid, 2002 (Pérez Sedeño et al. 2006)	Se presentan 48 trabajos. 1. Perspectivas de género en Historia y Sociología de la Ciencia y la Tecnología (12) 2. Perspectivas de género en la Epistemología y Filosofía de la Ciencia y la Tecnología (12) 3. Perspectivas de género en la Educación científico-tecnológica (7) 4. Representaciones científicas del Sexo y el Género (9) 5. Mujeres, Desarrollo y Globalización (8)
V Congreso: México, 2004 (Blázquez y Flores 2005)	Se presentan 40 trabajos. 1. Historia de la incorporación de las mujeres a distintos campos del conocimiento (5) 2. Mujeres en la Educación superior, la Docencia, la Ciencia y la Tecnología (13) 3. Representaciones científicas del Sexo y el Género (6) 4. Perspectiva de género en la enseñanza y difusión de la Ciencia (3) 5. Género, recursos naturales y conocimiento tradicional (4) 6. Perspectivas de género en Epistemología y Filosofía de la ciencia (6) 7. Nuevas Tecnologías (3)

66 El número de trabajos se indica entre paréntesis en cada área.

67 Información obtenida personalmente de Consuelo Miqueo, que ha participado como ponente en la mayoría de los congresos y ha colaborado en su organización.

CONGRESOS IBEROAMERICANOS CIENCIA, TECNOLOGÍA Y GÉNERO	
AÑO Y LUGAR DE CELEBRACIÓN	**ÁREAS TEMÁTICAS ABORDADAS Y TRABAJOS PRESENTADOS**
VI Congreso: Zaragoza, 2006 (Miqueo et al. 2008)[68]	Se presentaron 187 trabajos en Miqueo et al. (2006), versión electrónica y en Miqueo et al. (2008) se recogen 107. 1. Las mujeres en el Sistema I+D+i (39) 2. Discursos y prácticas de mujeres científicas (27) 3. Perspectivas de Género en la Educación Científico-Tecnológica (18) 4. Ciencia, Salud, biotecnología y calidad de vida de las mujeres (23)
VII Congreso: 2008, Cuba[69]	1. Género y Salud (30) 2. Género, Ciencia y Sociedad 3. Género y TIC 4. Las mujeres y las tecnologías 5. Mujeres en los sistemas de Ciencia, Innovación y en las Universidades 6. Ciencia, Género y Desarrollo Sostenible 7. Género, Educación, Cultura y Medios
VIII Congreso: Brasil, 2010 (Gomes de Carvalho 2011)[70]	227 trabajos presentados. 1. Género en la Historia, Filosofía y Sociología de la Ciencia y de la Tecnología (10) 2. Mujeres Pioneras en Áreas Científicas y Tecnológicas (10) 3. Educación Científico-Tecnológica y Género (18) 4. Género y Divulgación Científica y Tecnológica (5) 5. Discursos y Prácticas Femeninas en la Ciencia y Tecnología (11) 6. Género y el Sistema de Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico (5) 7. División Sexual del Trabajo y Profesiones Científicas y Tecnológicas (21) 8. Salud, Ciencia, Tecnología y Género (19) 9. Innovaciones Tecnológicas (Biotecnología, Nanotecnología, etc.) y Género (2)

[68] Existe una versión disponible en: http://wzar.unizar.es/siem/Formativas/congreso%20genciber/LIBRO%20FINAL.pdf. (Consulta: 12/05/2015). Esta versión fue publicada en 2006, antes del Congreso, reúne todos los trabajos presentados en el VI Congreso y sirvió de guía científica y programa durante el mismo.

[69] Las actas están disponibles únicamente en formato CD y fueron entregadas a las participantes. La información ha sido obtenida de nuevo a través de Consuelo Miqueo y solo existe información del área de salud.

[70] Disponible en: http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/espanhol/index.html (Consulta: 10/05/2015).

CONGRESOS IBEROAMERICANOS CIENCIA, TECNOLOGÍA Y GÉNERO	
AÑO Y LUGAR DE CELEBRACIÓN	**ÁREAS TEMÁTICAS ABORDADAS Y TRABAJOS PRESENTADOS**
	10. Diseño, Tecnología y Género (6) 11. Los Medios, Género y Tecnología (12) 12. Género y Apropiaciones de la Ciencia y de la Tecnología (9) 13. Género y Tecnologías de Información y Comunicación (8) 14. Ciencia y Tecnología: Inclusión / Exclusión de las Mujeres (13)
IX Congreso: Sevilla, 2012 (Pérez Sedeño et al. 2012)[71]	143 trabajos. 1. Historia y Sociología de la Ciencia (52) 2. Aproximaciones epistemológicas (17) 3. Didáctica de las Ciencias y la Tecnología (16) 4. Divulgación Científica y Tecnológica (17) 5. Ciencia y Tecnología en los MCM (4) 6. Perspectivas feministas en Salud (21) 7. Nuevas perspectivas tecnológicas (16)
X Congreso: Paraguay, 2014 No se han publicado las actas todavía.	1. Aproximaciones epistemológicas y Género 2. Sociología de las Ciencias desde la mirada de género 3. Nuevas perspectivas tecnológicas y Divulgación científica y tecnológica considerando la Igualdad de Género. 4. Experiencias de innovación y Tecnologías en las aulas para la coeducación 5. Ciencia y Tecnología desde el enfoque de género en los Medios de Comunicación Social 6. Perspectivas feministas en la Salud, Geo Salud e Innovación Científica y Tecnológica en Salud 7. Ecología y Medioambiente desde la mirada de género 8. Innovación científica y tecnológica para la Igualdad de Género 9. Políticas de Innovación, Investigación y Desarrollo (II+D) desde la perspectiva de género

Fuente: elaboración propia.

En estos congresos se presentan estudios e investigaciones en las tres áreas en las que se centra la epistemología feminista: la recuperación de la Historia de las científicas y su situación actual, las teorías científicas sobre las mujeres y una crítica epistemológica que ha contribuido a la renovación de la Filosofía y la Historia de la Ciencia (Pérez Sedeño et al. 2006, 11-12). Siguiendo el planteamiento de Eulalia Pérez Sedeño, la introducción de la perspectiva

[71] Disponible en: http://www.oei.es/congresoctg/memoria/ (Consulta: 10/05/2015).

feminista en las ciencias atiende a distintos niveles, que se relacionan entre sí de forma compleja:

1. Nivel sociológico: analizar y caracterizar la situación de las mujeres en las ciencias (desde un enfoque descriptivo-estadístico). En el análisis sociológico, referido al lugar que ocupan las mujeres en la Ciencia, las numerosas investigaciones y ponencias presentadas en los Congresos Iberoamericanos sobre Ciencia, Tecnología y Género han puesto de manifiesto la pervivencia de las desigualdades en la participación de las mujeres en las actividades científicas, a pesar de la supresión de las barreras formales, que se han mostrado como mecanismos insuficientes para garantizar su desaparición. Se evidencia la existencia de una segregación territorial, con una escasa presencia de mujeres en determinadas disciplinas tecnocientíficas y también una segregación jerárquica, con una escasa presencia de mujeres en puestos de responsabilidad y poder. Dada la importancia de esta desigualdad persistente, en todos los congresos se aborda como área temática la educación científico-tecnológica y la búsqueda de herramientas psicopedagógicas para motivar en las niñas y chicas su incorporación a actividades científicas.
2. Nivel histórico: visibilizar las aportaciones de las mujeres, las mujeres como creadoras de conocimiento y, como tales, modelos de referencia, así como aquellas tareas de relevancia científica, realizadas mayoritariamente por mujeres, que han sido consideradas secundarias o no se han reconocido en absoluto.
3. Nivel epistemológico: analizar la construcción del conocimiento científico, sus teorías y métodos, desde una perspectiva crítica (cuáles son sus reglas, presupuestos e hipótesis, en qué medida reflejan los intereses de mujeres y varones, qué consecuencias pueden tener para los sexos, a quién perjudica y/o favorece un desarrollo científico y tecnológico, para qué sirve, lo que conlleva considerar los aspectos sociales como parte integral de la ciencia misma).

En los Congresos Iberoamericanos de Ciencia, Tecnología y Género podemos observar la evolución y el desarrollo de los estudios feministas relacionados con las disciplinas sanitarias. Aunque desde el primer congreso se exponen investigaciones en el ámbito de la salud en las diversas áreas temáticas, la creación de un área temática específica de salud en el VI Congreso

celebrado en Zaragoza tuvo grandes repercusiones en el número de trabajos presentados[72]. A partir del congreso de Zaragoza se mantiene el ámbito de la salud como área específica y en el IX Congreso, celebrado en Sevilla en 2012, esta área se denominará Perspectivas feministas en salud, y será en la que se presentará el mayor número de trabajos. En la tabla 3 se recoge un resumen del número de estudios presentados en el ámbito de la salud:

Tabla 3. El ámbito de la salud en los Congresos de Ciencia, Tecnología y Género

CONGRESOS IBEROAMERICANOS DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y GÉNERO	
AÑO Y LUGAR DE CELEBRACIÓN	**NÚMERO DE TRABAJOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**
I Congreso: Madrid, 1996. (Pérez Sedeño y Alcalá 2001)	7
II Congreso: Buenos Aires, 1998 (Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnología 1998)	3
III Congreso: Panamá, 2000	Aunque se programó, este congreso no llegó a realizarse.
IV Congreso: Madrid, 2002 (Pérez Sedeño et al. 2006)	6
V Congreso: México, 2004 (Blázquez y Flores 2005)	3
VI Congreso: Zaragoza, 2006 (Miqueo et al. 2008)	Área Ciencia, Salud, Biotecnología y Calidad de Vida de las Mujeres: 23
VII Congreso: 2008, Cuba	Área Género y Salud: 30
VIII Congreso: Brasil, 2010 (Gomes de Carvalho 2011)[73]	Área Salud, Ciencia, Tecnología y Género: 19
IX Congreso: Sevilla, 2012[74] (Pérez Sedeño et al. 2012)	Área Perspectivas feministas en Salud: 21
X Congreso: Paraguay, 2014. No existen todavía actas de este congreso.	Área Perspectivas feministas en la Salud, Geo Salud e Innovación Científica y Tecnológica en Salud.

Fuente: elaboración propia.

[72] Este congreso estuvo organizado por el grupo Genciana del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer, con una fuerte presencia de médicas en su composición.

[73] Disponible en: http://www.oei.es/congresoctg/memoria/ (Consulta: 10/05/2015).

[74] En la actualidad, todas las guías de salud están disponibles en la página web del Instituto de la Mujer, excepto la referida a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/GuiasSalud.htm. (Consulta: 28/02/2017).

En el I Congreso Iberoamericano sobre Ciencia, tecnología y Género celebrado en Madrid en 1996, se presentaron 40 ponencias e investigaciones (Pérez Sedeño y Alcalá Cortijo 2001), agrupadas en cinco grandes áreas temáticas:

- ✓ Perspectivas socioinstitucionales: se presentan cinco trabajos relacionados con las dificultades de las mujeres para su incorporación al mundo de la ciencia, los mecanismos institucionales que lo imposibilitaron a lo largo de la historia y en la actualidad.
- ✓ Aspectos psicopedagógicos: siete artículos exponen metodologías y propuestas educativas para mejorar la enseñanza, de modo que cada vez haya más mujeres estudiando Ciencia y Tecnología. El acercamiento y motivación de las niñas y adolescentes por el mundo científico y la búsqueda de herramientas pedagógicas para ello es una preocupación presente en profesoras feministas de educación primaria y secundaria que ha producido numerosas investigaciones hasta la actualidad.
- ✓ Las mujeres en la Historia de la Ciencia: se presentan once trabajos en los que se realiza una revisión de esta disciplina y se señalan los sesgos androcéntricos en la historiografía. Asimismo, se recupera y reevalúa el papel de mujeres científicas en diversos momentos de la historia. Estos textos muestran que, aunque la participación de las mujeres en las disciplinas científicas ha sido inferior a la de los varones, su número no ha sido tan escaso como se suele afirmar, pero su presencia ha quedado oculta por prejuicios y por la tradicional desvalorización del quehacer de las mujeres en el ámbito público. En esta área temática, Mª del Carmen Liñán, en su artículo «La imagen de la mujer en la España del s. XIX: los tratados médico-higieniestas» (2001), muestra cómo estos tratados relegaron a las mujeres a la categoría de enfermas crónicas y cómo la ciencia pasa a ocupar el papel que antes desempeñó la religión para mantener a las mujeres fuera del ámbito público.
- ✓ Críticas epistemológicas de la Ciencia: incluye siete artículos, entre ellos, los textos de Diana Maffía y Mª José Prieto realizan un profundo análisis de las dicotomías jerárquicas y sus consecuencias en el conocimiento y en las mujeres científicas. Pilar Castrillo analiza las metáforas y las imágenes sexuales utilizadas en la Ciencia.

- ✓ Críticas a las teorías científicas: diez trabajos, algunos dedicados a la crítica a las ciencias de la salud, como el de Eulalia Pérez Sedeño, que analiza las oposiciones binarias en Biología y Medicina (2001). Cuatro artículos se centran en la epistemología feminista en Psicología. Marta González García expone el desarrollo de las investigaciones sobre diferencias sexuales en psicología y los estudios crítico feministas en este tema (2001). Patricia Amigot y Susana Andino resumen los discursos psicológicos sobre género/sexo (2001). Dos artículos giran en torno a la epistemología y psicoanálisis, poniendo en evidencia la imparcialidad del psicoanálisis y sus presupuestos patriarcales (Döring 2001; Pérez Cavana 2001).

En el II Congreso, celebrado en Buenos Aires, se presentan 64 trabajos relacionados con las mismas áreas temáticas que en el congreso anterior, aunque en las actas se clasifican por orden alfabético de autoría y únicamente se incluye un breve resumen de los mismos. Se realizaron tres ponencias relacionadas con la salud: «La dicotomía valores cognitivos/no cognitivos y las tecnologías de reproducción asistida» (Pérez Sedeño 1998); «Género y metáfora en el lenguaje de la ciencia» (Maffía 1998); «Impacto del discurso médico científico en la mujer madura. Hacia un modelo de partnership» (Reich 1998). El III Congreso, programado en Panamá, no llegó a celebrarse como tal, solamente tuvo lugar un acto de unas horas del que no existe documentación.

El IV Congreso, celebrado en Madrid en 2002 (Pérez Sedeño et al. 2006) contiene 5 secciones en las que se agrupan 48 artículos:

1. Perspectivas de género en Historia y Sociología de la Ciencia y la Tecnología. Se incluyen doce artículos. El tema más tratado, en ocho de ellos, gira en torno a las barreras no explícitas que impiden a las mujeres situarse en los espacios institucionales del conocimiento, como las universidades y centros de investigación, según sus méritos y no según su sexo. Dos artículos analizan los estereotipos profesionales sobre las mujeres, el rol docente y el de las enfermeras, cuyas identidades quedan fijadas como mujer-madre-maestra a partir de los ideales tradicionales de la feminidad. En el estudio «Las enfermeras y la enfermería. Disciplina y profesión. Condicionantes de género» (Gallego et al. 2006), las autoras exponen cómo la enfermería ha te-

nido dificultades para ser considerada una actividad científico-profesional, derivadas de las desigualdades de género, dificultades que afectan doblemente a las enfermeras, como mujeres y como profesionales que ejercen la enfermería. Señalan tres hechos de gran relevancia que se produjeron a partir de los años cincuenta del siglo XX y que incidieron de forma significativa en la situación social de las mujeres. El primero, miles de mujeres urbanas de Occidente instituyen prácticas transformadoras en su vida cotidiana que afectan al trabajo, a la educación, a la forma de vivir la sexualidad, al matrimonio, a la manera de compartir el trabajo doméstico; el segundo, la práctica política de los movimientos de mujeres; el tercero, la incorporación de las mujeres a las instituciones académicas, que están integrando el análisis de género en sus diferentes disciplinas. Relatan la historia del desarrollo de la Enfermería, señalando que las primeras escuelas de Enfermería eran solo para mujeres y nacieron a partir de la iniciativa de Florence Nightingale. En España, la sección femenina gestionaba algunas de las escuelas de Enfermería hasta 1977, año en el que produjo el cambio de titulación de ATS por el de diplomatura en Enfermería, pasando a ser escuelas universitarias. Las autoras nombran como anorexia de poder, falta de apetito por el poder, la ausencia de las enfermeras en los cargos en Enfermería, que están en manos masculinas. También recogen las investigaciones realizadas sobre la imagen profesional de las enfermeras a través de las representaciones en juegos infantiles, cine, publicidad, chistes, cómic, prensa, etc., que incluso ha vinculado esta profesión al deseo sexual de los consumidores de cine pornográfico. Concluyen que el trabajo de enfermería ha sido devaluado e invisibilizado.

2. Perspectivas de género en la epistemología y filosofía de la ciencia y la tecnología. En doce artículos se analizan diversas disciplinas científicas desde el marco feminista, los debates epistemológicos intrafeministas, las implicaciones estratégicas de las diferentes posiciones teóricas, así como las transformaciones que están teniendo lugar en las ciencias al incorporar la perspectiva feminista. Entre las ponentes, Carmen Adán, Marta I. González y el grupo Genciana del SEIM de Zaragoza, que expone los resultados de una investigación en su artículo «Progresividad del proyecto género en salud. Análisis bibliométrico de la literatura internacional: 1982-2002» (Miqueo et al. 2006). Concluyen estas autoras en su estudio:

> Están siendo cuestionadas las descripciones o historia natural de numerosas enfermedades y las indicaciones terapéuticas estandarizadas por suponer que: 1) se fundamentan en un saber que concibe lo femenino como variante biológica de lo masculino (androcentrismo); 2) se han minimizado las diferencias en cualquiera de las fases de la investigación o estudio (sesgos de género); 3) se ha interpretado las diferencias observadas desde el paradigma biológico natural (determinismo biológico); 4) se ha centrado la atención diferencial en el rol reproductor de especie atribuido a la mujer (ginecologización del binomio salud/mujer) (Miqueo et al. 2006, 232).

Consideran que este nuevo conocimiento generado desde la perspectiva feminista ha llegado a la comunidad médica y citan como ejemplo la introducción del manual universitario más internacional, *Principios de Medicina Interna*, en su 14ª edición de 1998, que reconoce que «existen diferencias significativas 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 solo con varones» (Miqueo et al. 2006, 232). En el trabajo que presentan las autoras plantean la hipótesis de que el programa de investigación que considera la diferencia sexual en Medicina y no es androcéntrico tiene superior capacidad de generar progreso científico por unidad de tiempo (Índice de Progresividad de Laudan). También han analizado la evolución de los codificadores de la información bibliográfica usados por Medline/pubmed (Tesauro MeSH), señalando que en 1991 se introdujo «*gender identity*»; en 1993 «*gender*»; en 1995 «*gender relations*» y en 1997 «*gender bias*» así como «*feminism*». Todo ello muestra la incorporación al mundo biomédico de términos conceptuales provenientes de los estudios de género y feministas.

3. Perspectivas de género en la educación científico-tecnológica. Siete trabajos proponen metodologías para incorporar la perspectiva de género de forma transversal en los currículos educativos.
4. Representaciones científicas del sexo y el género. Nueve artículos exponen cómo, a partir de las nuevas situaciones generadas por las tecnociencias, se producen fracturas en la tradicional mirada al binomio sexo-género. Así, se abordan las nuevas tecnologías reproductivas, la transexualidad, el diagnóstico prenatal o el aborto.

5. Mujeres, desarrollo y globalización. Ocho artículos que, desde los análisis de mujeres de América Latina, añaden miradas que refuerzan la crítica a la neutralidad y universalidad de la Ciencia.

En el v Congreso, celebrado en México en 2004, se abordan las ya clásicas áreas temáticas relacionadas con Feminismo y Ciencia y se incorporan dos nuevas áreas temáticas: Género, Recursos Naturales y Conocimiento Tradicional y Nuevas Tecnologías.

1. Historia de la incorporación de las mujeres a distintos campos del conocimiento, presentando diversos estudios sobre este proceso, realizados fundamentalmente en México: la incorporación de las mujeres en las farmacias, las primeras graduadas en físicas en la Universidad de México, las pioneras en la Sociedad Matemática Mexicana, las primeras mujeres en el Instituto Científico y Literario del Estado de México y la incorporación de las parteras a los hospitales.
2. Mujeres en la Educación Superior, la Docencia, la Ciencia y la Tecnología, con trece estudios sobre la experiencia y la situación de las mujeres en este ámbito en diferentes países latinoamericanos y en España.
3. Representaciones científicas del sexo y el género en diversas áreas temáticas, como la gineco-obstetricia, los tratados de patología médica, la sociobiología, el cómic o la prostitución.
4. Perspectiva de género en la Enseñanza y difusión de la Ciencia, con tres artículos que abordan el efecto de la enseñanza mixta o segregada y sus consecuencias en el interés de las estudiantes por las Matemáticas, la importancia de la divulgación de la Ciencia para las mujeres y el fomento de una cultura científica que dote a las mujeres de herramientas que les permitan decidir sobre su propia vida. Por último, un trabajo expone la participación de las mujeres en la primatología y el cambio de perspectiva que produjo su incorporación.
5. Género, recursos naturales y conocimiento tradicional, se incluyen cuatro trabajos que recogen el saber de las mujeres desarrollado fuera del ámbito científico, en la llamada frontera científica, que han sido denominadas prácticas curanderas en el ámbito de la salud, o saber ecológico local. También el uso de tecnologías innovadoras por las mujeres en la recuperación del medioambiente.
6. Perspectivas de género en Epistemología y Filosofía de la Ciencia, área que contiene artículos de gran interés que exponen las aportacio-

nes y controversias de la epistemología feminista. Entre ellos, Eulalia Pérez Sedeño analiza la objetividad y valores de la ciencia desde una perspectiva feminista (2005). Fátima Arranz presenta una investigación que analiza la opinión de científicas españolas del CSIC sobre el feminismo y la igualdad en la ciencia (2005).

7. Nuevas Tecnologías, con tres trabajos que analizan las dimensiones éticas y socioculturales de las nuevas tecnologías reproductivas, el feminismo frente a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y las y los jóvenes ante los juegos virtuales.

Entre los trabajos relacionados con el ámbito de la salud, «De la casa al hospital. Algunas notas sobre la historia del parto» (Ríos y Suárez 2005), en el que se analiza el cambio de filosofía que se ha producido en la atención a los partos, de ser un parto social a ser un parto médico o científico. La psicóloga y doctora en Antropología, Oliva López Sánchez, en su artículo «Las representaciones técnico médicas del cuerpo femenino en el discurso de la gineco-obstetricia en el siglo XIX» (2005) expone su análisis del imaginario médico decimonónico. Los médicos, a través de sus discursos, reforzaron la imagen de las mujeres como seres dependientes, débiles, emocionalmente inestables y altamente propensas a enfermar. En los tratados ginecológicos, la naturaleza de las mujeres estaba definida por su proclividad a las patologías localizadas en su útero:

> Las interpretaciones uterocentristas de la Medicina como órgano de naturaleza patológica, validaron su extirpación. La castración fue, dentro de los tratamientos ginecológicos, la que mayor aceptación tuvo entre los médicos del siglo XIX para combatir las patologías femeninas. Sin embargo, jamás se planeó que la ausencia de este órgano socavara la salud femenina (López Sánchez 2005, 373).

López Sánchez pone de manifiesto que la enfermedad y la forma en que es vivenciada, tratada y explicada, es una construcción social, condicionada por las ideas y representaciones sociales vigentes en la época en la que se producen. Señala esta autora:

> En el siglo XIX la salud tenía un género, el masculino. El modelo de cuerpo sano estuvo representado por el cuerpo masculino, inteligente y evolucionado, mientras que el cuerpo femenino representó el cuerpo

> del otro, enfermo, menos inteligente, más emocional y frágil y en su conjunto evidenciaba un desarrollo evolutivo inferior (López Sánchez 2005, 368-369).

Consuelo Miqueo, en su artículo «El valor epistemológico de la diferencia sexual en los tratados de patología médica» (2005), se interroga sobre las razones y el contexto de la histórica oscilación entre la minimización y la magnificación de las diferencias sexuales en el campo de la medicina científica occidental, que expresa así:

> En cuanto a la consideración del sexo como variable epistemológica, ha sufrido los intensos vaivenes del influjo de corrientes sociales como el feminismo, paradigmas biomédicos como la mentalidad fisiopatológica y la neuroendrocrinología, o de diversos profesionales como los de la especialidad de ginecología (2005, 377).

Con su trabajo pretende demostrar, al estilo científico como ella misma expresa, que el androcentrismo es acientifíco, puesto que situarse en el paradigma de la indiferencia sexual distorsiona los resultados científicos, anulando el valor universal de los hallazgos, su aplicabilidad al conjunto de los humanos, hombres y mujeres. Por ello, en este texto analiza lo que llama la crisis del paradigma de la neutralidad sexual y la progresividad del paradigma de la diferencia sexual en las ciencias médicas.

En el VI Congreso, celebrado en el año 2006 en Zaragoza, coordinado y organizado por el grupo Genciana, se presentan 98 trabajos (Miqueo et al. 2008). El Congreso abordó cuatro áreas fundamentales:

1. Las mujeres en el sistema I+D+I, en el que se recogen 30 estudios que evidencian la discriminación vertical y horizontal en la Ciencia y la Tecnología, analizando el estatus de las mujeres en los diferentes niveles del sistema científico: universidades, centros de investigación, formación e innovación. Estos estudios pueden ser leídos, como señalan en la introducción Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón:

> Como el esperado clamor que, por fin, encuentra palabras, números y dibujos con que expresarse en lenguaje científico; como la nítida queja de la injusticia que se vive, que se padece y se cree inevitable: jornadas labo-

rales agotadoras, carreras truncadas, buenos niveles de motivación y productividad, talentos desperdiciados y siempre una falta de mujeres (o un predominio masculino) en los puestos de decisión, de representación o de dirección científica» (Miqueo et al. 2008, 17).

2. Discursos y prácticas de mujeres científicas en diferentes disciplinas, como la física, las TIC, la biotecnología, la ingeniería, la enfermería y el ecofeminismo, recogidas en 27 artículos.
3. Perspectivas de género en la educación científico-tecnológica, en la que se incluyen 18 trabajos que tratan la formación del profesorado en ciencia y género, el análisis de los estereotipos sexistas en la orientación profesional y las dinámicas de género en la Universidad.
4. Ciencia, Salud, biotecnología y calidad de vida de las mujeres, que incluye 23 trabajos.

Por primera vez se introduce en este congreso la salud como área temática, que se mantendrá en todos los congresos siguientes. Algunos trabajos abordan de manera global la aplicación de la perspectiva de género y feminista al análisis de la investigación y la asistencia sanitaria (Fernández Guerrero 2008; Ruiz Cantero 2008). Otros, se centran en aspectos concretos: la persecución de las mujeres sanadoras como brujas, la maternidad, las nuevas tecnologías reproductivas, la salud mental, la violencia de género; el análisis de la reasignación de sexo en casos de intersexualidad y las transformaciones tecno-científicas de cuerpos, sexos y géneros y su análisis feminista.

En este VI Congreso se organiza una mesa de trabajo, debate y reflexión denominada «Diferencias e igualdades: armas de doble filo», coordinada por Mª José Barral y Teresa Fernández Turrado (2008), en la que se exponen cinco trabajos para responder a uno de los grandes dilemas relacionados con los paradigmas de la diferencia y la igualdad aplicados al ámbito de la salud. Este dilema se plantea con el cambio de paradigma que ha supuesto el paso desde la invisibilidad de las mujeres en la investigación sanitaria a un realce significativo y manifiesto de las diferencias sexuales, pero no de las desigualdades de género. Se propuso a reconocidas expertas la reflexión sobre las ventajas, inconvenientes y aportaciones desde los dos tipos de discursos/prácticas, definiéndolos como «los que tienden a homogeneizar y definir al ser humano bajo el patrón masculino genérico universal y, por otro, los que parten de la diferencia sexual estableciendo dos modelos de ser humano, masculino y femenino» (Barral y Turrado 2008, 665).

El ámbito de la salud es un contexto que favorece las controversias entre dos de los paradigmas del feminismo, la igualdad y el pensamiento de la diferencia, al ser el cuerpo un objeto de atención central en salud, en el que el dolor, el malestar y la enfermedad manifiestan las opresiones y desigualdades, pero también al existir diferencias entre el cuerpo de las mujeres y el de los hombres en relación a los aspectos reproductivos, y por tanto, diferencias anatómicas, endocrinas y metabólicas. El pensamiento de la diferencia centra su mirada en lo que considera la diferencia sexual, la capacidad del cuerpo femenino reproductivo, y también en la necesidad de incorporar un simbólico femenino y estilos femeninos de relación en la práctica sanitaria. El feminismo de la igualdad dirige su foco de atención a las opresiones y desigualdades y sus consecuencias en la salud, a la estructura sanitaria y sus sesgos sexistas en la atención. Feministas que se enmarcan en cada uno de los dos paradigmas expusieron sus análisis y discursos, poniendo en el centro las diferencias o las desigualdades.

La argentina Silvia Kochen señaló que no es probable que el sector de la salud pueda mejorar por sí solo la salud de las mujeres si no se producen cambios para mejorar la educación de las niñas, mejorar el empleo, invertir la carga de trabajo doméstico sobre las mujeres y su seguridad física, evitar los embarazos no deseados, atender los partos, tener una nutrición adecuada, haciendo frente a los desequilibrios de poder de negociación de las mujeres dentro de las familia relacionados, incluso, con el acceso a la nutrición. Analizó la carga de morbilidad de las mujeres como consecuencia de los roles inequitativos por razón de género y destacó las barreras que tienen las mujeres para el acceso a los servicios de salud: las restricciones sociales y culturales al desplazamiento, su menor riqueza, el menor tiempo del que disponen debido a las funciones de cuidado que desempeñan y la información limitada sobre sus derechos y necesidades de salud (Kochen 2008, 668).

La médica Carme Valls subrayó que la Medicina ha considerado como inferiores o poco importantes los problemas de las mujeres, no los ha estudiado, no las ha incluido en los ensayos clínicos, se las trata con fármacos sin averiguar las causas de su enfermedad. Analizó las formas en que la ciencia biomédica ha intentado la devaluación y supresión simbólica de las mujeres, incluyendo la mala utilización del concepto de género como una nueva forma de invisibilizarlas. Una vez que se recogen datos por sexos y aparecen diferencias, no se aplica la perspectiva de género para entender que los trabajos de cuidado, la doble y triple jornada, afectan la salud y producen diferencias, señala, aunque no las nombra como desigualdades. Carmen Valls, apoyán-

dose en Rosi Braidotti, afirmó que introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón de la investigación teórica es la gran asignatura pendiente (2008, 679). Señaló al psicoanálisis como uno de los paradigmas que contribuyeron a la visión de las mujeres como seres inferiores, siempre ansiosos y carentes de algo esencial que no podían conseguir, que redujo cualquier síntoma a la envidia de pene. También aludió a las nacientes biomedicina y psiquiatría como causantes de la fragmentación que separó cuerpo y mente, atribuyendo todo el poder a lo mental, lo que ha contribuido al abordaje fragmentado actual de la salud física y mental de las mujeres. Recoge sentencias médicas y sus expresiones sexistas, como las del doctor Botella, «la mujer es frígida por naturaleza», y otras que contribuyen a afianzar su inferioridad, como huesos «más débiles» o coronarias «más finas». Destaca los diagnósticos erróneos que realizan los médicos por presunción o por opinión, cuando hay ignorancia y desconocimiento, o cuando atribuyen las causas del dolor o el cansancio a una supuesta depresión y ansiedad. También denuncia que las investigaciones sobre menopausia han sido subvencionadas por las industrias farmacéuticas, que querían vender sus productos y encuentran en los cuerpos de las mujeres una gran forma de lucro (Valls 2008).

Diana Maffía resaltó que el amplio espectro de pensamiento que naturaliza los rasgos de lo femenino y utiliza la sociobiología como teoría subyacente, no se limita a la justificación del poder masculino, alcanza también al feminismo. Las reformistas liberales en Estados Unidos, los esencialismos psicoanalíticos y marxistas en Francia y algunas académicas ocupadas en la reinterpretación crítica de las ciencias sociales, se sitúan en la posición de que las diferencias de género son profundas e irreconciliables, y que las características y temperamento de las mujeres son superiores y deben ser exaltadas. Maffía advierte que el pensamiento esencialista (es decir, la creencia en la existencia de una esencia última dentro de cada uno/a de nosotros/as, que no puede cambiar) ha funcionado siempre como un rasgo central de ideologías de opresión. La voz de lo natural ha sido siempre la voz del *statu quo*, de la perspectiva limitante con respecto a la naturaleza y potencialidades humanas. Las feministas pueden valorar las características que en nuestras sociedades occidentales están asociadas con la femineidad y aún celebrarlas como una fuerza que preserva a la sociedad de la destrucción, y no por eso debemos justificarlas como naturales, biológicas o innatas (Maffía 2008).

La ginecóloga Teresa Yago plantea que la perspectiva de género está situada en un lugar subordinado en el mundo académico-científico, al no ser un paradigma aceptado, reconocido e integrado en el saber médico. Como

ginecóloga, señala que la diferencia real de los cuerpos se impone en su ámbito profesional, pero esta diferencia no excluye que a la vez sea construida e interpretada desde la cultura. Durante muchos años, la salud de las mujeres se ha considerado sinónimo de la salud del aparato reproductor. Este sinónimo es en sí mismo efecto de una determinada ideología que, a través de la reducción «mujer=aparato reproductor» ha dirigido la investigación y la terapéutica. Este mecanismo se ha imbuido en la cultura, de tal modo que en algunas mujeres todo aquello que sucede en el aparato genital se extrapola al ser, a la identidad, las modificaciones del aparato genital se interpretan como signo de una feminidad correcta o incorrecta (Yago 2008, 687).

Ana Delgado, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, señala que haber ignorado las diferencias entre los sexos ha producido desigualdades en la atención sanitaria que han afectado negativamente a las mujeres. Al estudiarlas, se ha puesto de relieve la importancia de incorporar las diferencias biológicas en el estudio de la enfermedad, en su diagnóstico y tratamiento. Es decir, afirma, estamos llamando a estudiar las diferencias como consecuencia de la exclusión y el androcentrismo. Al incorporarlas, se habla de diferencias porque el modelo y los estándares eran masculinos. Delgado alerta de los peligros de centrarse en las diferencias biológicas y no en la interrelación entre sexo y género (2008).

Olaya Fernández Guerrero planteó una visión desde la diversidad biológica, no desde la diferencia. Analizó las visiones contemporáneas de la relación entre feminismo y biología y el significado cultural que ha adquirido el cuerpo sexuado, siguiendo a Butler, señalando que el género representa el significado discursivo y cultural que se otorga al sexo. El cuerpo es tratado dentro de un significado simbólico otorgado por la cultura patriarcal y el género crea el espejismo de un sexo natural. El discurso patriarcal del género define al sexo como prediscursivo, superficie neutra sobre la que actúa la cultura. Sin embargo, el cuerpo natural es una construcción cultural que carece de existencia previa a la marca de género. Advierte sobre la importancia del modo de interpretar la experiencia biológica femenina en cada sociedad. Siguiendo a Irigaray, señala que se ha tratado el sexo como un asunto separado de la civilización (Fernández Guerrero 2008).

En el VII Congreso, celebrado en Cuba, en el área temática Género y Salud, coordinada por Consuelo Miqueo, se presentaron 26 comunicaciones y se realizaron cuatro conferencias[75]: «El nudo gordiano de la inequidad

[75] No se publicaron las actas de este congreso. He tenido acceso al programa a través de Consuelo Miqueo.

de género, tecnología y realidades en la salud», «La investigación en salud de las mujeres en Latinoamérica», «Mujer de edad mediana desde una perspectiva de género» y «Androcentrismo de los sistemas de información científica: análisis del Medical Subject Headings de Medline/Pubmed». Los temas que se abordaron en las comunicaciones fueron: revisión teórica del concepto de salud en relación con la categoría de género, la atención sanitaria, la percepción del cuerpo, la violencia en la ciencia, la violencia hacia las mujeres en la pareja, el trabajo en relación a la salud, la salud reproductiva y sexual, la anorexia y la bulimia, las tecnologías y su papel en la regulación de los cuerpos sexuados.

En el VIII Congreso, celebrado en Brasil en 2010, se presentaron 227 trabajos, clasificados en 14 áreas temáticas. En el área temática denominada Salud, Ciencia, Tecnología y Género se incluyen 19 comunicaciones que abordan diversas problemáticas de salud de las mujeres y estudios en diferentes países sobre cáncer de pecho, endometriosis, infertilidad, maternidad, sexualidad, intersexualidad y nuevas tecnologías reproductivas. En el trabajo titulado «Género, Poder/Saber: Una cuestión de fondo en la profesión de enfermería» (Villela et al. 2011), se analiza la estratificación social de los saberes, marcada por el género, y la dificultad del reconocimiento y autonomía de la enfermería por el saber/poder médico androcéntrico. Consuelo Miqueo, en su trabajo «Leer y escribir en lengua materna: análisis del uso del español en la comunidad científica internacional» (2011), aplica el pensamiento de la diferencia sexual como paradigma epistemológico, relacionando los conceptos del pensamiento de la diferencia sexual con la crítica epistemológica feminista. Así, la práctica desde el sí, el partir de sí, es conceptualizada como una herramienta epistemológica para generar un conocimiento situado. Plantea la necesidad de traer a la ciencia el orden simbólico de la madre:

> Muchas teóricas del feminismo han defendido y practicado una doble misión intelectual (que algunas consideran incompatible) como es criticar la construcción de la feminidad según el modelo opresivo y devaluador característico del patriarcado y, al mismo tiempo, convertir las tradiciones culturales y las modalidades cognitivas de las mujeres en una fuente de afirmación positiva de otros valores. El pensamiento feminista de la diferencia sexual ha establecido una conexión entre la política y la epistemología como términos de un proceso que construye también al sujeto en cuanto agente material y simbólico. En esta posición late la propuesta de un empoderamiento de la subjetividad femenina (Miqueo 2011, 121-122).

Eulalia Pérez Sedeño, en su artículo «Cuerpos y diferencias» (2011), realiza una introducción al área y aborda el estatuto que ocupan y desempeñan los cuerpos en las prácticas científicas, destacando que los enfoques más actuales en Ciencia, Tecnología y Género subrayan la coproducción frente a la proyección de valores de género sobre los productos de la ciencia. Esto es, el orden social y el orden tecnocientífico se coproducen mutuamente.

El análisis de las repercusiones del uso de las tecnologías reproductivas es objeto de varios trabajos. Diana Maffía, en su texto «Tecnología y control de los cuerpos sexuados» (2011), expone cómo las diferencias visibles entre los cuerpos han sido el soporte material de la desigualdad política y cómo la intervención de la biotecnología permite prescindir cada vez más de los cuerpos de las mujeres para las tareas reproductivas, precisamente en un momento histórico en que las mujeres demandan con fuerza derechos vinculados a la decisión sobre sus cuerpos:

> El avance de la tecnología neonatológica, produce una independencia cada vez mayor del útero materno como condición para la reproducción, y del pecho materno para la alimentación, permitiendo la sobrevida de fetos cada vez menos evolucionados en la gestación. El embrión puede concebirse fuera del útero hasta etapas cada vez más tardías, y el feto puede mantenerse fuera de él desde etapas cada vez más tempranas. En una sincronía difícilmente inocente, a medida que avanza la demanda política de derechos vinculados a los cuerpos de las mujeres, avanza también la capacidad tecnológica de prescindir de ellos. Los hijos e hijas ya no dependen para su supervivencia (y quizás en poco tiempo, para su existencia) de una voluntad humana –y sobre todo femenina– cada vez más esquiva a los mandatos sociales, culturales y religiosos. Esta independencia no necesariamente significa mayor libertad para las mujeres, ni para el género humano, sino que puede asociarse con una concentración incontrolable de poder y determinación del dominio tecnológico sobre los destinos sociales (Maffía 2011, 303).

Expone también las paradojas que las tecnologías producen en el debate sobre el aborto: la propuesta de incubadoras que permitan deshacerse de los embriones sin destruirlos y llevarlos a término para su posterior adopción. Esta increíble sugerencia, señala, fue la aportación «científica» al debate legislativo sobre reglamentación del aborto no punible en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Cuatro trabajos abordan la transexualidad. García Dauder, en su artículo «Tecnologías, cuerpos sexuados y diferencias» (2011), analiza cómo las tecnologías biomédicas regulan y construyen los cuerpos sexuados, hormonal y quirúrgicamente, para adaptarlos a los moldes dualistas, evitando otras diversidades e imponiendo su homogeneización. Subraya que la intersexualidad adquiere un lugar relevante en el análisis feminista de los discursos científicos y el papel de la biotecnología, al desbaratar el orden dual y permitir poner de manifiesto el interés en la regulación sexual en dos categorías, en la que la ciencia adquiere un papel protagonista. Asimismo, García Dauder y Carmen Romero Bachiller exponen la controversia socio-científica que generaron las acciones para cambiar la nomenclatura «estados intersexuales» por «alteraciones del desarrollo sexual» (2011). Señalan el efecto performativo de las clasificaciones y etiquetas médicas y resaltan que, en la ciencia, nombrar es un ejercicio político con efectos psicosociales. Patricia Gascón y José Luis Cepeda analizan la relación entre la reproducción asistida y la transexualidad, señalando los desafíos que plantea esa relación para vivir y pensar el sexo y el género, así como el dimorfismo de los cuerpos (2011).

En el IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, celebrado en la Universidad de Sevilla en 2012, se presentaron 101 trabajos (Pérez Sedeño et al. 2012). Entre ellos, «Contrato moral, género y ciencia» de Diana Maffía, en el que analiza cómo opera el contrato sexual en la ciencia y señala la necesidad de un nuevo contrato social que no excluya a las mujeres y que suponga la democratización de la ciencia, al que denomina contrato moral: «Las mujeres debemos estar allí, y también debemos preguntarnos quién produce conocimiento, financiado por quién, para beneficio de quién, desde la perspectiva de quién, en la lengua de quién, no solo en términos de sexo sino también de clase, de etnia, de color, de identidad» (Maffía 2012)[76].

Este nuevo contrato debe incorporar el conocimiento desarrollado por las mujeres, reconociendo su autoría, «no olvidemos que las propias mujeres hemos sido durante siglos productoras de saberes considerados 'no científicos' por estar destinados a usos domésticos como la alimentación, la cosmética o la atención del parto» (Maffía 2012)[77].

En este Congreso, el área de salud pasó a denominarse Perspectivas feministas en Salud e incluye veintiún estudios sobre la situación de las pro-

[76] Disponible en: http://www.oei.es/historico/congresoctg/memoria/mesas.php. (Consulta: 27/05/2017).

[77] Disponible en: http://www.oei.es/historico/congresoctg/memoria/mesas.php. (Consulta: 27/05/2017).

fesionales de salud, el activismo feminista por la anticoncepción, así como investigaciones sobre diversas problemáticas de salud y las experiencias de las mujeres relacionadas con el cáncer, la anorexia y bulimia como enfermedades culturales, reproducción asistida, salud sexual, representaciones del cuerpo en la menopausia, mujeres cuidadoras. En relación a la violencia, Victoria Ferrer y Esperanza Bosch presentan un estudio sobre el desgaste emocional en las relaciones de pareja como factor que deteriora la salud (2012).

En relación a las profesionales, Mabel Burin problematiza el ya clásico concepto de techo de cristal, significándolo como laberintos de cristal, para referirse a los conflictos actuales en las trayectorias laborales de un amplio número de mujeres (2012). Un grupo de investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, liderado por Ana Delgado (Delgado et al. 2012), presenta los resultados de una investigación cualitativa sobre los discursos de las médicas de atención primaria en relación a sus logros profesionales, encontrando que perciben una falta de reconocimiento y autoridad por parte de sus pares, de pacientes y de la administración. Concluyen que ser mujer y joven obstaculiza el reconocimiento y autoridad. Un equipo de la Universidad de Zaragoza (Ferrer Arrendó et al. 2012) presenta una investigación sobre las actitudes y posicionamientos de las enfermeras ante el poder a través de sus respuestas sobre la posibilidad de ser directoras de los centros de atención primaria y las presiones y conflictos externos e internos que viven.

Eulalia Pérez Sedeño, en su artículo «¡Una talla 100, por favor» (Pérez Sedeño 2012), expone el incremento del uso de la cirugía plástica para el aumento del pecho y los discursos médicos para su justificación, que son claros exponentes de las representaciones patriarcales de la feminidad y los valores subyacentes, los pechos como símbolo de la feminidad y la sexualidad. Así, algunos cirujanos plásticos y algunas clínicas publicitan esta cirugía señalando que aumenta la autoestima, el bienestar personal y la capacidad de negociación personal en las relaciones: la ecuación belleza = bienestar = sentirse bien = implantes mamarios. El pecho se convierte, de este modo, en un objeto que puede producir numerosos beneficios económicos y ha conducido a que los intereses comerciales normalicen los implantes mamarios para conseguir su popularización y generalización como artículos de consumo habitual. Pérez Sedeño subraya que otras industrias, como la lencería, también se benefician de este hecho. En la primera década de 2000 se generalizan y popularizan los implantes mamarios, que incluso algunas madres y padres regalan a las adolescentes como premio por sus estudios.

En el x Congreso, celebrado en Paraguay en 2014, del que todavía no se han publicado las actas, el área de salud se denominó Perspectivas feministas en la Salud, Geo Salud e Innovación Científica y Tecnológica en Salud.

Como conclusión, en todos los Congresos de Ciencia, Tecnología y Género se han presentado investigaciones y trabajos relacionados con las diversas líneas de estudio abiertas por la teoría feminista en la crítica a la Ciencia. Así, un elevado número de trabajos se centran en el área de la participación de las mujeres en la ciencia. Por una parte, investigaciones históricas que recuperan la genealogía de las mujeres y sus aportaciones; por otra, estudios sociológicos, que muestran la creciente incorporación de las mujeres a la actividad científica en todas las áreas y países, a pesar de la persistente división sexual del trabajo en la actividad científica, la segregación horizontal, vertical y salarial. En palabras de Consuelo Miqueo, «después de siglos de actividad masculina segregada, el sistema científico se ha vuelto heterosexual o mixto y hoy se proclama aceptar de buen grado a las mujeres entre los agentes activos y cualificados de la vida científica» (2011, 125). Otra área de gran desarrollo en todos los congresos es la didáctica de las ciencias y la tecnología, mostrando experiencias educativas innovadoras, la divulgación científica y el papel de los medios de comunicación y las TIC. A nivel epistemológico, numerosos trabajos realizan un análisis y crítica de las teorías científicas, mostrando el androcentrismo y la misoginia, los sesgos y la parcialidad del conocimiento, las representaciones científicas de sexo y género y su papel en el dualismo sexual. Asimismo, desde el año 1996 hasta la actualidad, los Congresos incorporan temáticas emergentes que van adquiriendo relevancia en el ámbito de la epistemología feminista: la biotecnología, el desarrollo sostenible, la globalización, las políticas científicas y la intersexualidad. El seguimiento de los Congresos Iberoamericanos de Ciencia, Tecnología y Género permite conocer los avances en las líneas de investigación en epistemología feminista y las temáticas que se sitúan en el centro de interés de los estudios feministas en este campo.

3. Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España

La salud es uno de los aspectos centrales en los discursos, acciones, movilizaciones y prácticas feministas en España desde 1975. Aunque su centralidad en la agenda política feminista fue disminuyendo a partir de mediados de la década de los ochenta, ha vuelto a resurgir con fuerza a comienzos del siglo XXI, creándose nuevas organizaciones y redes, así como movilizaciones feministas en torno a la salud. Las metodologías y prácticas para la promoción y atención a la salud de las mujeres nacidas en el marco del feminismo radical se han expandido y son utilizadas en la actualidad en las instituciones sanitarias y en los centros de atención a las mujeres en las instituciones de igualdad. En este capítulo expondré el lugar que ha ocupado la salud en la agenda política feminista y el desarrollo y evolución de los discursos y acciones vindicativas en el movimiento feminista. En segundo lugar, las nuevas conceptualizaciones sobre la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres generadas desde el marco feminista y la progresiva incorporación de problemáticas de salud emergentes como objeto de estudio. Por último, las prácticas y metodologías desarrolladas desde el feminismo para la atención, promoción y recuperación de la salud de las mujeres y su aplicación en diferentes contextos y ámbitos.

3.1. La salud en la agenda política feminista

En el año 1975, tras la muerte de Franco, se inició en España el proceso de transición democrática y el movimiento feminista pudo salir de la semiclandestinidad y reivindicar públicamente derechos para las mujeres[78]. Numerosos aspectos relacionados con la salud formaron parte de la agenda política

[78] Ese mismo año fue declarado por Naciones Unidas Año Internacional de la Mujer, inaugurado oficialmente en España el 20 de febrero en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid, unos meses antes de la muerte de Franco. Las feministas lo aprovecharon como una oportunidad para realizar actos, reuniones y asambleas (Larumbe 2004, 58).

feminista en el periodo comprendido entre 1975 y 1985. Dado que no existían derechos sexuales y reproductivos reconocidos, el uso de anticonceptivos estaba prohibido y la interrupción del embarazo penalizada[79], las primeras acciones y campañas del movimiento feminista giraron en torno a estos aspectos, simbolizados en las consignas que se gritaban en las manifestaciones: «Sexualidad no es maternidad», «Anticonceptivos para no abortar, aborto para no morir», «Nosotras parimos, nosotras decidimos»[80]. El ámbito de la salud fue una cuestión crucial y de gran relevancia política para el feminismo en esta etapa, un aspecto central en la teoría, las acciones y las reivindicaciones feministas, como señaló Mari Luz Esteban:

> Ejes como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a la contracepción y al aborto, la separación entre sexualidad y reproducción o la reivindicación del placer sexual para las mujeres, no solo fueron absolutamente nucleares, sino que sirvieron para impulsar y aglutinar al movimiento como tal. Esto estuvo directamente relacionado, además, con la revisión y denuncia que el feminismo hizo en esta época de la naturalización de las mujeres como una forma fundamental de justificación social y científica de su desigualdad (2003a, 248).

La académica Vicenta Verdugo también destacó que el cuerpo, la sexualidad y la reproducción fueron temas centrales en la conformación de la identidad colectiva feminista, hasta tal punto que las manos en forma de vulva se

[79] El artículo 416 del Código Penal decía: «Serán castigados con arresto mayor y multa de 10.000 a 200.000 pesetas los que con relación de medicamentos, substancias, objetos, instrumentos, aparatos, medios o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o de evitar la procreación realicen cualquiera de los actos siguientes:
1. Los que en posesión del título de facultativo o sanitario lo indicaren, así como los que sin dicho título hicieren de la misma indicación con ánimo de lucro.
2. El fabricante o negociante que los vendiere a personas pertenecientes al cuerpo médico o a comerciante no autorizado para su venta.
3. El que los ofreciere en venta, vendiere, expendiere, suministrare o anunciare de alguna forma.
4. La divulgación de cualquier forma que se realizare de los destinados a evitar la procreación, así como su exposición pública y ofrecimiento en venta.
5. Cualquier género de propaganda anticonceptiva. La cuantía actual es la fijada por la Ley 39/1974, de 28 de Noviembre».

[80] «Estas consignas, que llenaron las calles españolas durante la transición política, volverán a gritarse y escucharse en todas las ciudades españolas desde 2012, ante el anuncio por el Ministro de Justicia del gobierno del Partido Popular, Alberto Ruiz-Gallardón, de la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de *Salud sexual, reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*» (Cobo y Nogueiras 2014, 47).

constituyeron en el símbolo feminista: «La sustitución del puño cerrado de los militantes de la izquierda por las manos en forma de vulva era una forma más de señalar la 'alteridad femenina' respecto a la política y el poder masculino» (2010, 266).

Paralelamente al proceso que se estaba produciendo en el movimiento feminista español, estaba comenzando el movimiento de salud de las mujeres en Estados Unidos y en diferentes países europeos, en el marco del desarrollo del feminismo radical. Era un movimiento para la autogestión feminista de la salud, que en sus inicios estaba centrado fundamentalmente en la salud sexual y reproductiva, un aspecto clave en la autodeterminación y el empoderamiento de las mujeres. Las propuestas centrales del movimiento por la salud de las mujeres eran el acceso al conocimiento, que estaba bajo el control del estamento sanitario, como una forma fundamental de adquirir poder sobre sus propios cuerpos, su sexualidad, su capacidad reproductiva y sus vidas; la autogestión de la salud para no depender de un sistema sanitario patriarcal que tenía el control sobre aspectos decisivos de la vida de las mujeres; la lucha contra el poder médico y el cuestionamiento de la patologización y la medicalización de los cuerpos y los procesos vitales de las mujeres. Como destacó Katheleen Barry, «las feministas radicales han luchado durante veinticinco años contra las dimensiones más privatizadas de la opresión de las mujeres; la medicalización de los cuerpos de las mujeres y la explotación sexual» (1994, 300).

El movimiento de salud de las mujeres incorporó como una de sus prácticas políticas los talleres de autoconocimiento. En estos talleres se aprendía a utilizar el espéculo, que además de ser una herramienta para el conocimiento, era un símbolo de la toma de poder de las mujeres, ya que hasta el momento había estado únicamente en manos de profesionales de la ginecología. Estos talleres dotaban a las mujeres de herramientas para su autonomía y autocuidado, y facilitaban información y conocimientos para una mejor toma de decisiones sobre su salud ante el sistema sanitario (Asociación de Mujeres para la Salud 1987a; Taboada 1978). Como señalaron Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, «el *self-help* o autoconocimiento no constituye una alternativa que permite eludir el enfrentamiento con el sistema médico y la exigencia de una reforma de las instituciones sanitarias existentes, pero es vital para llevar adelante ese enfrentamiento» (1981, 82).

Los talleres de autoconocimiento no tenían como objetivo la búsqueda de estrategias políticas para reivindicar derechos sexuales y reproductivos, sino que eran un medio para que las mujeres se reapropiasen de sus cuerpos y adquirieran conocimientos que pusiesen en sus manos el control de su salud

sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y de interrupción del embarazo que no supusiesen dependencia del sistema médico, la recuperación del protagonismo de las mujeres en los partos, la desmedicalización de procesos y ciclos vitales, conocimientos, en definitiva, para la adquisición de autonomía frente al sistema sanitario y una mayor autogestión de su salud. Como expresó la activista y ginecóloga suiza Rina Nissim, autora del *Manual de Ginecología para Mujeres* (1985), los grupos de autoconciencia y autoayuda y la política de compartir el conocimiento se entendían como una actitud general de cuidarse y ser más activas sobre nuestras vidas (Taboada 2000a, 9). En esa etapa «se investigaban y compartían tratamientos 'blandos' para afecciones leves y se difundían métodos anticonceptivos alternativos a las píldoras (entonces con dosis estrogénicas altísimas) y los DIUS, sin efectos secundarios, como el condón, el diafragma o el capuchón cervical» (Taboada 2000b, 2). Se practicaba la extracción menstrual que servía como método para realizar un aborto de forma menos cruenta que el legrado.

Este movimiento llegó a España de la mano de Leonor Taboada, que participó en la traducción y adaptación española del emblemático libro del Colectivo de Mujeres de Boston, *Nuestros Cuerpos, Nuestras vidas* (1979)[81], y publicó *Cuaderno feminista. Introducción al Self– Help* (Taboada 1978). Ana Porroche-Escudero resalta el papel y el significado que tuvo el texto de Taboada:

> En 1978 Leonor Taboada dio a conocer OBOS en España en su libro *Cuaderno feminista. Introducción al Self– Help*, considerado como un clásico del feminismo de habla hispana. El libro de Taboada nació de la necesidad de transnacionalizar la conciencia política sobre la colonización androcéntrica del cuerpo de la mujer, reflejando semejanzas en la mentalidad androcéntrica médica en ambos países (2016, 4).

Leonor Taboada introdujo los talleres de autoexamen y autoconocimiento en las primeras Jornadas Catalanas de la Dona en 1976. A partir de este momento, numerosos colectivos feministas asumieron esta práctica y se constituyeron nuevos grupos centrados en la salud, en los que se aprendía a utilizar el espéculo y se compartían los nuevos conocimientos generados por el

[81] Este texto, publicado por primera vez en 1977, aborda la sexualidad, el lesbianismo, el aborto, los métodos anticonceptivos, el embarazo, parto, posparto, la menopausia, la violencia y la autodefensa personal. Ha sufrido numerosas transformaciones en las posteriores reediciones al ir incluyendo nueva información actualizada (Davis 2013).

movimiento de salud de las mujeres[82]. En esta etapa se realizaron talleres de autoconocimiento en las asociaciones de mujeres, en los centros sociales de los barrios y en algunos centros educativos. Aunque esta práctica fue abandonándose progresivamente, está volviendo a ser recuperada recientemente por activistas feministas profesionales de la salud (Revista *MYS* 2000a).

Confluyeron, por tanto, en este periodo histórico en España, las potentes reivindicaciones del movimiento feminista por los derechos de las mujeres, fuertemente vinculadas con el ámbito de la salud, el inicio del feminismo radical y el auge del movimiento de salud de las mujeres. Tanto sus protagonistas, como sus prácticas y acciones políticas, se retroalimentaron mutuamente, enriqueciendo y multiplicando el impacto y la potencia de las luchas feministas y la toma de conciencia de las mujeres del poder del patriarcado sobre sus cuerpos y sus vidas, que se producía, de una manera muy potente, a través de las instituciones sanitarias.

Varias autoras han documentado los colectivos feministas que protagonizaron esta etapa y las numerosas acciones y actividades que realizaron, tanto de carácter vindicativo como dirigidas a la difusión del conocimiento feminista en salud y sexualidad, a la toma de conciencia de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos y a la creación de centros de planning con otros modelos de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Agustín 2003; Escario et al. 1996; Folguera 1988; Larumbe 2004; Martínez Rebolledo 2013; Martínez Ten et al. 2009; Montero 2009; Nash 2004, 209-229).

Entre las múltiples acciones vindicativas, se realizaron numerosas manifestaciones, concentraciones, pintadas, encierros, performances, charlas, talleres, campañas, edición de folletos, programas de radio. Como señalaron Celia Amorós y Ana de Miguel:

> El activismo de los grupos radicales fue, en más de un sentido, espectacular. Espectaculares por multitudinarias fueron las manifestaciones y marchas de mujeres, pero aún más lo eran los lúcidos actos de protesta y sabotaje que ponían en evidencia el carácter de objeto y mercancía de las mujeres en el patriarcado (2007, 73).

[82] Alba Martínez Rebolledo, en su trabajo Fin de Master *El movimiento self-help y el autoconocimiento como práctica de la pedagogía crítica. Análisis de una vertiente del movimiento feminista en el Estado español (1976-1985)* (2013), recoge de forma exhaustiva y rigurosa el proceso recorrido en el movimiento de salud durante esta etapa y documenta la cronología de los hechos más relevantes y los colectivos que desarrollaron el autoconocimiento como práctica política. También la revista *MYS,* en su número 5 (Revista *MYS* 2000a), realiza un dossier sobre Autoconocimiento, con artículos y entrevistas a algunas de las protagonistas de este proceso.

Pilar Escario también resaltó que el movimiento feminista creó un estilo propio, muy potente, que resultaba incluso provocador para las organizaciones de izquierdas:

> La calle, en aquellos momentos, fue el principal escenario de actuación. La calle tuvo un valor trascendental, como espacio simbólico de libertad, de salir del encierro del hogar, de expresión, de vitalidad y de posesión de un espacio para compartir, reivindicar y también (…) para disfrutar. Los eslóganes, las consignas, eran muy potentes e inquietantes incluso para las organizaciones de izquierdas. Se creó un estilo propio, específico del movimiento feminista: las manos en forma de vagina, las mujeres bocadillo, los almohadones dentro de la ropa para simular un embarazo en las manifestaciones pro-aborto (…). La provocación era un instrumento imprescindible de aquella lucha (2009, 216-217).

Las primeras campañas del movimiento feminista en España desde el inicio de la democracia se centraron, sobre todo, en exigir la legalidad de los métodos anticonceptivos y el derecho al aborto[83]. Trescientos mil abortos anuales y tres mil mujeres muertas por abortos clandestinos eran los datos que en 1974 facilitaba la Fiscalía del Tribunal Supremo. Entre 1974 y 1985 se estimaba que 240.000 mujeres españolas tuvieron que salir del país para interrumpir su embarazo en el Reino Unido y Holanda y un número desconocido en Portugal y África septentrional (Cambronero-Saiz et al. 2009, 59)[84]. Pero otras muchas realizaban abortos clandestinos, poniendo su vida en riesgo, como subrayó la activista Justa Montero:

> El aborto se llevaba la libertad, la salud y la vida de las mujeres. Abortar podía suponer doce años de cárcel y un enorme riesgo, puesto que la inmensa mayoría tenían que interrumpir su embarazo de forma clandestina: bien poniéndose en manos de aborteros y aborteras que lo realizaban en pésimas condiciones higiénicas y sanitarias, o bien introduciéndose ellas mismas agua jabonosa y alcohol en la vagina, lejía y detergente, o agujas de coser (2009, 287)[85].

[83] Otras reivindicaciones fueron el divorcio, la amnistía para las mujeres presas por delitos específicos, como el aborto, el adulterio y la prostitución, la reforma del código civil y penal (Larumbe 2004).

[84] Las comisiones pro derecho al aborto también crearon cajas de resistencia para ayudar a pagar el viaje al extranjero a las mujeres que no tenían recursos para hacerlo (Montero 2009).

[85] El nombre de la revista que editó la Comisión pro-derecho al aborto de Madrid desde 1982 a 1992, *Hinojo y perejil,* hace referencia a los métodos que utilizaban las mujeres para abortar.

Por tanto, para defender la vida y la salud de las mujeres se reivindicaba que el sistema sanitario público asumiese la distribución de anticonceptivos y la interrupción del embarazo, vindicación que se formulaba en las frases que se gritaban en las manifestaciones, «planificación familiar a cargo de la Seguridad Social» (Verdugo 2010, 265). Las consignas también visibilizaban que la penalización del aborto obligaba a muchas mujeres a salir de España para abortar: «Queremos ir a Londres, pero de vacaciones»; «Ni en Londres ni en París, aborto libre aquí» (Achtelik 2010, 517)[86]. La lucha por la legalización de anticonceptivos y por el derecho al aborto se enmarcaba, como afirma Justa Montero, en el derecho de las mujeres a la sexualidad y a la salud:

> La exigencia de educación sexual, del aborto legal, de la creación de centros de orientación sexual y de investigación de métodos anticonceptivos no perjudiciales para la salud de las mujeres y otros que pudieran utilizar los hombres. Entre las últimas acciones que se realizaron merece recordar el estupor de aquellos senadores sorprendidos por la iniciativa de representantes de organizaciones feministas que lograron colarse en el Senado y desplegar una pancarta durante el debate parlamentario de su despenalización (Montero 2009, 285).

En 1977, el movimiento feminista organizó la campaña *Por una sexualidad Libre*, cuyo objetivo era el de situar a las mujeres como sujetos de su sexualidad, fomentar y reivindicar el acceso a los anticonceptivos y el derecho al aborto. Las feministas realizaron numerosas charlas y talleres sobre sexualidad, anticoncepción y autoconocimiento en centros educativos, fábricas y barrios de muchas ciudades españolas (Martínez Rebolledo 2013, 59). La ginecóloga feminista Elena Arnedo, miembro del Frente de Liberación de la Mujer, relató así el contenido de esas actividades:

> Algunas compañeras, como Delia Blanco, Pilar Jaime o Charo Ema, y yo, urgidas por la necesidad de bajar del plano teórico a uno más pragmático de realidad cotidiana, formamos una especie de corriente dentro del FLM y nos autodenominamos 'grupo de planificación familiar'. Este grupo se dedicó a recorrer los barrios de Madrid convocando a las mujeres en pequeñas reuniones para hablarles fundamentalmente del derecho a la anti-

[86] Kirsten Achtelik, socióloga y politóloga, estudió la lucha feminista por el derecho al aborto en España a partir de los eslóganes y consignas, que considera una expresión sintetizada y un buen reflejo de los ejes de trabajo y reflexión del movimiento (2010, 515).

> concepción y el aborto. Poder decidir el número de hijos y el momento de tenerlos, desligar nuestra sexualidad de la procreación, ser dueñas en suma de nuestro propio cuerpo, nos parecían premisas urgentes y primordiales de las que había de partir para conseguir la liberación. En aquellas reuniones les enseñábamos a las mujeres nociones de anatomía y fisiología de su aparato reproductor, difundíamos la buena nueva de la existencia de diversos métodos anticonceptivos, mostrábamos como trofeos los preservativos, los envases de las 'píldoras', los diafragmas, y, también, si todo esto fallaba, no había que resignarse, quedaba un recurso último: ¡se podía abortar!, por supuesto (2009, 221-222).

La legalización de los métodos anticonceptivos se produjo en 1978[87] y en ese mismo año, mediante un real decreto, se estableció una pequeña red de centros públicos, denominados Centros de Orientación Familiar, dependientes del Ministerio de Sanidad. La activista feminista y ginecóloga Concha Cifrián señaló que la despenalización de los anticonceptivos no era suficiente, lo que se demandaba desde el feminismo era otro modelo de atención en la sanidad pública:

> La legalización no supone más que el hecho de que los médicos de la seguridad social van a empezar a recetar píldoras. Y lo que las mujeres exigen es mucho más. La primera y más elemental es la demanda de calidad en la asistencia médica, calidad que, en el actual estado de la S.S. no parece imposible. En segundo lugar es necesaria una amplia información, no solo sobre anticoncepción, sino sobre sexualidad en su sentido más amplio (…). En tercer lugar, es preciso que la atención médica y la información se extienda a todas las mujeres sin distinciones de edad, estado civil, número de hijos, etc. Para ello, es preciso un control de las mujeres de la S.S. (Cifrián 1985, 14).

El derecho al aborto, sin embargo, exigió una larga lucha. En muchas ciudades en las que existía un movimiento feminista organizado se crearon comisiones centradas en este tema. En la campaña por el derecho al aborto, se realizaron numerosas acciones vindicativas, imaginativas y arriesgadas: encierros en ayuntamientos, juzgados, colegios de médicos, concentraciones

[87] El 7 de Octubre de 1978 mediante la ley 45/1978 se despenalizó la venta, divulgación y propaganda de los métodos anticonceptivos y se sancionó su expedición en el caso de que no cumpliera las formalidades legales o reglamentarias. También se despenalizaron los anticonceptivos con la derogación del artículo 428 del código penal.

que en muchas ocasiones terminaban con cargas policiales y detenciones; recorridos en autobús por la ciudad con pancartas, teatrillos, pintadas, murales; se recogieron firmas entre profesionales de la sanidad, la abogacía, el periodismo, generando una política de alianzas entre el movimiento feminista y sectores profesionales de la sociedad, especialmente del ámbito sanitario, estrategia que, como veremos más adelante, se ha retomado en la actualidad.

Las campañas de autoinculpación fueron también una herramienta utilizada por el movimiento feminista en la reivindicación del derecho al aborto, al igual que en otras reivindicaciones, como ante el adulterio y el divorcio. Numerosas mujeres con reconocimiento público firmaron el manifiesto «Yo también he abortado» y también algunos hombres firmaron «yo también he colaborado en un aborto». Mil trescientas mujeres artistas, periodistas, profesionales y políticas se autoinculparon en 1979 ante los juzgados (Montero 2009, 291).

En todo ese periodo se produjeron numerosas detenciones y encarcelamientos. El reparto de folletos sobre métodos anticonceptivos también había terminado con acusaciones de escándalo público por la Dirección General de Seguridad en 1977 (Agustín 2003, 283). Del mismo modo, la revista *Vindicación Feminista*[88] tuvo que enfrentarse a tres procesos judiciales por su defensa del aborto (Larumbe 2004, 178). El juicio conocido como «Juicio de las 11 mujeres de Bilbao» en 1979 sirvió como detonante para que el aborto irrumpiera de una forma muy potente en la escena política. Se realizaron intensas campañas contra el procesamiento de esas mujeres, acusadas de practicar abortos, y para las que el fiscal pedía más de 100 años de cárcel. La sentencia, en 1982, las absolvió a todas. Los juicios, tanto a mujeres que abortaban como a profesionales que los realizaban, continuaron hasta finales de los años noventa, así como los ataques del movimiento *provida* a las clínicas que realizaban abortos y a las mujeres que entraban en ellas, que se prolongaron hasta hace pocos años (Achtelik 2010, 519).

En 1985 se consiguió la despenalización del aborto en tres supuestos y hasta 2010, 25 años después, no se promulgó la Ley 2/2010, *de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*[89], que en el año 2012

[88] Desde su fundación en 1976 hasta 1982, esta revista recogió las reivindicaciones feministas de esta etapa. Mª Angeles Larumbe describe su contenido, estructura y las autoras que escribieron en ella (Larumbe 2004, 173-195).

[89] Para apoyar el cambio legislativo en España y reivindicar la ampliación del derecho al aborto se recibió gran apoyo el movimiento feminista internacional. Una de las acciones que tuvieron una enorme repercusión mediática fue la llegada a Valencia, en 2008, del barco de la organización Holandesa Women on Waves, en el que se practicaron abortos en aguas internacionales (Cobo y Nogueiras 2014).

fue puesta en cuestión por el gobierno del Partido Popular y el Ministro Ruiz Gallardón, lo que tuvo como efecto una nueva e intensa movilización feminista, como se expondrá más adelante. El activismo feminista en relación al derecho al aborto ha continuado hasta la actualidad, ya que numerosos profesionales ejercen objeción de conciencia en el sistema sanitario público y las mujeres han de abortar en clínicas privadas concertadas, teniendo que realizar numerosas gestiones que dificultan el ejercicio de este derecho. Incluso las mujeres de algunas comunidades autónomas tenían que desplazarse a otras para abortar, al no existir siquiera clínicas privadas debido a la presión del movimiento pro-vida, como ha sido el caso de la Comunidad Navarra hasta 2012. Las organizaciones feministas han realizado un seguimiento de la aplicación de la Ley de 2010 y han elaborado dossiers que recogen sus investigaciones[90]. Como señaló Mari Luz Esteban, «se puede afirmar que para el movimiento feminista el aborto sigue siendo un factor fundamental en el análisis de la situación legal y asistencial de la salud de las mujeres, puesto que simboliza y concentra gran parte de las reivindicaciones feministas antiguas» (Esteban 2001, 57).

En ese sentido, cabe citar los dos libros sobre el aborto de las ginecólogas Concha Cifrián, Carmen Martinez Ten e Isabel Serrano, escritos con treinta años de diferencia, el primero en 1986, *La cuestión del aborto* (Cifrián et al. 1986) y el segundo en 2014, *Manual sobre el aborto* (Cifrián et al. 2014). En ellos se explica qué es un aborto, cómo se practica, la legislación, los debates y posicionamientos sociales en torno a este tema. Además de ser una herramienta útil, la última publicación también pretende ser un acto político ante el anuncio de la reforma de la Ley de 2/2010 por el ministro Ruiz-Gallardón.

Otra de las importantes líneas de acción del movimiento feminista fue la creación de numerosos centros autogestionados de planificación familiar en diferentes ciudades de España[91] para dar respuesta a las necesidades de las

[90] La Plataforma de Mujeres ante el Congreso publicó en 2012 una Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo. Esta Plataforma, que agrupa a varias organizaciones de mujeres, fue creada en 2009 ante el anuncio por el gobierno de la modificación de la regulación de la IVE. Su objetivo es vincular la incidencia política con el activismo social para lograr el reconocimiento pleno de los derechos de las mujeres. Disponible en: http://issuu.com/mujeresantecongreso/docs/guia-ive. (Consulta: 30/05/2014). Otros informes disponibles en: http://www.feministas.org/spip.php?article301; http://www.feministas.org/IMG/pdf/dossier_aborto2013_asamblea_aborto_navarra.pdf. (Consulta: 03/03/2017).

[91] Entre ellos, *Belladona* en Asturias; *Duratón*, *Tajos Altos, Federico Rubio, Pablo Iglesias, Salud y Mujer* en Madrid, y diversos centros en Valencia, Sevilla y Barcelona. El Departamento de Historia de la Ciencia y el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada ha realizado una investigación sobre *El activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España* (Ortiz et al. 2011).

mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva, algunos de ellos han permaneciendo activos hasta hace pocos años. Celia Amorós y Ana de Miguel resaltaron la importancia de estos centros:

> Otras actividades no tan espectaculares pero de consecuencias enormemente beneficiosas para las mujeres fueron la creación de centros alternativos, de ayuda y autoayuda. Las feministas no solo crearon espacios propios para estudiar y organizarse sino que desarrollaron una salud y ginecología no patriarcales, animando a las mujeres a conocer y controlar su propio cuerpo. También se fundaron guarderías, centros para mujeres maltratadas, centros de defensa personal y un largo etcétera (2007, 73).

Algunos de los primeros centros de planificación fueron fundados gracias al impulso de feministas militantes en partidos políticos de izquierda, como el centro Federico Rubio en Madrid, inaugurado en 1976. Elena Arnedo, militante del PSOE, explicaba así el proceso de su creación:

> Como era de esperar, la información creó la demanda, así que mis compañeras y yo nos sentíamos responsables de dar a las mujeres aquello que les estábamos enseñando a exigir. Claro que había que conseguir los anticonceptivos y el aborto libre y gratuito a cargo del Estado, claro que había que manifestarse y exigir, pero, mientras tanto, era necesario ir abriendo caminos y dando a las mujeres a las que pudiésemos llegar los medios de controlar su fecundidad y mejorar así sus destinos. De forma que, a finales de los 70, nos liamos la manta a la cabeza y a fuerza de altruismo, buena voluntad, militancia y muy pocos medios, creamos el primer Centro de Planificación de España en la madrileña calle de Federico Rubio, nombre con el que se hizo muy conocido y (…) pasó a la historia (2009, 222-223).

En 1978, feministas del PCE crearon el centro Pablo Iglesias, también en Madrid, y un año más tarde asociaciones de mujeres abrieron sendos centros en los barrios madrileños de Aluche y Vallecas; en 1979, el colectivo Pelvis creó un centro en Palma de Mallorca, clausurado por la policía en 1985; el primer centro en Cataluña fue en el Prat de Llobregat en 1977, que funcionó también como local de debate y formación feminista; en enero de 1980 se creó el centro Los Naranjos en Sevilla y en octubre su personal fue detenido, acusado de realizar abortos. Ante la gran proliferación de centros se creó una Coordinadora Estatal de Grupos de Planificación Familiar que tuvieron una

primera asamblea estatal en abril de 1977, acudiendo representantes de Gerona, Lleida, Bilbao, San Sebastián, Madrid y Barcelona (Martínez Rebolledo 2013, 60). El trabajo que se realizaba en estos centros tenía una fuerte dimensión política. Se planteaba no solo como una forma de dar una respuesta a las necesidades sexuales y reproductivas de las mujeres, sino que, además de atenderlas, se denunciaba la carencia de derechos al desafiar la legalidad vigente. Como relata Justa Montero:

> En los centros se facilitan algunos métodos anticonceptivos que se consiguen clandestinamente, la visita ginecológica la realizan ginecólogas que colaboran de forma altruista, y las mujeres asisten previamente a una charla sobre sexualidad y anticoncepción. A las mujeres que querían abortar se les facilitaban las direcciones e informaciones necesarias para viajar a Inglaterra, Holanda o al sur de Francia (2009, 286).

Mercé Fuentes resaltó que estos centros tenían una gran aceptación entre las mujeres por su accesibilidad y por la proximidad de la asistencia a los problemas reales percibidos. Asimismo subrayó que se propiciaba la participación de las usuarias, facilitando que ellas diesen información a otras mujeres y controlasen su funcionamiento para evitar la medicalización (Fuentes i Pujol 2001b, 224). Mari Luz Esteban dedicó su Tesis Doctoral en 1993 al análisis de los modelos de atención en estos centros, que ponían en manos de las mujeres conocimientos sobre sus cuerpos, su salud, su sexualidad, sus procesos reproductivos, con una atención no medicalizada, centrada en la prevención y el autocuidado, dando herramientas a las mujeres para la toma de decisiones sobre su salud (1994). Esteban resumió de este modo la relevancia de los centros de planificación, que afirma pueden ser considerados como la alternativa social más importante e innovadora de las últimas décadas en relación al sector sanitario:

> La labor de las feministas respecto a la práctica asistencial dirigida a las mujeres ha sido muy importante, sobre todo en tres aspectos: la lucha por la legalización del aborto y la anticoncepción, el haber creado centros accesibles a las mujeres y la difusión de la información científico-médica. En este sentido, toda la actividad en torno al surgimiento y consolidación de los llamados centros de planificación familiar constituye una experiencia singular y de gran trascendencia, no solo en lo que se refiere al feminismo sino a todo el movimiento progresista en el campo de la sanidad,

> puesto que dichos centros han constituido en la mayoría de los casos los únicos del sistema identificados por las mujeres como propios. También en el campo de la salud mental y de la práctica privada ha habido iniciativas muy significativas (2001, 199).

Las relaciones entre usuarias y profesionales en estos centros fue también un tema que recibió gran atención, por su búsqueda de relaciones alternativas, no jerárquicas y de poder, tanto dentro del equipo profesional como entre este y las mujeres usuarias, marcadas por el respeto a sus decisiones:

> Un aspecto muy importante ha sido la dinámica de trabajo de los equipos, donde la interdisciplinariedad, la horizontalidad en las decisiones así como la ruptura de los modelos clásicos de los perfiles profesionales, han sido objetivos preferentes (…). Se ha dado una mayor democratización que en el resto de centros sanitarios en cuando a toma de decisiones, diseño del trabajo cotidiano y forma de acceso de las usuarias (Esteban 2001, 200-201).

Esta preocupación ha continuado presente hasta la actualidad en los centros feministas de atención a las mujeres y se continúa trabajando insistentemente en la importancia de las relaciones en la práctica clínica y sociosanitaria en el sistema nacional de salud.

En esta etapa también se crearon las primeras casas-refugio para mujeres maltratadas, gestionadas por colectivos feministas, algunas de las cuales pasarían posteriormente a ser gestionadas por instituciones públicas de igualdad o sostenidas con fondos públicos a través de subvenciones. Ana Paula Cid Santos describe los planteamientos políticos de las primeras casas de acogida, que tienen muchos aspectos en común con los centros de planificación feministas:

> El movimiento de casas de acogida no solo fue una primera respuesta a la violencia doméstica. Su objetivo estratégico consistía en cuestionar el modelo familiar vigente y se planteaba como tarea definir las formas familiares donde no existía violencia y donde se había completado la ruptura con un modelo patriarcal. Los objetivos comunes compartidos por las casas de acogida creadas en ese momento eran: promover un ambiente de cuidados y seguridad para las mujeres maltratadas y sus hijos; ofrecerles soporte emocional y asesoramiento sociopsicológico; proveer información sobre los derechos legales de las mujeres; dar asistencia en las comparecencias

> ante los juzgados; aportar opciones de vivienda, y explorar objetivos y direcciones a tomar en una vida futura. El movimiento de casas de acogida para mujeres maltratadas que surge en estos años estuvo muy influido por los sectores feministas que tomaron la iniciativa y la organización de muchos de estos centros. Cuando se planteó el desarrollo de estos servicios, el objetivo no era solo ayudar a las mujeres, sino construir espacios y organizaciones que mantuvieran los valores de participación e igualdad en todas las personas. Muchas casas de acogida adoptaron una estructura colectivista y no jerárquica. Las normas fueron minimizadas y las decisiones eran tomadas por consenso. Las residentes participaban activamente en el desarrollo de los programas que se llevaban a cabo. Dado que se potenciaba la auto-ayuda, antiguas residentes eran animadas a volver como trabajadoras para dar soporte y servir como modelos de mujer que habían conseguido tener el control sobre sus vidas (2007, 71-72).

La violencia contra las mujeres en sus diferentes formas y manifestaciones ha sido siempre un asunto central en la agenda feminista. Dadas las repercusiones de la violencia en todos los ámbitos de la vida de las mujeres y también en la salud, y teniendo en cuenta que no existían en España recursos públicos para las mujeres que vivían situaciones de violencia, en los locales feministas se prestaba información, apoyo, acompañamiento y atención integral para su recuperación. El movimiento feminista también realizó numerosas acciones y vindicaciones en relación a la violencia: demandó reformas legislativas, medidas de protección para las mujeres, centros de atención y recuperación, políticas públicas dirigidas a la prevención y a la formación de profesionales. Las acciones y campañas realizadas han conseguido la creación de servicios municipales para la atención a las mujeres, casas de acogida y recuperación, modificaciones legislativas hasta lograr la Ley integral 1/2004, la formación de profesionales, la utilización por los medios de comunicación del concepto de violencia de género o violencia machista. Sin embargo, a pesar de todos estos avances, las mujeres continúan siendo maltratadas, asesinadas, violadas, agredidas y acosadas, los recursos socioeconómicos, como veremos en el capítulo 4, han disminuido significativamente en los últimos años, y las políticas públicas de igualdad prácticamente han desaparecido. Por ello, nuevamente se han producido grandes movilizaciones feministas, entre ellas la manifestación del 7 de noviembre de 2015 en Madrid, a la que acudieron miles de mujeres de todo el estado. En los últimos años, las campañas contra la aplicación del Síndrome de Alienación Parental (SAP) en los juzgados, la retirada de la custodia a

los padres condenados por maltrato y la vindicación de un pacto de estado son centrales en el movimiento feminista. Fruto de las acciones y la concienciación feminista, así como de las actividades formativas desarrolladas en el ámbito sanitario, es de destacar el hecho de que, en los últimos años, profesionales de la salud se concentren en las puertas de los centros de atención primaria y de los hospitales cuando una mujer es asesinada.

Otra de las cuestiones que ocuparon un lugar central en la agenda feminista a mediados de los años ochenta fueron las nuevas tecnologías reproductivas[92]. El debate, la polémica feminista y la resistencia a estas tecnologías surgió con fuerza y una notable presencia en los medios de comunicación en España ante el anuncio del gobierno de legislar sobre el tema y de la emisión del Informe de la Comisión Especial del Congreso en enero de 1986.

Las feministas denunciaron los intereses económicos como motor de estas tecnologías (en aquellos años, cada ciclo de tratamiento costaba 300.000 pesetas), la utilización del deseo de las mujeres para abrir la experimentación, la falta de información sobre los efectos de la hormonación en su salud y la ocultación de los malos resultados de la fertilización in vitro, ya que solo una mujer de cada diez conseguía parir una criatura viva. Denunciaban también que estas técnicas abrirían la puerta a la ingeniería genética, la manipulación de embriones y el alquiler de úteros, cuestión, esta última, que está produciendo intensas movilizaciones feministas en la actualidad, como veremos más adelante. Asimismo, las feministas aprovecharon los argumentos científicos y políticos que se habían esgrimido frente al derecho al aborto, haciendo visible que en este caso no importaba la desaparición de numerosos embriones. También mostraron la cantidad de dinero público que se preveía dedicar al desarrollo de estas técnicas, cuando todavía los anticonceptivos no eran accesibles para la mayoría de las mujeres, no se investigaba la píldora RU, alternativa a los abortos quirúrgicos, se carecía de guarderías y otros servicios sociales para mejorar la vida de las mujeres, poniendo de manifiesto los intereses económicos y de investigación que se escondían detrás de estas técnicas (Asociación de Mujeres para la Salud 1987b; Taboada 1986).

La resistencia a estas técnicas reproductivas era tal que en 1984 se creó la Red Feminista Internacional de Resistencia a las Nuevas Tecnologías Reproductivas y a la Ingeniería Genética (FINRRAGE), que celebró en Bonn

[92] En 1978 había nacido la que se llamó la primera «niña probeta» en el mundo, concebida en una probeta y transferida posteriormente al útero materno. En 1986 nació en España la primera niña por fecundación in vitro en un hospital público, el Hospital de La Paz de Madrid, la primera había nacido en el Instituto Dexeus de Barcelona en 1984.

la primera conferencia feminista sobre este asunto en 1985, a la que asistieron 2000 mujeres. En octubre de 1986 tuvo lugar en Palma de Mallorca la I Conferencia Feminista Europea sobre Tecnologías Reproductivas e Ingeniería Genética. La Asociación de Mujeres para la Salud de Madrid publicó un monográfico sobre el tema, recogiendo artículos, comunicados de organizaciones feministas y notas de prensa en su *Cuaderno para la Salud de las Mujeres* nº 2 (Asociación de Mujeres para la Salud 1987b). Leonor Taboada publicó en 1986 *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro* (1986).

La Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida en España entró en vigor en 1988. En ella se prohibía el alquiler de úteros, declarando nulos los contratos de gestación, fueran o no gratuitos. Se autorizaba la investigación y experimentación en preembriones desde la fecundación hasta el día 14, su congelación y su intervención con fines diagnósticos y terapéuticos.

Este tema volverá a situarse en la agenda feminista en España en 2015, ante la presión de algunos colectivos y organizaciones para que se legisle y legalice la llamada maternidad subrogada, que es, en definitiva, convertir a las mujeres en vientres de alquiler. Esta cuestión ha generado una potente movilización feminista internacional y la campaña «las mujeres no somos vasijas»[93].

La recuperación del protagonismo de la mujeres en los partos ha sido otro de los aspectos sobre el que el movimiento de salud de las mujeres ha trabajado durante todos estos años, con el objetivo de conseguir el buen trato y el respeto a los procesos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, la disminución de intervenciones médicas innecesarias, como la episiotomía y las cesáreas, la realización del trabajo de parto en posiciones que lo favorezcan y en la compañía de la pareja y/o de otras personas queridas. Se crearon centros alternativos al sistema sanitario, donde las mujeres podían parir de esta forma. Todas estas acciones han fructificado en la aprobación e implantación de la Estrategia del Parto Normal en el sistema nacional de salud. Una de las últimas acciones reivindicativas ha sido la entrega colectiva de su plan de parto de más de mil mujeres en la Comunidad de Castilla-La Mancha en 2017, pidiendo la implantación efectiva de dicha estrategia.

Otra de las cuestiones abordadas por el movimiento feminista en esta etapa fue la salud mental y el malestar de las mujeres. El cartel de la Asamblea Feminista de Bizkaia en la década de los ochenta lo simbolizaba con esta frase: «Las mujeres tenemos razones para estar de los nervios. Subversión es

93 Disponible en: http://nosotrasdecidimos.org/nosomosvasijas/. (Consulta: 22/02/2017).

salud»[94]. La Asociación de Mujeres para la Salud de Madrid llevó una pancarta en la manifestación del 8 de marzo de 1989 con el lema «feminismo es salud». Las organizaciones de mujeres crearon espacios y organizaron talleres en los que se ofrecían claves para entender la depresión y otras problemáticas de salud como una consecuencia de los mandatos de género, el desempeño de los roles de cuidados y las estructuras patriarcales. La Asociación de Mujeres para la Salud inauguró en 1990 en Madrid el Espacio de Salud Entre Nosotras, subvencionado por el Ministerio de Asuntos Sociales con cargo al 0,5% del IRPF, con programas dirigidos a mujeres en procesos de separación, en situaciones de maltrato, con depresión como consecuencia de diferentes experiencias y crisis vitales o que habían sufrido abusos sexuales e incesto, programa en el que fue pionero en España (Nogueiras et al. 1994). Un año antes, en 1989, la Asociación de Mujeres para la Salud organizó un Encuentro Feminista Europeo de Salud (Asociación de Mujeres para la Salud 1989), en el que participaron, entre otras, mujeres de centros feministas de salud de diversos países europeos.

Los colectivos feministas de salud elaboraron revistas, folletos divulgativos, carteles y textos para la reflexión y el debate que dan cuenta de esta etapa[95]. Muchos no fueron editados, pero se conservan en los centros de documentación feministas, como la Biblioteca de Mujeres de Madrid[96] y han sido digitalizados por el Centro de Documentación Digital creado en el País Vasco[97]. Entre ellos, destacamos el folleto elaborado por la Asociación de

[94] Disponible en: http://cdd.emakumeak.org/recursos/1684. (Consulta: 28/02/2017). Al igual que ocurre con numerosos documentos y carteles de esa etapa, no consta el año de publicación.

[95] En la nota editorial del nº 1 de la colección *Cuadernos Inacabados*, se afirma que «la elaboración teórica a base de trabajos puntuales de pequeña extensión, elaborados como respuesta a necesidades inmediatas es una características común a todo el movimiento de mujeres» (Ehrenreich y English 1981, 1), motivo por el que se crea, con ese nombre, la colección *Cuadernos Inacabados,* con el objetivo de recoger y divulgar esos textos.

[96] La Biblioteca de Mujeres es una biblioteca especializada, creada en 1985 en la sede del movimiento feminista de Madrid por la bibliotecaria feminista Marisa Mediavilla, con la finalidad de reunir, organizar, conservar y difundir el mayor número de documentos de y sobre las mujeres, y también para conservar aquellos documentos que otras bibliotecas no consideraron ni consideran necesario guardar, como los generados por el movimiento feminista y grupos de mujeres. Marisa Mediavilla ha recibido premios y reconocimientos a su trabajo, pero la Biblioteca de Mujeres, debido al elevado número de volúmenes, ha tenido que trasladarse en varias ocasiones de lugar y actualmente sus fondos están depositados en el Museo del Traje, después de un convenio con el Instituto de la Mujer. El movimiento feminista se ha movilizado para que la Biblioteca de Mujeres tenga un espacio propio. Disponible en: http://www.mujerpalabra.net/bibliotecademujeres/pages/catalogos_bibliografias/escr_esp.htm. (Consulta: 17/07/2013).

[97] Disponible en: http://www.emakumeak.org/es/cdoc/. (Consulta: 20/02/2017).

Mujeres para la Salud, «Las mujeres hablamos de la sanidad» (1987b, 85-86), en el que se denunciaba la situación de las mujeres en relación a la sexualidad, la anticoncepción, el aborto, la maternidad, la asistencia ginecológica, las tareas de cuidado asignadas a las mujeres, y se exigían políticas públicas y medidas para dar respuesta a las necesidades de las mujeres en la sanidad pública y en los servicios sociales.

Los grupos feministas de salud participaban en redes feministas nacionales e internacionales, como la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Sexuales y Reproductivos[98], creada en 1984 con sede en Amsterdam y la Red Latinoamericana ISIS Internacional[99] con sede en Chile, que publicaba y distribuía la revista *Mujer y Salud*. Existía una relación muy estrecha con las feministas latinoamericanas y sus trabajos y aportaciones en salud se han incorporado al conocimiento feminista en España. Asimismo, desde el año 1976 se vienen realizando Encuentros Mundiales de Mujeres y Salud para el avance en el análisis y las propuestas feministas en salud, a los que asisten mujeres de los colectivos de salud de España. El último y undécimo se celebró en Bruselas en 2011 (RIFS 2012).

Entre 1975 y 1985, por tanto, el activismo feminista en España fue realmente potente y consiguió no solamente el reconocimiento de derechos para las mujeres, sino el desarrollo de una conciencia feminista en muchísimas españolas y la creación de numerosos espacios a los que podían acudir para recibir apoyo y asesoramiento, adquirir conocimientos y empoderamiento, así como una atención de calidad en sus procesos de cambio. En esta etapa, las feministas realizaron numerosas acciones arriesgadas y, al igual que ocurrió en el periodo sufragista, también la lucha por los derechos sexuales y reproductivos durante el feminismo radical supuso para las mujeres feministas ser denunciadas, enjuiciadas y encarceladas. Ana de Miguel resume así este proceso colectivo:

> El feminismo de los sesenta retomó con firmeza la crítica a la doble moral sexual que habían desarrollado las sufragistas y socialistas del siglo diecinueve. Otra de sus posiciones más emblemáticas fue la de desvincular la sexualidad de la reproducción. Este tema se centró en el desarrollo de una ginecología no patriarcal, en el fuerte impulso a los centros de planificación familiar y en la lucha a favor del aborto. Otro tema importante fue la denun-

98 Disponible en: http://wgnrr.org/. (Consulta: 28/02/2017).

99 Disponible en: http://www.isis.cl/. (Consulta: 28/02/2017).

> cia de una sexualidad hecha por y para varones. Libros, estudios y reportajes denunciaron la decepción de muchas mujeres con las relaciones heterosexuales dominantes. Dijeron en voz alta que, a menudo, no disfrutaban con las relaciones sexuales al uso, que no tenían orgasmos y que no se veían reflejadas en las imágenes sexuales que veían en las películas, mucho menos en la pornografía. El Informe Hite sobre la sexualidad femenina sería una de las consecuencias más conocidas de esta vertiente de la revolución sexual. Las mujeres pusieron en un primer plano de sus conciencias el derecho a sentir placer y experimentar orgasmos. Otra característica, de muy diferente índole, pero muy importante para las mujeres fue la de terminar con la conspiración de silencio y poner en primer plano el tema de la relación entre sexualidad y violencia: abusos, acosos, violaciones. Una última característica de aquella insumisión a la sexualidad dominante, tal vez la más revolucionaria, fue la de plantear abiertamente el tema de la atracción sexual entre mujeres. El feminismo cuestionó la invisibilidad y la estigmatización de las lesbianas y numerosas lesbianas formaron parte del núcleo teórico y la militancia feminista (2015, 21-22).

En la siguiente tabla se resumen algunos de los acontecimientos relevantes en el ámbito de la salud en esos años:

Tabla 4. Cronología de los hitos del movimiento feminista en salud (1975-1985)

AÑO	ACCIONES FEMINISTAS Y ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD
1975	Primeras Jornadas Feministas en Madrid. El aborto es una vindicación central.
1976	Jornadas Catalanas de la Dona en las que Leonor Taboada presenta el *self-help*. Campaña estatal exigiendo la amnistía para las mujeres condenadas y presas por «delitos específicos», entre los que se encuentra el aborto.
1977	Se abre el primer centro de planificación familiar en Madrid, Federico Rubio. Nace el Colectivo Lamar y el Colectivo Terra. Comienza el Grupo Acuario en Valencia.
1978	Creación de la Coordinadora Estatal de Centros de Planificación Familiar. Se crea el Colectivo Pelvis en Palma de Mallorca, el Colectivo Lambroa y DAIA. Se inaugura el Centro de Planificación Familiar Pablo Iglesias en Madrid. Se abren los Centros de Planificación Familiar en los barrios de Aluche y Vallecas en Madrid, gestionados por las Asociaciones de Mujeres del barrio. Se abren 15 centros piloto de Planificación Familiar creados por la Administración Pública. Se despenalizan los métodos anticonceptivos.

AÑO	ACCIONES FEMINISTAS Y ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD
1979	Se celebran las Jornadas Feministas Estatales en Granada. Se realizan intensas campañas contra el procesamiento de las «11 de Bilbao» acusadas de práctica de abortos y a las que el fiscal pedía más de 100 años de cárcel, reivindicando el aborto libre y gratuito. Se recogen firmas bajo la afirmación «yo también he abortado». Numerosas mujeres del ámbito político, artístico, periodístico y profesionales de reconocido prestigio apoyaron esta campaña con sus firmas. Se abre el centro de planificación en Palma de Mallorca, creado por el Colectivo Pelvis. Primeras elecciones municipales en España en las que el movimiento feminista exige anticoncepción y aborto libre y gratuito, así como la creación de centros de información sexual.
1980	El Partido Feminista organiza las Primeras Jornadas de Sexualidad Femenina. Se abre el Centro de Planificación Familiar Los Naranjos en Sevilla en enero y en octubre detienen a sus profesionales.
1981	Se celebran en Madrid las Jornadas Estatales por el Derecho al aborto.
1982	I Congreso de Planificación Familiar en Gijón.
1983	I Jornadas sobre sexualidad en Madrid. Se despenaliza la contracepción irreversible, modificando el artículo 428 del Código Penal. El 25 de junio de 1983 mediante la Ley Orgánica 8/1983, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal, se despenalizó la esterilización voluntaria. Comienza a reunirse el Colectivo Mujeres para la Salud en Valencia.
1984	El Instituto de la Mujer, creado en 1983, organiza las Primeras Jornadas Mujer y Salud en Madrid (1987), en las que el aborto es uno de los temas centrales. El Instituto de la Mujer inicia la publicación de las Guías de Salud, cuyo tercer número lleva por título *La interrupción voluntaria del embarazo*. Se crea la Asociación de Mujeres para la Salud en Mallorca y en Madrid.
1985	Jornadas 10 años de lucha del movimiento feminista en Barcelona. III Jornadas sobre sexualidad en Valencia. Se despenaliza el aborto en tres supuestos. Cierran el Centro de Planificación Familiar en Palma de Mallorca.

Fuente: elaboración propia a partir de las tablas elaboradas por Alba Martínez Rebolledo (2013, 74-75; 85-86).

A partir de los años noventa, los aspectos relacionados con la salud de las mujeres dejaron de ser cuestiones centrales en el movimiento feminista y el desarrollo de teorías en torno a las distintas problemáticas de salud de las mujeres se producirá en espacios muy especializados, donde las académicas,

investigadoras y profesionales del ámbito de la salud, sobre todo de la medicina y psicología/psiquiatría, tienen todo el protagonismo. Como señaló Mari Luz Esteban:

> Los contenidos referidos a la salud y el género han perdido la centralidad que tenían anteriormente dentro del feminismo, ocupando un lugar bastante secundario y periférico. Todo ello a pesar de que en las convocatorias del Programa Sectorial I+D de Género, los estudios relativos a la salud siguen ocupando los primeros puestos en cuanto a número de proyectos presentados (2003a, 247).

Las temáticas y las reivindicaciones de la agenda política feminista en salud se trasladan a la agenda profesional, técnica, académica y de investigación. En una etapa en la que muchas mujeres se incorporaron a la universidad, a las profesiones sanitarias, a puestos de responsabilidad política, en la que se crearon servicios de atención a las mujeres en los ayuntamientos, serán también las académicas, investigadoras, profesionales, técnicas y políticas las que asumirán las propuestas y reivindicaciones feministas y trabajarán intensamente para su incorporación en las políticas públicas, en la administración sanitaria y el sistema público de salud, en el ámbito académico y científico. Se produce un intenso activismo feminista profesional. Como señaló Sara Velasco, «existe una masa crítica de mujeres especialistas en los temas tratados, ubicadas en lugares estratégicos para el estudio, investigación e intervención, con altura académica y de responsabilidad en sus áreas, masa crítica que se ha ido alcanzando en los últimos 20 años» (2009a, 109).

También en el movimiento feminista la salud pasará a ser abordada en organizaciones feministas especializadas en la salud. Como subrayó la activista catalana Monserrat Cervera, el movimiento de las mujeres por la salud recobró fuerza a partir de finales de los años noventa, volviendo a organizarse en colectivos feministas en los que las profesionales del ámbito sanitario adquirieron un gran protagonismo:

> El movimiento de las mujeres por la salud comienza a recuperarse como movimiento político y plantea una diversidad de propuestas creando redes de profesionales por un lado y redes de grupos de mujeres por otro, con una voluntad de interrelación, tanto en encuentros y jornadas como a través de Internet» (2008, 17).

Algunos colectivos feministas centrados en la salud, creados en la década de los ochenta, han permanecido hasta la actualidad, como la Asociación de Mujeres para la Salud, con grupos en Madrid y Valencia. Nacen nuevas organizaciones, entre otras, la Xarxa de Dones per la Salut y la Red de Médicas y Profesionales de la Salud, creadas en Barcelona en 1997; la Asociación de Mujeres Antimutilación, creada en Barcelona en 1998; Creación Positiva, especializado en SIDA y VIH, también en Barcelona en 2000; en 2005 renace el colectivo ADIBS de Palma de Mallorca, en el que participan mujeres del antiguo Colectivo Pelvis, entre ellas Leonor Taboada. También el grupo Las Federicas, que comenzó como un grupo de mujeres de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, un colectivo de profesionales sanitarias que toma ese nombre al reunirse en el Centro de Salud Federica Montseny de Madrid y como homenaje y reconocimiento a la primera ministra de Sanidad en España. Se crea un grupo en España de Católicas por el derecho a decidir, muy activo en el derecho al aborto. La Asociación El Parto es Nuestro comienza su actividad en 2003, creando el Observatorio de Violencia Obstétrica el 25 de noviembre de 2014.

El movimiento de salud fue incorporando nuevos temas en la agenda feminista, como el SIDA y VIH, el cáncer de pecho, la salud de las mujeres mayores, la violencia obstétrica. Las nuevas formas de medicalización de la salud de las mujeres serán objeto de campañas y acciones feministas, como la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH), la terapia hormonal sustitutiva para la menopausia o la viagra femenina[100].

El impacto en la vida y la salud de las mujeres de los cuidados que prestan a personas mayores, enfermas, dependientes, a las criaturas y, como destacó Soledad Murillo, también a las personas independientes, ha sido un tema que ha ido adquiriendo un gran protagonismo en la agenda política feminista a comienzos de este siglo (Marugán 2014; Murillo 2000a; 2000b; 2001a). Campañas como la «Insumisión al servicio familiar obligatorio» (Esteban 2000, 90) han ido tomando diversas formas hasta llegar en la actualidad a la convocatoria de un paro mundial de mujeres el 8 de marzo. Lucía Mazarrasa resumió las propuestas feministas en relación a los cuidados: compartirlos equitativamente, desresponsabilizar a las mujeres, conseguir la implicación de los hombres, crear servicios colectivos y comunidades de apoyo y cuidado entre mujeres (2001). Se resalta la necesidad de equilibrar en la vida de las

[100] Estos aspectos serán tratados ampliamente en el apartado siguiente, dedicado a la Red de Profesionales de La Salud.

mujeres el cuidar, cuidarse y ser cuidada (Revista *MYS* 2011a), aspectos que formarán parte del trabajo feminista en la promoción y atención a la salud. Como consecuencia de estas campañas y del trabajo realizado desde la Secretaría de Estado de Igualdad por Soledad Murillo, entró en vigor la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que actualmente está siendo desactivada debido al recorte de los presupuestos en las políticas de igualdad.

Algunos temas que estuvieron presentes en la agenda feminista en los años ochenta vuelven a situarse en el centro de las acciones y movilizaciones feministas en la segunda década del siglo XXI con una fuerte movilización en la calle y, además, a través de las redes sociales virtuales. Es el caso del derecho al aborto y la regularización de los vientres de alquiler. Rosa Cobo y Belén Nogueiras recogen las acciones y movilizaciones que el movimiento feminista emprende a partir de 2012 ante el anuncio del Ministro de Justicia del Partido Popular de la modificación de la Ley 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, acciones que se intensifican ante la aprobación por el Consejo de Ministros el 20 de diciembre de 2013 del anteproyecto de la Ley de Protección de la Vida del concebido y derechos de la mujer embarazada (Cobo y Nogueiras 2014).

Entre estas acciones es de resaltar la convocatoria al personal sanitario realizada por las organizaciones feministas para su implicación en estas movilizaciones. Así, convocadas por la Plataforma Decidir Nos Hace Libres, feministas y profesionales de la salud se concentraron ante la embajada francesa en Madrid para pedir protección jurídica y asilo sanitario ante la nueva ley de aborto, denunciando que esta ley obligaría a las mujeres, de nuevo, a salir del país para abortar o a la realización de abortos clandestinos poniendo en riesgo su salud. Asimismo, feministas que forman parte de sociedades profesionales y científicas han buscado el apoyo e implicación de sus organizaciones. Diversos grupos profesionales del ámbito de la salud realizaron comunicados declarándose contra el anteproyecto de ley. La activista feminista, Begoña San José, lo expuso de este modo:

> Los profesionales sanitarios, inmersos en la importantísima marea blanca contra la privatización de la sanidad, no están, como en 1983, alineados con los antiabortistas para legitimar con falsos cientifismos el control patriarcal de las mujeres, ni para eludir –abusando de la objeción de conciencia– la realización de abortos en la sanidad pública. La Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Sociedad Española de Epidemiología, la

> Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Médicos del Mundo, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Asociación de Economía de la Salud, el 70% de los ginecólogos de Baleares, etc., se han pronunciado contra el anteproyecto de Gallardón y a favor de la despenalización de la decisión de la mujer, por considerarla, desde razones sanitarias, más eficaz contra el aborto tardío y clandestino (2014, 32).

Las repercusiones de las políticas neoliberales en la salud y los recortes en el sistema sanitario público también adquieren un carácter central en la agenda feminista en esta segunda década del siglo XXI. El ultraliberalismo y sus intereses económicos en alianza con el patriarcado se analizan como un factor clave en la comercialización del cuerpo y la salud de las mujeres. Las feministas participan en la movilización contra la privatización de la sanidad pública, visibilizando su especial impacto sobre la vida y la salud de las mujeres (Revista *MYS* 2012), poniendo de manifiesto que el movimiento por la salud y los derechos de las mujeres sigue siendo necesario ante amenazas tan globalizadas e intereses tan entretejidos con las estancias de poder dentro del sistema sanitario (Uría y Mosquera 2013, 321).

Ochenta y cuatro asociaciones de mujeres firmaron un manifiesto contra el recorte de las políticas de igualdad y del estado del bienestar en los Presupuestos Generales del Estado de 2012, manifiesto que enviaron al gobierno y los grupos parlamentarios (Forum de Política Feminista 2012, 67-70). El Forum de Política Feminista, en su XXII Taller, advierte que asistimos a un verdadero rearme patriarcal:

> Estamos asistiendo a una ofensiva patriarcal muy preocupante, las medidas que viernes tras viernes y de forma gradual el gobierno actual de Partido Popular decreta contra derechos conseguidos y que afectan a los sectores más vulnerables de la sociedad, pone en peligro los avances logrados a lo largo de estos años. El recorte presupuestario y político de la igualdad entre mujeres y hombres está siendo simultáneo al del estado de bienestar, una apuesta por la recesión y el incremento de la desigualdad de género y social. En abril de 2012, dos días después de bajar un 17% el presupuesto del estado –20% el programa de igualdad y 21% el de violencia de género–, equivalente a 18.500 millones de euros (Infante 2012, 5).

Se está produciendo un potente resurgimiento del activismo feminista como respuesta a las políticas conservadoras y al neoliberalismo, que tam-

bién está sucediendo en relación a la salud, como ponen de manifiesto las últimas acciones feministas y la creación de nuevos colectivos organizados en torno a determinadas problemáticas de salud. Entre ellos, nacen en 2012, en Barcelona, oncogrrrl y marimachoscancerosas[101], colectivos compuestos por lesbianas con cáncer de pecho que, motivadas por los discursos sanitarios fuertemente heterosexistas, se organizan para encontrar respuestas alternativas a los tratamientos y realizan actividades en la búsqueda de otra manera de vivir esta experiencia.

También mujeres afectadas por endometriosis se han constituido en asociaciones y el 23 de marzo de 2017 la Asociación de Afectadas por Endometriosis de la Comunidad de Madrid (ENDOMadrid) y ADAEZ (Asociación de Endometriosis de Zaragoza) han llevado sus reclamaciones al congreso de los diputados, celebrándose una Jornada Interparlamentaria sobre este asunto. Denuncian que las mujeres con endometriosis se ven expulsadas del Sistema Nacional de Salud, pues apenas existen consultas especializadas en endometriosis y los medicamentos que se recetan no están cubiertos por el SNS. El Gobierno ni siquiera ha difundido la Guía de Atención a Pacientes con endometriosis, que se empezó a elaborar en 2010 y finalmente se editó en 2013. Reclaman la formación del personal sanitario, el diagnóstico precoz y un estudio epidemiológico a nivel nacional, ya que se estima que dos millones de mujeres están afectadas por endometriosis[102].

Entre los nuevos colectivos, se encuentra también Gynepunk*,* nacido de un grupo creado en Barcelona en 2013, que realizaba talleres dirigidos a descolonizar el cuerpo femenino y a explorar medicinas basadas en plantas (Taboada 2016). Trabajan en un proyecto de investigación autónoma sobre la historia de la ginecología, con propuestas activas y radicales. Se autodefinen como un colectivo de *biohackers* radicales y *transhackfeministas* que ha decidido interceder por mujeres marginadas y por ellas mismas para reclamar servicios ginecológicos, desarrollar instrumentos caseros con los que poder llevar a cabo diagnósticos y dispensar asistencia de primera necesidad. En su página web puede leerse: «La institución médica ostenta siniestras prohibitivas tecnologías de diagnóstico, metodologías de diagnosis patriarcales, conservadoras y ocultistas en lectura y tratamientos. En el caso de la ginecología llega a niveles inquisitorios, paternalistas y actitudes fascistas»[103].

[101] Disponible en: http://marimachoscancerosas.blogspot.com.es. (Consulta: 10/02/2017).

[102] Disponible en: https://endomadrid.org/. (Consulta: 29/03/2017).

[103] Disponible en: http://hackteria.org/wiki/Make_a_diy-biolab. (Consulta: 29/03/2017).

Gynepunk ha montado un laboratorio para realizar pruebas rutinarias para la detección de infecciones por cándida, cáncer de útero, ETS y embarazos. Entre sus herramientas han creado centrifugadoras fabricadas con motores de disco duro, microscopios hechos con piezas de webcams, incubadoras caseras y espéculos elaborados con impresoras 3D. También han recopilado gran cantidad de información sobre tratamientos a base de plantas para infecciones del tracto urinario y recursos para practicar autoabortos con menos riesgos para las mujeres. Su objetivo es conseguir que estos utensilios estén a disposición de cualquier mujer que tenga conexión a Internet y acceso a piezas de uso frecuente, de forma que puedan tener más control sobre su salud reproductiva. Lo expresan de este modo:

> Que broten laboratorios DIY-DIT de diagnosis accesible y extrema experimentación de debajo de las piedras o en ascensores si hace falta. Tiene que ser posible en un espacio fijo y/o en el nomadismo de laboratorios móviles. Tiene que poder actuar tantas veces como queramos, hacer a destajo, antojo e intensidad: cultivos, análisis de fluidos, biopsias, PAPs, sintetizar hormonas, exámenes de sangre, de orina, HIV test, alivios a cualquier dolor que no soportemos, o lo que sea que necesitemos. Construir y hackear nuestros propios *cacharrukos* de ultrasonido, endoscopia o ecografías de manera *low-cost*. Todo en estricta complementación de conocimientos naturales y sobre hierbas, tradiciones orales, pócimas sumergidas. Para generar con ansia superávit de lubricantes DIY, anticoncepción, dominios de doulas, cuidado salvaje de todas las técnicas manuales de manipulación visceral, como extracción menstrual. Todo elevado en potencia máxima hacia el conocimiento compartido y el empoderamiento radical de nuestro cuerpo [104].

Como afirma la médica e historiadora de la ciencia Terra Zypory, cuyas declaraciones sobre este movimiento recoge Leonor Tabaoada en la revista *MYS* (Taboada 2016, 27), el énfasis de estas mujeres como agentes de su propia salud parece una extensión de los esfuerzos feministas de los años setenta, mujeres reclamando su cuerpo y cuestionando la autoridad de los expertos. Es como un *Ourbodies Ourselves* puesto al día para un mundo globalizado y digitalizado. El movimiento de hace 40 años promovía la autoconciencia y el empoderamiento, animando a las mujeres a conseguir un espejo y un

[104] Disponible en: http: //hackteria.org/wiki/Make_a_diy-biolab. (Consulta: 29/03/2017).

espéculo para familiarizarse con su anatomía. Hoy los espéculos te los mandan a casa. Ya sea que hayan venido a completar el círculo de las antiguas maneras de autocuidarse o si están creando una nueva fusión de feminismo y tecnología, el movimiento de las Gynepunks tiene el potencial de remover la visión tradicional de la salud de las mujeres.

En 2014 se funda en Granada la Asociación de Mujeres de Psicología Feminista. Entre sus objetivos se encuentran promover los conocimientos y prácticas profesionales feministas y empoderar a las profesionales de la psicología desde la Perspectiva de Género[105]. Desde su fundación han organizado una jornada anual, así como talleres y seminarios de formación.

Entre las últimas acciones feministas relacionadas con la salud, activistas feministas irrumpieron en el Encuentro Europeo de Farmacia celebrado en Madrid en 2016, al grito de «Vuestra codicia nos pone enfermas»[106]. En su comunicado recogen los discursos feministas frente a la medicalización de las mujeres y, además, integran las conceptualizaciones sobre la salud desarrolladas desde el inicio del movimiento de salud de las mujeres, por lo que considero de interés su reproducción íntegra:

> Gritamos que su codicia nos enferma porque usan, abusan, precarizan, empobrecen y debilitan nuestra salud y nuestros cuerpos con la única finalidad de aumentar sus beneficios económicos y el control sobre nuestras vidas.
>
> La industria farmacéutica se lucra a nuestra costa: impone una visión medicalizada de nuestras vidas, inventa enfermedades y las convierte en patologías para controlar nuestros cuerpos y nuestros estares, explota los saberes tradicionales, los recursos naturales y contamina nuestros ecosistemas. Pastillas, píldoras y tratamientos de todo tipo para la depresión, el postparto, la menopausia, la menstruación, la ausencia de menstruación, los nervios, el insomnio, el deseo sexual, modelar los cuerpos, los malestares y los dolores difusos… Todo ello desde una visión que compartimenta nuestros cuerpos y nuestras vidas, que no tiene un interés real de fomentar la salud y el cuidado de la vida, que invisibiliza las violencias cotidianas que vivimos, que no concibe nuestros deseos y placeres, que no fomenta el conocimiento acerca de nuestros propios cuerpos y procesos (…).

[105] Disponible en: http://psicologiafeminista.wixsite.com/ampf. (Consulta: 15/06/2017).

[106] Acción recogida en el periódico diagonal. Disponible en: https://www.diagonalperiodico.net/libertades/29643-luchamos8m-feminismo-radical-para-defender-la-vida.html. (Consulta: 21/02/2017).

> Medicamentos, dinero, poder y control social de las mujeres son sinónimos en la industria farmacéutica:
> Porque la generación de medicamentos no persigue el fomento de la salud.
> Porque la patologización de los cuerpos de las mujeres nos adormece, tapa e invisibiliza nuestras realidades, y nos usurpa el control de nuestras vidas.
> Porque el circuito médico-sanitario occidental nunca nos facilita alternativas a los tratamientos farmacológicos, nos infantiliza y niega nuestra capacidad de elección al no dar a conocer todos los efectos y consecuencias derivadas de la toma continuada de medicamentos.
> Recalcamos que la alianza neoliberal y patriarcal entre el mundo de la medicina y la industria farmacéutica va en contra de nuestra salud, como demuestran las innumerables acusaciones y demandas interpuestas por mujeres, y las millonarias multas que muchas grandes marcas vienen pagando desde hace décadas, además de la aceptación generalizada de los sobornos que las empresas farmacéuticas pagan a los médicos y las médicas para que estos promocionen sus productos.
> Denunciamos la alianza, cooperación y apoyo incondicional por parte de los poderes gubernamentales para la promoción de la medicalización de la salud y el cuerpo de las mujeres, así como para la imposición de la expansión de la industria farmacéutica.
> Manifestamos que es inaceptable la benevolencia por parte de gobiernos y estados hacia una industria que persigue su propio enriquecimiento por medio de prácticas de experimentación en nuestros cuerpos, con claros componentes sexistas, clasistas, edadistas y racistas.
> Frente a tanta píldora y tanto medicamento, nosotras defendemos el buen vivir. Buen comer, buen dormir, buenos horarios laborales y una buena dosis de conocimiento de nuestros cuerpos, de lucha política y de subversión. Y mucho amor y auto-amor, del bueno[107].

La agenda feminista en relación a la salud puede estudiarse también en las actas de las Jornadas Feministas Estatales y Autonómicas, organizadas por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español, creada en 1977, en las que múltiples aspectos relacionados con la salud aparecen como una constante a lo largo de estos años. Justa Montero valora así la importancia de las Jornadas Feministas:

[107] Disponible en: https://aportodasmadrid.wordpress.com/2016/03/08/vuestra-codicia-nos-pone-enfermas/. (Consulta: 25/04/2017).

> Los sucesivos encuentros, abiertos a la participación de todas las mujeres, se convierten en auténticos laboratorios de política y pensamiento feminista: espacios inestimables de reconocimiento, debate e intercambio de experiencias y propuestas, que terminarán instalándose en el funcionamiento del movimiento (2009, 279).

En la siguiente tabla se relacionan los lugares y años de celebración de las Jornadas Feministas Estatales y Autonómicas:

Tabla 5. Jornadas feministas estatales y autonómicas: lugar y año de celebración

JORNADAS FEMINISTAS ESTATALES	JORNADAS FEMINISTAS AUTONÓMICAS
I Jornadas por la Liberación de la Mujer, Madrid, 1975	
	I Jornadas Catalanas de la Dona, Barcelona, 1976
	I Jornadas del País Valenciá y I Jornadas de Euskadi, 1977
II Jornadas Estatales, Granada, 1979	
Jornadas estatales sobre el derecho al aborto, Madrid, 1981	
	II Jornadas catalanas de la Dona, 1982
Primeras Jornadas sobre sexualidad, Madrid, 1983	
10 años de lucha del movimiento feminista, Barcelona, 1985	II Jornadas de Euskadi, diez años de feminismo, 1985
Jornadas feministas contra la violencia machista, Santiago de Compostela, 1988	
Juntas y a por todas, Madrid, 1993	
	20 años de feminismo en Cataluña, 1996
Feminismo. Es… y será, Córdoba, 2000	
	Sabemos hacer i hacemos saber, 2006, Barcelona
	Treinta años de feminismo al país Valenciá, 2007
	IV Jornadas Feministas de Euskadi, 2008
Granada, treinta años después, 2009	

Fuente: elaboración propia.

En las Jornadas feministas se refleja la agenda política del movimiento feminista y los temas de preocupación, estudio, debate y objeto de acciones feministas en cada etapa. En el área de la salud se observa la progresiva incorporación de nuevas temáticas desde las primeras jornadas, en las que los aspectos sexuales y reproductivos eran centrales y casi monográficos, hasta las últimas en 2009, en las que se plantean nexos entre el movimiento por la salud de las mujeres y las demandas del transfeminismo.

Las primeras Jornadas feministas se celebraron en Madrid en diciembre de 1975, unos días después de la muerte de Franco, por lo que se realizaron en la semiclandestinidad. Participaron alrededor de 500 mujeres de toda España. Los ejes que se abordaron fueron mujer y sociedad, mujer y trabajo, mujer y educación, mujer y familia, mujer y barrios, mujer rural. La sexualidad, la anticoncepción y el aborto no estaban contemplados en el programa y después de que muchas mujeres exigiesen su inclusión, se incorporaron en el eje mujer y familia, lo que generó protestas de buena parte de las asistentes (Larumbe 2004, 60). En estas primeras jornadas, los fines, prioridades y estrategias del movimiento feminista fueron aspectos centrales. Unos meses después, en mayo de 1976, se celebraron las I Jornadas Catalanas de les Dones, a las que asistieron más de cuatro mil mujeres. En estas jornadas Leonor Taboada introdujo el autoexamen y los talleres de autoconocimiento:

> Fue en estas Jornadas donde Leonor Taboada leyó un comunicado de diez minutos titulado 'Breves apuntes sobre Mujer y Salud pública', lo que supuso la introducción de la teoría y del movimiento *self-help* en un evento público en el Estado español por primera vez. En dicho comunicado se habló entre otras cosas de la palpación de mamas y se propuso la práctica de una palpación pública, lo que supuso una gran conmoción y revuelo (Martínez Rebolledo 2013, 56).

En estas jornadas se sitúa el inicio del movimiento de mujeres por la salud en España, constituyéndose, a partir de ese momento, numerosos grupos que asumieron el autoconocimiento como práctica política[108].

[108] Entre los colectivos que se formaron de 1976 a 1978, se encuentran LAMBROA (Euskadi), LAMAR (Barcelona), TERRA (Valencia), Colectivo Pelvis (Baleares), Mujeres Autónomas de Barcelona (Barcelona), el colectivo DAIA, Dones per l'autoconoxeiment i l'anticoncepció (Barcelona), La Comuna (Sevilla), Colectivo Hanna Muck (Barcelona), la Asamblea de Mujeres de Valencia, que también realizaba grupos de autoconocimiento, la comisión Salud y Mujer de la Asamblea de Mujeres de Bizkaia, el Feminario de Alicante, Dona y Salut en Barcelona. Posteriormente, en 1983, nace La Asociación de Mujeres para la Salud de ámbito estatal, con grupos en Palma de Mallorca, Valencia, Barcelona, Bilbao y Madrid, que reunió a activistas y profesionales de muy diversas disciplinas sanitarias.

En 1979 tuvieron lugar las II Jornadas estatales en Granada[109], en las que el aborto y los centros de planificación fueron temas centrales. Se cuestionó la denominación «familiar» a los centros de planificación y se debatió la política feminista en estos centros, incidiendo en que debían contribuir a la conciencia antipatriarcal de las mujeres y no ser solamente de carácter asistencial. Asimismo se plantearon reflexiones sobre cómo vivir la maternidad sin atenerse a los mandatos tradicionales y se visibilizaron las distintas formas de violencia que se ejercen en la atención sanitaria en los partos. El sindicato CCOO expuso la realidad de los llamados abortos blancos, producidos como consecuencia de las malas condiciones laborales, el uso de tóxicos y sustancias químicas en numerosas industrias en las que trabajaban las mujeres.

En 1981 se celebraron en Madrid las siguientes Jornadas estatales, dedicadas al derecho al aborto[110], enmarcándolo en la defensa de la autonomía y libertad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y su vida y en una crítica a la sexualidad dominante, heterosexual y con penetración. Se exigió una ley que garantizase el aborto libre, sin que las mujeres tuviesen que alegar ningún motivo más que su voluntad, una voluntad que no estuviese mediada por padres o maridos, expresada en la emblemática frase «nosotras parimos, nosotras decidimos». Y también se exigió que los abortos fuesen gratuitos, es decir, que se realizasen en la red sanitaria pública, como cualquier otra intervención sanitaria. Por último, se planteó como reivindicación que en la sanidad pública se prohibiese la objeción de conciencia (Montero 2009, 294). Asimismo se propuso que el movimiento feminista abriese centros para hacer abortos. En estas Jornadas también se trató la cuestión del envenenamiento por el aceite de colza, que acababa de producirse en España, ya que las mujeres eran el 70% de la población afectada, pidiendo para ellas el derecho al aborto, el acceso a anticonceptivos y atención sanitaria, aunque no tuviesen cartilla sanitaria.

En las Jornadas «10 años de lucha del movimiento feminista», celebradas en Barcelona en 1985[111], se abordó la sexualidad, la maternidad, la locura como consecuencia del sufrimiento derivado de la opresión de la familia y la sociedad patriarcal, realizando una crítica al poder psiquiátrico y psicológico.

[109] Las ponencias y comunicaciones están redactadas a mano o a máquina y numeradas de modo independiente. Disponible en http://cdd.emakumeak.org/tags/1412. (Consulta: 24/03/2017).

[110] Disponible en: http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0722/Encunetros_feministas_estatales_dercho_aborto_1981.pdf. (Consulta: 29/03/2017).

[111] Disponible en: http://cdd.emakumeak.org/recursos/2385. (Consulta: 29/03/2017).

Durante las jornadas se realizaron dos abortos a mujeres que no cumplían los requisitos de la despenalización parcial. Las cuatro mil mujeres participantes en las Jornadas se autoinculparon en la realización de los mismos.

Las siguientes Jornadas feministas, celebradas en Santiago de Compostela en 1988[112], se dedicaron de forma monográfica a la violencia machista, abordando las agresiones en la calle, la escuela, en la intimidad, el acoso sexual en el trabajo y la publicidad, la negación y el secreto impuesto a las lesbianas, las nuevas tecnologías reproductivas como nuevas formas de agresión contra las mujeres. Los diferentes colectivos propusieron en sus textos medidas para abordar las múltiples formas de violencia.

En las Jornadas «Juntas y a por todas», celebradas en Madrid los días 4, 5 y 6 de diciembre de 1993, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español 1994), participaron más de tres mil mujeres. Se trataron diversos aspectos relacionados con la salud: la salud mental, las mujeres y la depresión, feminismo y psicoanálisis, autoestima en mujeres jóvenes, sexualidad, las mujeres y el SIDA, los cuidados y la campaña «Insumisión al servicio familiar obligatorio».

En el año 2000 las jornadas se celebraron en Córdoba y en ellas se presentaron numerosas ponencias que abordaron diferentes aspectos relacionados con la salud (Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena 2001). Entre ellas, «la salud de las mujeres desde una perspectiva feminista: retos y contradicciones» (CAPS 2001), ponencia presentada por el Programa Mujer, Salud y Calidad de vida del CAPS de Barcelona, promotor de la creación de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud, que había comenzado a funcionar en julio de 1999. En su texto afirman que la salud y el cuerpo de las mujeres han sido dos ámbitos en los que se ha centrado especialmente la sociedad patriarcal para controlar y dominar a las mujeres, hecho que se manifiesta de diversas formas: mediante la invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres, desvalorizando los síntomas expresados por ellas, interpretándolos como problemas psicosomáticos o psíquicos, dando lugar a una utilización desmesurada de psicofármacos; mediante la reducción de las mujeres a un mero instrumento reproductivo y de la medicalización de etapas de la vida como la menopausia. Señalan que «en todos los casos se manifiesta, de forma sutil o descarada, un tratamiento médico atravesado por las relaciones de gé-

[112] En la publicación de las ponencias de las Jornadas, *Xornadas feministas contra a violencia machista,* no aparece autoría, año de publicación ni edición.

nero que conducen a una desvalorización de la salud femenina y a una pérdida de autonomía y libertad de las mujeres» (CAPS 2001, 49).

El Colectivo Dona y Salut de Barcelona presentó la creación de una red de grupos de mujeres por la salud en Cataluña, iniciada en 1999, con el objetivo de intervenir en las políticas de salud, exigir calidad y equidad en la atención sanitaria e intercambiar experiencias y conocimiento. Organizan actividades conjuntas, como actos en torno al 28 de mayo, día internacional de acción por la salud de las mujeres (Dona y Salut de Barcelona 2001). Otra de las ponencias fue presentada por un grupo de diez mujeres, que expusieron la experiencia desarrollada en el Espacio para los Derechos de las Mujeres en Barcelona, creado para prestar orientación jurídica, social y personal, en respuesta a la demanda de muchas mujeres que se acercaban a Ca la Dona en busca de apoyo e información. Subrayan la importancia de la relación entre profesionales y mujeres y entre las mujeres que participan en el proyecto. Manifiestan que las mujeres que acuden a este espacio:

> Esperan del asesoramiento feminista 'un algo más', que nosotras traducimos como: primero, una relación que la reconozca como mujer igual, no como sujeto pasivo de una relación profesional; segundo, una relación en la que el elemento prioritario es el deseo de la mujer y no el interés profesional de la abogada (Argudo et al. 2001, 331).

La Asociació Dones Inmigrants expuso las consecuencias en la salud del proceso migratorio, derivadas de la desvalorización social y de las dificultades para el acceso a los recursos y a su desarrollo psicosocial:

> El sentimiento de inferioridad, desamparo social, económico, autoestima devaluada, desarraigo, frustración, etc., contribuyen a la aparición de síntomas de conflicto emocional. Además, el hecho de ocupar trabajos poco cualificados, mal remunerados y poco valorados socialmente, que no dependen de su experiencia y formación profesional, pueden llegar a afectar la autoestima y dignidad de las mujeres. Por ello, es necesario tomar conciencia de la importancia del apoyo psicosocial, información y recursos a las mujeres inmigrantes para fomentar su autoestima positiva y participación activa en la sociedad (2001, 70).

Cómo vivir el envejecimiento fue otra de las cuestiones planteadas por el grupo Les Grans/Las mayores. Este colectivo, que funciona desde 1993 en

Ca la Dona de Barcelona, se constituyó con el objetivo de poner en común sus experiencias de envejecimiento y sus contradicciones como feministas, ya que todas son activistas en diversos grupos feministas. Abordan una amplia temática: la sexualidad, la menopausia, el trabajo, la muerte, la amistad, las pérdidas, los miedos, el desgaste físico y psíquico. El grupo desplegó en la manifestación del 8 de marzo de 2000 una pancarta con el lema «Dones grans = grans dones»/mujeres mayores = grandes mujeres» (Ca la Dona 2001).

Católicas por el derecho a decidir defendió el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo y el acceso a métodos de anticonceptivos seguros y eficaces (Alfonso 2001), así como la necesidad de plantear nuevas estrategias frente a la actual situación en relación al aborto.

Se abordaron también las consecuencias de cuidar a personas mayores y dependientes, el deterioro de la salud, tanto física (dorsalgias, lumbalgias, cansancio, insomnio) como emocional (depresión, ansiedad, malestar, insatisfacción, desesperanza) y social (dejar de frecuentar amistades por carecer de tiempo, reducir la jornada laboral o abandonar el mercado de trabajo, aislamiento social) (Delicado 2001). La fibromialgia, la anorexia y bulimia, el sexo seguro en relación al VIH en mujeres, la vivencia de la sexualidad trans fueron otras de las cuestiones tratadas en las jornadas. Begoña Marugán expuso una investigación en la que analizó los discursos del movimiento feminista sobre la violencia, proponiendo una mirada autoreflexiva (2001).

En las Jornadas celebradas en Granada los días 5, 6 y 7 de diciembre de 2009, «Granada, treinta años después» (Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas 2010), se trató la situación del aborto, la sexualidad, la violencia, la medicalización de la vida y la salud de las mujeres (López Carrillo 2010), las nuevas vidas de las mujeres mayores del siglo XXI (Freixas et al. 2010), ponencia en la que se subrayó que el trabajo realizado por el movimiento de salud de las mujeres repercutirá positivamente en las mujeres mayores del siglo XXI:

> La salud de las mujeres mayores del siglo XXI se beneficiará de las reflexiones derivadas de las redes de mujeres para la salud que desde finales de los años noventa del siglo pasado han llevado a cabo interesantes estudios sobre la morbilidad diferencial de mujeres y hombres y han cuestionado los tratamientos, los diagnósticos y las prácticas médicas en relación a la salud de las mujeres (Freixas et al. 2010, 456).

Dos ponencias plantearon que en el campo de la salud se pueden establecer nexos e interrelaciones entre el feminismo y las movilizaciones trans.

Sandra Fernández Garrido, de la Red Internacional por la Despatologización Trans, en su texto «Apuntes para una agenda política transfeminista en salud» (2010) lo expresaba así:

> Nos encontramos sobre la mesa con una cuestión central dispuesta a marcar los años venideros: las luchas que, desde un paradigma asentado sobre el reconocimiento de la diversidad, persiguen el avance de los derechos sanitarios. Quizás sea el momento de recalificar esta lucha como feminista y hacerlo no solo como un cambio nominal sino de formas y contenidos (…). Situar el panorama sanitario y el contexto de la movilización trans en torno a tres ejes: el derecho al cuerpo, la desmedicalización de la atención y la despatologización de las identidades trans (…), perfilar las bases para un modelo de atención inclusivo (…), hasta qué punto es posible una reconfiguración interna de la agenda feminista que considere como propia la salud trans (2010, 464).

En otra de las ponencias, Astrid Suess expuso el cambio de paradigma que se plantea desde el movimiento trans, en el marco de la campaña Alto a la Patologización Trans STOP 2012, promovido por la Red Internacional por la Despatologización Trans. Esta red reivindicó la retirada del «trastorno de identidad de género» de los manuales diagnósticos internacionales, proponiendo, frente al modelo biomédico patologizante, el discurso de los derechos humanos. Señala Suess:

> Frente a un entendimiento de la despatologización como una temática específicamente trans, se señalará la existencia de líneas de interrelación con temáticas que, a lo largo de las últimas décadas, han tenido un alto grado de relevancia para el activismo y la teorización feminista, entre ellas el cuestionamiento de los efectos normativizantes del sistema actual de género, el análisis y la denuncia de procesos de psiquiatrización, patologización y medicalización de la experiencia corporal, así como la crítica de una restricción del derecho de decisión y autonomía sobre los propios procesos de salud. En este sentido, los movimientos feministas actuales, desde su bagaje teórico y experiencia activista, pueden tener un rol relevante en la lucha por la despatologización de las expresiones e identidades de género trans (2010, 461-462).

En las Jornadas Feministas Catalanas el tema de la salud tiene mucha presencia en las ponencias y debates. En las jornadas realizadas en mayo de

1996, «20 anys de Feminisme a Cataluña» (Associació de Dones per a la Celebració dels 20 Anys de les Primeres Jornades Catalanes de la Dona 1998), el cuerpo y la salud es un tema central, que se aborda en cada uno de los tres ejes que estructuran las jornadas: cómo vivimos, cómo pensamos, cómo actuamos. En las ponencias se expuso la situación de los centros de planificación familiar en Cataluña, se trató el derecho al aborto, la experiencia de asistencia a los partos en casa, las mujeres como usuarias de la sanidad, las mujeres con SIDA, los trastornos psicoemocionales y el estrés, que se convierten en enfermedades, la asistencia psiquiátrica y de salud mental, los grupos terapéuticos, la intervención psicosocial con mujeres maltratadas. En las conclusiones de las jornadas se destaca que el aborto no es ni libre ni gratuito, ya que el 97% de los abortos se realizan en la sanidad privada y las mujeres no deciden libremente. Asimismo se manifiesta que la incorporación de los centros de planificación familiar a la sanidad pública ha supuesto cambios negativos, ya que han perdido sus objetivos, por lo que es necesario recuperar de nuevo el concepto asistencial feminista. Se propone reiniciar un trabajo de discusión entre profesionales y usuarias para que las mujeres vuelvan a ser el eje central y agentes de su salud. Asimismo, se destaca que es la primera vez que el SIDA se aborda en unas jornadas feministas. Se subraya que es necesario encontrar nuevas formas de enfocar la prevención, la investigación, los tratamientos y la atención en este tema, que modo que no respondan a una visión masculina.

En las Jornadas catalanas que se celebraron diez años después, en 2006, *Sabemos hacer i hacemos saber* (Xarxa Feminista de Catalunya 2007), la Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya tuvo un gran protagonismo, ya que decidió realizar sus actos en torno al 28 de mayo, Día Internacional de la Salud de las Mujeres, en el marco de estas Jornadas feministas. Entre las ponencias y talleres, se abordaron los derechos sexuales y reproductivos, la medicalización de la salud de las mujeres, la violencia, la atención sanitaria como espacio de encuentro, la fibromialgia.

En las Jornadas feministas 30 años de feminismo al País Valenciá (1977-2007) se trató la violencia, los sesgos de género en medicina, el abuso tecnológico de los cuerpos de las mujeres para extraer óvulos, la mujer como protagonista de su salud, la situación de la IVE en España, el VIH/SIDA, la reproducción asistida (Assemblea Jornades Feministas PV 2007, 2010).

Se puede concluir, por tanto, que la salud ha estado siempre presente en la agenda feminista y continúa siendo uno de los temas objeto de reflexión, debate, propuestas y movilización feminista. Además, las organizaciones fe-

ministas han tenido y continúan teniendo un papel activo y de gran relevancia en la promoción y mejora de la salud de las mujeres a través de la realización de charlas, actividades y talleres grupales y la creación de espacios para la atención y recuperación de la salud[113].

Por último, es importante mencionar que el movimiento feminista y el movimiento por la salud de las mujeres recurrieron a una gran diversidad de expresiones artísticas con el objetivo de hacerse visibles y tener voz en la esfera pública. Utilizaron acciones performativas como forma de expresión y visibilización de su pensamiento y sus reivindicaciones y la creatividad artística se convirtió en instrumento de lucha y transformación social. El cuerpo siempre ha sido uno de los territorios centrales para la articulación de los enunciados feministas y en las performances feministas el cuerpo se constituyó como la principal herramienta activista. Las feministas pintaron y escribieron sobre sus propios cuerpos, los exhibieron desnudos, los fotografiaron y utilizaron como herramienta política. En el feminismo, mostrar el cuerpo se considera una forma de desafío a las normas patriarcales, y también de empoderamiento frente a ellas. En el feminismo el cuerpo está cargado de sentido social, se ha convertido en una metáfora de la agenda política. El hecho de exponerlo, expresar en él y mediante él en el espacio público, tiene en sí mismo un poder cuestionador y subversivo, ya que el orden patriarcal ha asignado el cuerpo de las mujeres al ámbito personal, íntimo y privado, y estas acciones lo transforman en público y político, retando al sistema (Nogueiras 2013). Un cuerpo que había sido delimitado para el mundo privado, pautado en sus expresiones, movimientos y posibilidades por la cultura patriarcal, es presentado rompiendo con los moldes de la cultura dominante para las mujeres, mostrando partes que han estado altamente sexualizadas, que habían de ir ocultas y que solo podían ser mostradas en la intimidad y para los varones, exhibiendo, además, cuerpos no normativos y fuera de los cánones de belleza. De ahí su carácter central para el activismo feminista y su poder subversivo y transgresor. El cuerpo feminista se constituye como lugar para la representación y expresión, como materia creativa, en clave biográfica y política, con una dimensión social que manifiesta los debates y tensiones existentes. Un ejemplo emblemático es el colectivo activista

[113] Entre otras, Associació de Dones de les Illes Balears per la Salud (ADIBS), disponible en: http://adibs-feminista.org/. (Consulta: 04/08/2013); Xarxa de Dones per la Salut, disponible en: http://www.xarxadedonesperlasalut.org/. (Consulta: 04/08/2013); Asociación de Mujeres para la Salud disponible en: http://www.mujeresparalasalud.org/. (Consulta: 04/08/2013).

FEMEN, constituido en España en mayo de 2013[114], que irrumpió en la sesión de control en el congreso de los diputados en octubre de 2013 durante la intervención del ministro Alberto Ruiz Gallardón, al grito de «el aborto es sagrado», con esa frase pintada en sus cuerpos[115].

En el movimiento por la salud de las mujeres las acciones performativas han sido una herramienta para cuestionar el sistema biomédico tradicional, androcéntrico y sexista y reescribir la política sanitaria sobre el cuerpo. Se ha escenificado la recuperación del control de las mujeres sobre sus propios cuerpos bajo la forma de autoexamen de la vagina realizado públicamente y talleres sobre el uso del espéculo, lo que Sandra Morgen denominó «teatro de guerrilla ginecológico» (Fernández Morales 2008, 160). Estas performances enfrentaban a las personas espectadoras a un ejercicio de relectura y deconstrucción de los significados tradicionales asociados al cuerpo de las mujeres, a enfrentarse a lo oculto, lo negado, lo prohibido, lo que transgrede e interroga. También el cuerpo ha sido tratado como lugar de dolor y enfermedad en performances en torno al cáncer, expresando la rebelión de las mujeres ante el lugar asignado al cuerpo y la enfermedad desde el sistema médico, negándose a ser tratadas como un campo de batalla y denunciando las exigencias de pasividad, sumisión y dependencia de los sistemas sanitarios (Fernández Morales 2008). Las artistas feministas también utilizaron el cuerpo a modo de lienzo, con representaciones sobre la experiencia del aborto, la violencia y la prostitución, la crítica y denuncia de la medicalización, de las múltiples operaciones y mutilaciones que se realizan a las mujeres (Bernárdez Rodal 2011; López-Fernández Cao 2011).

Durante décadas, el cuerpo político del feminismo ha sido un cuerpo reproductivo y sexual, como subrayó Mari Luz Esteban. En 2010, en las Jornadas Feministas Estatales, propuso hacer otra ola de enculturación del cuerpo desde el feminismo, planteando la necesidad de encontrar nuevas encarnaciones de lo político, expresiones corporales de las reivindicaciones sociales actuales: «En estos momentos estamos un poco huérfanas de corporalidades colectivas específicas. Necesitamos encontrar formas de expresar la precariedad laboral, la crisis de los cuidados, tantas formas de subordinación además de la sexual y materna» (Esteban 2010, 395). En este sentido, en la última década, los cuerpos feministas han expresado la violencia que se ejerce contra

[114] Disponible en: https://www.facebook.com/profile.php?id=181466285344537&ref=ts&fref=ts. (Consulta: 30/05/2014).

[115] Disponible en: http://adibs-feminista.org/2013/10/09/activistas-de-femen-interrumpen-la-sesion-de-control-en-el-congreso-aborto-es-sagrado-video-fotos/. (Consulta: 30/05/2014).

las mujeres. Las perfomances siguen siendo herramientas poderosas para el activismo feminista y, en la actualidad, son potentes expresiones de la violencia que se ejerce contra las mujeres. Numerosas acciones feministas contra la violencia en las plazas y calles de muchas ciudades han utilizado las performances. El Colectivo Feminismos15M ha denunciado la violencia de esta forma. Desde los inicios del movimiento 15M y durante la ocupación de la Puerta del Sol de Madrid, denunciaron la violencia contra las mujeres y la que el colectivo estaba sufriendo por parte de hombres del mismo movimiento. Tumbadas en el suelo, tapadas con sábanas, aparecían como muertas, víctimas de la violencia machista en cualquiera de sus formas. Porque no solamente es violencia el asesinato, señalaban, también lo es el insulto, la intimidación, la doble jornada y peor si hablamos de doble presencia, la diferencia salarial, los estereotipos y los prejuicios, la discriminación por tu orientación sexual, la explotación laboral por ser migrante o no migrante, etc. (Galdón 2012, 62).

3.1.1. La agenda feminista en la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. La revista *MYS*

La Red de Médicas y Profesionales de la Salud es una organización de ámbito estatal, en la que participan activistas, académicas y profesionales relacionadas o interesadas en la salud de las mujeres desde sus distintas disciplinas (médicas, enfermeras, matronas, terapeutas corporales, psicólogas, psiquiatras, trabajadoras sociales, sociólogas, educadoras, antropólogas, biólogas, farmacéuticas, periodistas…). En 2016 cuenta con 386 socias, pertenecientes a todas las comunidades autónomas, de las que más de un tercio son médicas y dos quintas partes psicólogas y enfermeras. Esta Red nació en 1999, impulsada por Carmen Valls-Llobet, directora del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona (CAPS), centro desde el que se coordina la Red. Sus objetivos, según recoge su página web[116] son:

- El intercambio de información, desde las diferentes disciplinas, relacionada con la salud de las mujeres, ya sea sobre nuevas investiga-

[116] http://www.caps.cat/redcaps.html.

ciones, eventos de interés, acciones políticas o comerciales que las afecten, etc.
- Reflexionar juntas sobre los sesgos de género en salud en la investigación, asistencia y formación: intercambiar experiencias, proponer estrategias para reducirlos. Analizar también nuestro propio sesgo inconsciente a la hora de pensar la salud o de tratar a las/os pacientes.
- Analizar y denunciar la discriminación de género que sufrimos en nuestras profesiones y la forma de enfrentarnos a ella.
- Denunciar la medicalización creciente de la vida y la salud de las mujeres, llevada a cabo tanto por la industria farmacéutica como por el propio sistema sanitario.

La Red se comunica y relaciona cotidianamente a través del correo electrónico, mediante el que se establece una ágil comunicación, enviando y solicitando información, artículos y opiniones y planteando dilemas y controversias. La coordinación la realiza Margarita López Carrillo. La red cuenta con una publicación periódica, la revista *MYS* (*Mujeres y Salud*)[117], dirigida por Leonor Taboada. Se edita en papel y en formato electrónico. La revista *MYS* es un medio de divulgación de información científica en un lenguaje comprensible, una información libre de sesgos de género y libre de presiones interesadas de la industria farmacéutica. Se dirige no solo a las profesionales, sino a todas las mujeres. En el Consejo Editorial y el Comité Asesor de la revista participan reconocidas teóricas y profesionales feministas, así como profesoras de distintas universidades, entre las que se encuentran Mari Luz Esteban, Ana Freixas, Asunción González de Chávez, Emilce Dio Bleichmar, Teresa Ortiz, Verena Stolcke, Carmen Sáez Buenaventura, Fina Sanz, Carmen Valls. Victoria Sau formó parte del Consejo hasta su fallecimiento en 2013. Entre otras reconocidas investigadoras, profesionales o con responsabilidades políticas que publican en la revista y forman parte de esta red se encuentran Sara Velasco, Ana Távora, Silvia Tubert, Soledad Murillo, Dolores Juliano, Consuelo Barea, Consuelo Catalá, Consuelo Miqueo, María Fuentes, Regina Bayo, Charo Altable, Mariam Uría, Lucía Artazoz.

[117] http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmatriz.net%2F&ei=5TDyUZ_zBIamO8WQgJAJ&usg=AFQjCNEsKZRHRgwH09YfGSvDV_J8AIuDSQ&bvm=bv.49784469,d.ZWU&cad=rja. (Consulta: 17/05/2016).

Desde 1999, la Red de Profesionales de la salud organiza un seminario de autoformación anual de un día de duración[118]. Suele distribuirse en dos mesas temáticas, en las que mujeres de la Red presentan comunicaciones, planteando reflexiones e interrogantes para ser debatidos posteriormente. La Red también realiza anualmente un curso intensivo de formación, de doce horas de duración, sobre manejo clínico en atención primaria en temas específicos. Hasta el momento, se han tratado el ciclo menstrual; la morbilidad de las mujeres por encima de los 50; dolor y enfermedades emergentes en las mujeres en relación con sus condiciones de vida y trabajo; patología tiroidea en mujeres[119].

La Red también divulga, en la revista o a través de correos electrónicos, publicaciones e información científica actualizada desde un paradigma feminista, las experiencias de mujeres y profesionales en la atención sanitaria, así como información sobre asociaciones y actos, encuentros y convocatorias. Asimismo, la Red ha organizado acciones de denuncia y campañas de sensibilización, como las realizadas contra la terapia hormonal sustitutiva (THS) dirigida a paliar los síntomas de la menopausia y la vacuna del virus del papiloma humano (VHP), dirigida a las adolescentes para prevenir algunos tipos de cáncer. Por tanto, estas acciones pueden ser leídas como parte de la agenda feminista profesional y de investigación en el ámbito de la salud.

En la tabla siguiente se exponen los temas abordados en cada número de la revista y en los seminarios anuales de autoformación:

Tabla 6. Revista *MYS* y Seminarios de Autoformación. Años y temáticas

AÑO	REVISTA *MYS* NÚMERO Y TÍTULO	SEMINARIOS DE AUTOFORMACIÓN
1996	Nº 0: Nace una revista, se afianza un congreso	
1997	Nº 1: Dossier: Mujeres y Hombres, haciendo visibles las diferencias	
1998	Nº 2: Dossier: Salud laboral para todas en el 2000	
1999	Nº 3: Hermosamente maduras. Vivir más, vivir mejor Nº 4: Mujeres en la adolescencia. Identidad, subjetividad y presión social	I Seminario: – Sesgos de género en investigación y asistencia primaria – Morbilidad prevalente en las mujeres de los 20 a los 50 años – Morbilidad prevalente en mujeres mayores de 50 años – Prioridades en investigación y protocolos de asistencia

[118] http://www.caps.cat/redcaps/seminaris.html.

[119] Disponible en: http://www.caps.cat/redcaps/cursos.html. (Consulta: 25/05/2016).

AÑO	REVISTA *MYS* NÚMERO Y TÍTULO	SEMINARIOS DE AUTOFORMACIÓN
2000	Nº 5: Autoconocimiento: La mejor ayuda para la vida Nº 6: Violencia de género	II Seminario: – Sesgo de género en la investigación y atención sanitaria biopsicosocial de las mujeres mayores de 50 años – El circuito del dolor – Atención sanitaria – Cáncer – Violencia
2001	Nº 7: Matar moscas a cañonazos. Dossier sobre plaguicidas y sus riesgos Nº 8: Otro mundo es posible	III Seminario: – La salud de las mujeres jóvenes Morbilidad, prevención y presión social – Salud reproductiva y sexualidad – Salud laboral – Salud Mental – Morbilidad por entorno social – Formación, Educación, Investigación
2002	Nº 9: Por un puñado de óvulos. Dossier: Revolución en la reproducción Nº 10: Dossier: Fibromialgia, el dolor y malestar de las mujeres	IV Seminario: – Protocolos de detección precoz de violencia contra las mujeres en atención primaria – El dolor de las mujeres
2003	Nº 11-12: La maternidad era esto? Dossier: A vueltas con la maternidad	V Seminario: – Atención hospitalaria al parto – Rutinas que hacen daño – Género y carreras sanitarias
2004	Nº 13-14: Dossier: la salud de las mujeres en tiempo de guerra	VI Seminario: – Salud mental. Alteraciones psíquicas y somatizaciones en las mujeres – La salud de las mujeres en atención primaria. Morbilidad diferencial y perspectiva de género
2005	Nº 15: Medicalización. Dossier: Ser mujer no es una enfermedad Nº 16: Dossier: Cómo tratar bien el malestar de las mujeres	VII Seminario: – Revisión ginecológica a debate – Perspectiva de género, significados e implicaciones
2006	Nº 17: La mala salud laboral de las mujeres Nº 18: Monográfico: Cáncer de mama Nº 19: Monográfico: Para hablar de sexualidad no necesitamos expertas Nº 20: 20 números mejorando la salud de las mujeres	VIII Seminario: – Reflexiones sobre salud y enfermedad – El género y la salud en la profesión médica
2007	Nº 21: Ellas no tienen regla, pero las mujeres sí Nº 22: Dossier: Vacuna Papiloma: ¿protección de las niñas… o de la industria?	IX Seminario: – La colonización del cuerpo de las mujeres: las nuevas ofensivas – Sufrimiento emocional y salud mental de las mujeres

AÑO	REVISTA *MYS* NÚMERO Y TÍTULO	SEMINARIOS DE AUTOFORMACIÓN
2008	Nº 23: Qué viva el corazón!! Nº 24: Dossier: Tu Cuerpo: Personal e Intransferible	X Seminario: – Temas pendientes – Desafíos: VIH – Atención sanitaria a mujeres migrantes. Salud Laboral – Formas de acción y participación
2009	Nº 25: Dossier: Anticoncepción, tú decides Nº 26: Dossier: Rebeldes con causa. La inquietud de las médicas	XI Seminario: – El trabajo en enfermería – Morbilidad diferencial en mujeres mayores de 50 años
22010	Nº 27-28: Dossier: ¿Para quién el beneficio? Nº 29: Monográfico: Salud mental, el trasfondo del malestar	XII Seminario: – Químicos y tóxicos
2011	Nº 30: La crisis de los cuidados Nº 31: La tiranía de la belleza	XIII Seminario: – Otra sanidad pública es posible – La salud de las niñas y niños
2012	Nº 32: Los riesgos del malambiente	XIV Seminario: – Mujeres, trabajos y crisis – Los efectos de los recortes en la salud de las mujeres – Sexualidad, salud y feminismo
2013	Nº 33: Salvemos la sanidad pública	XV Seminario: – Cómo combatimos la medicalización – La escucha y atención del malestar como estrategia desmedicalizadora – Algunas intervenciones médicas cuestionables: mamografías, yodo en el embarazo, diagnósticos de problemas digestivos – Atención a las personas trans
2014	Nº 34-35: Dossier: Viaje al fondo de ti misma Nº 36: Monográfico. Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización	XVI Seminario: – Maternidad
2015	Nº 37: Movimiento de mujeres. La receta que no falla Nº 38: Dossier: Hacia el fin de las violencias machistas	XVI Seminario: – Las médicas de familia se rebelan – Las profesionales de la Red investigan

Fuente: elaboración propia.

Tanto a través de la revista *MYS* como de las comunicaciones presentadas en los seminarios pueden conocerse las temáticas que son relevantes para la red, los interrogantes y preocupaciones de las profesionales en la atención que se presta a las mujeres y sus propuestas para mejorarla, los debates y controversias que generan los diversos posicionamientos y los diferentes marcos

epistemológicos feministas, el proceso de crecimiento y transformación del discurso feminista en salud.

Entre las temáticas que se abordan en la Red son centrales:

- La salud en sus múltiples dimensiones: reproductiva, sexual, mental, social, laboral, ambiental.
- Las problemáticas de salud de las mujeres, entre las que se abordan el dolor, el cáncer, la violencia, el VIH, la morbilidad prevalente en diferentes etapas de la vida.
- La construcción de nuevas formas de entender y atender la salud desde paradigmas feministas; la creación de protocolos, la incorporación de terapias alternativas que no medicalicen los procesos y los cuerpos de las mujeres.
- El desvelamiento de los intereses patriarcales, en alianza con los intereses económicos de la institución médica y de la industria farmacéutica, la denuncia de la medicalización de las mujeres a lo largo del ciclo vital.
- La visibilización de los sesgos de género, los estereotipos y construcciones patriarcales, derivados del paradigma biomédico y androcéntrico, en la conceptualización de la salud, el malestar y la enfermedad, en la investigación y atención, y el análisis de sus consecuencias para la salud de las mujeres.

Leonor Taboada, directora de la revista *MYS*, resumió en el número 40 de la revista los temas abordados por la Red:

> La visibilización de las diferencias, la medicalización y sus consecuencias, las artimañas y corruptelas de la industria farmacéutica, la salud laboral, la salud reproductiva, el medioambiente, las guerras, las causas y tratamientos del dolor, el sexo, la maternidad, el aborto, la violencia de género, la reproducción asistida, el autoconocimiento, la rebelión de las médicas, la salud mental, la adolescencia, la madurez, la muerte, las medicinas alternativas, la alimentación, los argumentos de peso contra la vacuna del papiloma (…). Nada escapa a la lucidez de nuestras colaboradoras estatales e internacionales, firmas potentes, investigadoras y pensadoras que nos han ayudado a concienciarnos y rebelarnos contra todo discurso y práctica lesivos para la salud integral de las mujeres de cualquier edad y condición (2016a, 3).

También la médica de atención primaria y activista feminista Julia Ojuel sintetizó lo que ha significado el trabajo de la Red:

> En estos veinte años (en realidad, 21) se ha ido consolidando una masa crítica de investigadoras y de profesionales de la salud que han ido más allá, cuestionando no solo los paradigmas médicos de las enfermedades, sino la estructura patriarcal de la investigación y la visión androcéntrica de la Ciencia, y ofreciendo nuevos marcos teóricos y propuestas para una práctica clínica mejor y más justa (2012a, 6).

Tanto en la revista *MYS* como en los Seminarios de Autoformación anuales, la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres se abordan teniendo en cuenta la interrelación entre aspectos biológicos, psicológicos, sociales, políticos, ambientales y económicos, así como las condiciones de vida impuestas por el patriarcado en las diferentes etapas del ciclo vital, el impacto en la salud de situaciones vitales derivadas de diversos contextos sociales, como son los procesos migratorios o las guerras. Así, se trata la salud de las mujeres iraquíes, palestinas, las mujeres desplazadas y refugiadas, las mujeres víctimas de la violencia organizada y las secuelas de la tortura.

En relación a las diferentes etapas del ciclo vital, se abordan teniendo en cuenta los factores biopsicosociales y su relación con el sistema sexo/género. Así, en la adolescencia, periodo al que se dedica el dossier de la revista nº 4 (Revista *MYS* 1999b) y el III Seminario de Formación en 2001, se analiza el constructo de feminidad patriarcal y su relevancia en la presión social sobre las adolescentes para atenerse a los mandatos de género tradicionales, así como sus consecuencias en la salud, entre ellas la anorexia y la bulimia. Se visibiliza la creciente erotización y sexualización de las niñas y adolescentes (Cánovas 2008) y la medicalización en la infancia y adolescencia (González Uriarte 2012). En cuanto a la salud en la edad media de la vida, con especial hincapié en la etapa de la menopausia, se aborda la morbilidad prevalente en este periodo en el I, II y XI Seminario de Formación y se dedica un número monográfico a las mujeres mayores (Revista *MYS* 1999a). Ana Freixas plantea la necesidad de hacer una gerontología feminista, que define de este modo:

> La gerontología feminista tiene como objetivo desvelar el carácter socialmente construido de los significados y valores que rodean la vida de las mujeres mayores, analizar las normas culturales que limitan su vida durante la vejez, examinar detenidamente los antecedentes y las condiciones de

> la desigualdad en función de la diferencia sexual e informar sobre sus consecuencias tanto en el desarrollo de las personas como en la construcción del conocimiento (2006, 16).

La salud laboral es otra de las áreas de interés, a la que se ha dedicado un dossier en la revista nº 2 (Revista *MYS* 1998) y se trata en el x Seminario de Formación. El concepto de salud laboral fue redefinido por el feminismo, ensanchando su conceptualización para incluir también los factores psicosociales y el trabajo doméstico (Artazcoz 1998, 1). Hasta hace tres décadas, los estudios sobre la influencia del trabajo en la salud solamente se dirigían a la población masculina, posteriormente fueron incluidas las mujeres, pero dando por supuesto que los riesgos laborales afectaban de la misma forma a hombres y mujeres, o teniendo en cuenta únicamente los riesgos laborales en su salud reproductiva.

La Red se ha implicado activamente en las demandas realizadas por trabajadoras intoxicadas tras la fumigación del laboratorio de microbiología del Hospital del Valle Hebrón donde trabajaban, recogiendo sus testimonios, elaborando informes que apoyaban sus vindicaciones y desarticulaban los discursos sanitarios que las calificaron como neuróticas e histéricas (López y Cervera 1998). Asimismo, ha analizado las alteraciones músculo-esqueléticas en las camareras de piso, los riesgos químicos a las que están expuestas y las consecuencias de la ingesta de analgésicos para soportar las largas jornadas de trabajo de pie o el dolor producido por posturas mantenidas durante horas, jornadas a las que además se añade el trabajo doméstico:

> Estas mujeres se tomaban dos fármacos analgésicos para poder realizar un trabajo que empezaba muy pronto por la mañana, después de dejar las tareas domésticas realizadas, y así poder aguantar toda la jornada en el trabajo de ensamblaje de relojes. Estos dos fármacos analgésicos, además, disminuían la fatiga y mejoraban la concentración; eran, pues, esenciales para mantener la armonía industrial y doméstica (Menéndez 2006, 12).

Eva Bolaños estudió el abuso de sustancias psicoactivas por las mujeres, señalando que, además, las mujeres acceden en menor medida a los recursos de atención sociosanitaria que los hombres y la mayor parte de las intervenciones para su recuperación están inspiradas en modelos de prevención y atención centrados en las necesidades de los varones (2010).

La salud mental de las mujeres es una de las temáticas centrales en la red, que se aborda en diversos monográficos de la revista (Revista *MYS* 2002b; Revista *MYS* 2005a; Revista *MYS* 2010b) y en el VI y XI Seminario. Se ha tratado teniendo muy presentes los sesgos de género que se han producido en dos direcciones: la psicologización y la biologización. Lo ejemplifican, por una parte, el análisis de factores biológicos que no han sido bien investigados como una de las causas del malestar de las mujeres, realizado por la médica Carmen Valls, y por otra, la consideración de que los síndromes del malestar de las mujeres se derivan de aspectos psicosociales relacionados con el género, protagonizada por la psiquiatra Sara Velasco. Carmen Valls señala que no se han investigado las causas orgánicas de numerosos síndromes que padecen las mujeres, y se han atribuido a causas psicosomáticas, aplicando los tradicionales discursos médicos sobre las mujeres. Así, la fibromialgia, los síndromes de fatiga crónica, los trastornos de ansiedad y depresión, pueden ser explicados por trastornos de la glándula tiroidea o por anemias ferropénicas, que son consideradas por la medicina como subclínicas y, por tanto, no susceptibles de tratamiento. Por el contrario, Sara Velasco incide en los factores psicosociales y de género como los causantes de los malestares y enfermedades:

> Desde un marco teórico que incluya en el proceso de enfermar la influencia del contexto social y la subjetividad, ambos además condicionados por el género, planteamos que los síndromes y síntomas no tienen su causa en la biología, sino en la esfera simbólica, es decir, que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y cómo se enfrenta a los conflictos (2005, 13).

También en la fibromialgia se ponen de manifiesto estos dos planteamientos, el que incide en la necesidad de investigar las causas biológicas y el que señala como factores causantes las condiciones de vida. Así, Carmen Valls afirma: «Está demostrado que la enfermedad conocida como fibromialgia se cura en algunos casos espontáneamente y, en otras, no se cura porque debajo hay una enfermedad biológica no diagnosticada» (Taboada 2002, 7). Por el contrario, otras investigadoras inciden en factores relacionados con una historia de violencia y de sobrecarga física y emocional como causa de la fibromialgia (Babi 2008; González de Chávez 2002). Las reflexiones de la médica Pilar Babi ejemplifican esta controversia:

> Me parece como si, en el fondo, se tratara de decir que el dolor de las mujeres va unido a su cansancio y su tristeza. Quizás si en lugar de llamarle fibromialgia le llamásemos 'sufrimiento femenino no entendido', se haría más justicia, se colocaría en su sitio la pretensión científica y resultaría más incómodo y cuestionador (…). Las investigaciones sobre estos procesos –la fibromialgia, el *burnt-out*–, deben preguntarse no solo por los mecanismos fisiopatológicos o los modelos epidemiológicos, sino que deben buscar qué hay detrás de los nombres y de sus sombras. Si no, la investigación es un fraude. El nombre de algunas enfermedades constituye un verdadero proceso de ocultación. Cada sociedad tiene sus burkas, la nuestra también (2008)[120].

Entre las enfermedades, el cáncer de pecho, su tratamiento y prevención ocupan un papel central en la Red[121], produciéndose exacerbadas polémicas sobre la eficacia de las mamografías rutinarias o sobre la utilidad de la autoexploración mamaria como forma de detección precoz. En ese sentido, se puede destacar el artículo de Bárbara Ehrenreich, criticando las campañas del lazo rosa y denunciando que el movimiento de mujeres en torno al lazo rosa está apoyando al complejo industrial construido alrededor del cáncer de pecho (2010, 9). No se moviliza a las mujeres desde las instituciones ante temas como el aborto, señala, pero sí ante el cáncer de pecho. Ana Porroche-Escudero analiza también la violencia de la «cultura rosa», que infantiliza a las mujeres, las responsabiliza de la enfermedad, despolitizándola y trivializándola (2015, 33). Varias investigadoras de la Red resaltan la influencia de los estrógenos ambientales en el cáncer de mama, un aspecto silenciado en esas campañas, que además de responsabilizar a las mujeres de la prevención, obvian los factores estructurales en su génesis. Entre ellas Carmen Valls, que lo explica de este modo:

> Muchos productos industriales pesticidas derivados de plásticos, fármacos o hidrocarburos provenientes de los coches tienen la propiedad de imitar en las células a los estrógenos. La acción en los receptores de las células diana (mama y útero) puede ser a corto y a largo plazo. A corto plazo pro-

[120] En la comunicación presentada en el X Seminario: «La atención sanitaria a las mujeres en primera línea: cómo es y por qué». Disponible en: http://www.caps.cat/images/stories/X_Seminario_Red-caps_2008_Pilar_Babi.pdf. (Consulta: 09/05/2017).

[121] El número 18 de la revista se ha dedicado a este tema (Revista *MYS* 2006b).

> vocando aumentos de la cantidad de menstruación y acortando los ciclos. A largo plazo incrementando la presencia de mastopatía fibroquística y la incidencia de cáncer de mama (1998, 5).

Las enfermedades cardiovasculares están también en el centro de atención, ya que son una de las manifestaciones de la perspectiva androcéntrica de las ciencias de la salud, con graves consecuencias para las mujeres. A este tema se ha dedicado un monográfico de la revista (Revista *MYS* 2008a). La cardióloga Rosa María Lidón afirma que las mujeres reciben menos tratamientos y se les hacen menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, produciéndose, de este modo, desigualdades en la asignación de recursos sanitarios en función del sexo. Sin embargo, señala, «si usted pregunta a cualquier médico, y concretamente a cardiólogos, nadie reconoce que delante de una misma enfermedad se pueda tratar de forma diferente a las mujeres que a los hombres. Dicen que en su medio no ocurre» (Valls Llobet 2000, 6). Este empeño se deriva del paradigma biomédico y androcéntrico existente en la medicina, en el que las conclusiones de los ensayos clínicos y las investigaciones realizadas con varones se generalizaban a las mujeres. Partiendo del concepto de morbilidad diferencial, se han descubierto diferentes patrones en las formas de enfermar, en las maneras de manifestarse un infarto en hombres y mujeres y en los malestares derivados de trastornos del tiroides y otras enfermedades que la medicina consideraba subclínicas, pero que tienen grandes consecuencias en la salud de las mujeres. Sin duda, el hecho de que esta Red esté impulsada por Carmen Valls, creadora del concepto de morbilidad diferencial, tiene gran influencia en la visibilidad de estas diferencias.

Los análisis diferenciales de la morbimortalidad en mujeres y hombres desvelan que en el iceberg de la morbilidad la punta visible es masculina pero la masa es femenina, debido a la división sexual del trabajo, como señala Lucía Artazcoz:

> La división social de roles, que coloca a las mujeres en situación de desventaja, explicaría el peor estado de salud de las mujeres caracterizado por trastornos que no conducen a la muerte, pero las afecta a lo largo de toda la vida, mientras los estilos de vida de los hombres serían responsables de las enfermedades que padecen en estadios avanzados de la vida y les llevan a la muerte (1998, 1).

Asimismo, Artazcoz subraya que los estudios siguen apuntando que las mujeres amas de casa tienen peor salud que las que tienen empleo. Es importante tam-

bién tener en cuenta la variable clase, ya que las mujeres de clase baja muestran peor estado de salud. Además, a medida que aumenta el número de personas que conviven en el hogar disminuye la salud de las mujeres, ya que su carga de trabajo es mayor. Sin embargo, no se observó esta relación en el caso de los hombres.

Desde la Red se visibilizan los intereses médicos y farmacéuticos, no solo en la construcción de la enfermedad, sino también en su promoción, lo que sirve para generar dependencia del sistema sanitario y farmacológico y grandes beneficios económicos:

> La promoción de la enfermedad ha tenido y tiene en las mujeres un mercado que es valorado por la industria como inagotable. La medicalización de procesos naturales o fisiológicos como la menopausia ha dado lugar a que se haya llegado a medicar con THS a porcentajes altísimos de mujeres tras la menopausia, hasta la aparición de los estudios concluyentes sobre su inadecuación y graves riesgos (Uría 2007, 34).

Son numerosos los ejemplos que muestran la construcción de síndromes y enfermedades susceptibles de ser tratadas por el sistema sanitario y especialmente por la medicina[122]. Así, se crearon las disfunciones sexuales femeninas y la compañía farmacéutica Procter & Gamble promocionó los parches de testosterona para tratar el «desorden de deseo sexual hipoactivo»[123]. Como expone Marian Uría:

> En los años ochenta la naturaleza de la investigación sobre sexualidad comenzó a escorarse hacia una nueva 'medicina sexual' promovida por urólogos, tecnologías diagnósticas, revistas científicas y después la industria farmacéutica. En 1997 se llevó a cabo una reunión bajo el título de 'La función sexual en los ensayos clínicos' que fue esponsorizada por compañías farmacéuticas y fue el comienzo de la DSF. Los urólogos usaron ya en este año este término, refiriéndose a aspectos de patología genital femenina que asimilaron a la disfunción eréctil, aplicando el patrón masculino a la sexualidad femenina. Poco después de la aparición de Viagra en 1998, algunos periodistas reclamaban el Viagra femenino o 'Viagra rosa' (2007, 35).

[122] Juan Gervás y Mercedes Pérez-Fernández, en su libro *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones excesivas y cómo evitarlas,* exponen las consecuencias y el sufrimiento que conllevan los actos médicos innecesarios (2016).

[123] Este tema ha sido tratado extensamente por Marta I. Gónzalez García en su libro *La medicalización del sexo. El viagra femenino* (2015).

La construcción de la menopausia como enfermedad y su posterior tratamiento con la terapia hormonal sustitutiva es otro claro ejemplo de la medicalización y su relación con los intereses económicos. Mari Luz Esteban incide en que se está produciendo un proceso de renaturalización de las mujeres, que se aprecia con total claridad en los discursos y tratamientos de la menopausia y la maternidad. En relación a la menopausia, señala el determinismo biológico que está inmerso en los discursos sanitarios, el impacto iatrogénico de las intervenciones sanitarias que se están realizando, la medicalización y psicologización de esta fase de la vida de las mujeres. De las lecturas sanitarias del cuerpo menopáusico se puede deducir la mayor vulnerabilidad femenina, la trascendencia de su ciclicidad biológica, la inevitabilidad de lo biológico, no favoreciendo lecturas más integrales y complejas de los malestares femeninos. Todo esto enfatiza la idea de fragilidad, negatividad, de la diferencialidad uniformizadora de las mujeres, por lo que propone que se dejen de ofertar programas sanitarios específicos de menopausia que siguen patologizando una fase absolutamente normal del ciclo vital (Esteban 2003b, 10-12).

La visibilización y denuncia de los nexos que establece la medicina entre los modelos y mandatos patriarcales de belleza y juventud con los intereses económicos se pone de manifiesto también en el uso de la cirugía estética. Silvia Tubert estudia y analiza el discurso de las clínicas de belleza y cirugía estética sobre el cuerpo de las mujeres, que dirigen estos mensajes a las mujeres: «… restaurar la armonía, eliminar asimetrías, quitar lo que sobra o colocar implantes donde falta, dar la oportunidad de tener rasgos normales» (2011b, 16). En este sentido, también se analizan los implantes mamarios, sus complicaciones y riesgos, así como la cirugía genital, «el rejuvenecimiento vaginal», la vaginoplastia o la reconstrucción del himen (Revista *MYS* 2011b). Dolores Juliano lo enmarca de este modo:

> Tradicionalmente las expectativas sobre cómo debían ser, qué aspecto debían tener y qué debían sentir las mujeres, no se realizaban a partir de sus propios proyectos y deseos, sino desde la mirada masculina. La visión androcéntrica del mundo valoraba en las mujeres aquellos rasgos que los hombres buscaban en ellas, los que les permitían mantener sus privilegios. Así, junto con la belleza y la juventud que las hacía deseables, se esperaba docilidad, dulzura y vocación de servicio, que las hacía manipulables. Las mujeres mayores constituían el antimodelo, ya no eran tan hermosas, y en cambio eran experimentadas y escépticas. La mujer sabia era un riesgo. Adquiría poder al mismo tiempo que perdía atractivo. El balance era de-

> solador. Todo lo que se adquiría de experiencia vital se vivía como pérdida de feminidad. Afortunadamente todo eso «puede» escribirse en pasado aunque parte de los estereotipos siguen funcionando. El uso de los tintes para el cabello y la frecuencia del recurso a la cirugía estética nos hablan de la dificultad persistente de considerar los cambios físicos relacionados con la edad como escalones de una escala de superación (como lo veían los antiguos chinos) y señala la persistencia de la asignación diferencial por género, de los elementos que otorgan prestigio social. La industria farmacéutica y la cosmética se nutren de estos prejuicios y los potencian. Así las mujeres son las principales usuarias de sus ofertas (2009)[124].

Numerosos artículos se dirigen a explicar el origen de determinadas enfermedades o problemáticas de salud de las mujeres desde un punto de vista integral y con una perspectiva feminista, proponiendo tratamientos alternativos a la biomedicina, como ante el hipotiroidismo y el dolor (Valls 2011), los miomas (Barranco 2001), la incontinencia urinaria (Rodríguez 2002) y las infecciones de orina (Barranco 2007). En este sentido, la ginecóloga Enriqueta Barranco escribe en relación a las infecciones de orina:

> El diagnóstico de cistitis en las mujeres, ya desde la infancia, es el más erróneo de cuantos en medicina se pueden hacer, y al que siempre se debe prestar una detenida y crítica atención, porque cuando se hace, casi nunca se tienen en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas, normales o alteradas por agentes externos, que actúan sobre el mismo. Este es quizá el primer ejemplo de sesgo de género que las mujeres podemos padecer desde nuestro nacimiento, pero será algo que perdurará en nuestras vidas adultas, haciéndonos victimas de nuestras supuestas cistitis y otras condiciones análogas (2005, 14).

Asimismo se realizan recomendaciones relacionadas con la alimentación, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en determinadas etapas de sus vidas o su influencia en diversos malestares y enfermedades. Se explican los beneficios de técnicas como la diafroterapia, el Rolfing, la acupuntura, la danza o el yoga, que contribuyen a mantener, cuidar y recuperar la salud. Malen Cirerol, en relación al método diafreo, lo expone de este modo:

[124] Disponible en: http://www.caps.cat/images/stories/XI_Seminario_Red-caps_2009_Dolroes_Juliano.pdf. (Consulta: 09/05/2017).

> En Diafreo buscamos la causa de una deformación, de la pérdida de un movimiento, o de una patología, en el exceso de tensión (…) en los músculos de la cadena posterior. Cuando unos músculos quedan contraídos crónicamente ya no actúan como factores del movimiento, sino como su freno (…). Lo que más me satisface es cuando la gente viene a curar su sintomatología y se van dando cuenta de qué es lo que les enferma y curan su vida (…). Gran parte de lo que hago ahora proviene del movimiento internacional de salud de las mujeres que me enseñó que la salud tiene más que ver con vivir satisfactoriamente y menos que ver con los medicamentos (Taboada 2010, 9).

Los análisis crítico-feministas también ponen en cuestión algunos procedimientos médicos aplicados a las mujeres. En diversos artículos las médicas exponen el estado actual de la investigación y la información existente, los pros y contras de determinados tratamientos. Muchos de estos procedimientos son revisados, con la certeza de que han sido elaborados desde una ciencia y práctica clínica androcéntrica y sexista. En ese sentido, las profesionales e investigadoras de la Red aplican sistemáticamente la hermenéutica de la sospecha. Así, las histerectomías son analizadas por la ginecóloga Pilar de la Cueva, que explica los motivos por los que se prescriben y la manera de evitarlas (2011). Se realiza un análisis crítico a las revisiones ginecológicas (VII Seminario) y a las reconstrucciones mamarias, se analizan los riesgos de los tratamientos hormonales en la menopausia, especialmente de la terapia hormonal sustitutiva. La red también elaboró un protocolo de detección precoz del cáncer de cérvix en el Seminario de Autoformación.

Los análisis feministas y los discursos y prácticas sanitarias sobre las mujeres con VIH están presentes en la Red a través de Monserrat Pineda, de la organización Creación Positiva. Pineda visibiliza la estrecha relación entre la violencia patriarcal y el VIH en las mujeres a través de sus manifestaciones de poder en las relaciones sexuales, señalando que las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumentan al 100% su riesgo de infectarse de VIH, por lo que se hace imprescindible que las políticas sanitarias tengan en cuenta la perspectiva de género:

> La epidemia del VIH tiene un vínculo muy profundo con el ejercicio de esta violencia, y el hecho de que las políticas sociales y sanitarias no hayan sabido incorporar la perspectiva de género y no hayan previsto políticas y acciones específicas para prevenir el VIH en mujeres ha supuesto uno de los mayores fracasos de la salud pública (Pineda 2004, 22).

Las amenazas químicas y ambientales para la salud de las mujeres son otro eje de análisis e investigación, dedicando dos números de la revista a este tema (Revista *MYS* 2001a; Revista *MYS* 2012). La relación entre los tóxicos y el cáncer, el nuevo síndrome de sensibilidad química múltiple, los parabenos utilizados en la cosmética, están en el punto de mira (Valls 2014). Carmen Valls lo denuncia así:

> Hasta cuándo «nuestras» autoridades sanitarias van a continuar tolerando que se contaminen nuestro medio ambiente y lugar de trabajo, nuestras vidas y nuestra alimentación? ¿Hasta cuando seguiremos tolerando que nuestras «Autoridades Sanitarias» estén más al servicio de quienes nos enferman que de quienes luchan y trabajan por la salud? (1999, 7).

La sexualidad es otro de los temas centrales y trasversales. Entre los aspectos tratados se encuentran la vivencia de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida, la importancia del desarrollo del psicoerotismo y el empoderamiento de las mujeres para el placer sexual. Se analiza la todavía «promiscuidad obligatoria» en las adolescentes, la heterosexualidad como una práctica discursiva violenta, la necesidad de una educación afectivo-sexual para deconstruir el patriarcado. Charo Altable subraya que la sexualidad está siendo tratada como un producto más de consumo y ocio: «Los cuerpos de las jóvenes adolescentes son el síntoma donde podemos leer la pobreza de la sexualidad de esta sociedad» (2009, 43). La chilena Isabel Matamala, fundadora de la Red ISIS Internacional, destaca que la sexualidad no es una dimensión humana que pueda aislarse del resto de la vida: «El ejercicio del derecho a la sexualidad no se resuelve en el ámbito sanitario exclusivamente. Implica tener una casa adecuada para la intimidad, una educación no sexista que dote de autoestima y poder» (Taboada 2001, 6). La sexualidad de las mujeres lesbianas, sin embargo, sigue siendo un tema casi ausente.

En relación a la anticoncepción, se divulgan métodos no químicos, menos dañinos para la salud de las mujeres, como el diafragma, considerado un «antiguo método que no anticuado» (Puga 2009, 32) o el preservativo femenino. Se exponen también los riesgos, pros y contras de la anticoncepción de emergencia (Bolaños 2009).

La Red ha puesto en marcha una intensa campaña contra la implantación generalizada de la vacuna del virus del papiloma humano, considerando que se ha realizado una vacunación masiva de las niñas para una epidemia que no existe. Entre las acciones que ha llevado a cabo para frenarla, la Red solicitó

una moratoria[125], ya que se documentaron algunas muertes de adolescentes vacunadas, y emitió un comunicado (Revista *MYS* 2009a, 13). Asimismo, elaboró folletos con información sobre las consecuencias de la vacuna, que han sido distribuidos en centros educativos y centros de salud, se han impartido charlas para informar a madres y padres, explicando lo que es necesario saber sobre el cáncer cervical, el virus del papiloma, la vacuna y sus implicaciones. Las profesionales de la Red explican en las consultas sanitarias su mirada crítica sobre la vacuna y sensibilizan a profesionales. Teresa Forcades, médica, feminista y monja benedictina, ha participado activamente en las campañas contra esta vacuna y escribe sobre lo que denomina los crímenes de la industria farmacéutica. Forcades, autora de *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas* (2006), se posiciona contra la vacuna y pide que se exijan responsabilidades a las autoridades sanitarias y a las compañías farmacéuticas (Forcades 2013, 26). Define la medicalización de este modo:

> La medicalización es el proceso por el cuál las dimensiones sociales y políticas de los problemas de salud quedan reducidas a problemas individuales causados por disfunciones biológicas y tributarios de tratamiento farmacológico (…). A nivel mundial los condicionantes socioeconómicos son los más importantes. Cuando no tienes qué comer o qué dar de comer a tus hijos la vida se convierte en supervivencia y, aunque se vivan a diario experiencias de una profundidad humana desconocida para muchas personas, las dimensiones vitales quedan recortadas cuando la pobreza es extrema (Taboada 2009, 8-9).

La medicalización de la vida conlleva tratamientos innecesarios, aumenta los beneficios económicos de la industria farmacéutica y oscurece las raíces sociales, económicas y medioambientales de la enfermedad. En este sentido, Margarita López Carrillo analizó críticamente el documento «Abordajes estratégicos del mercado de salud de las mujeres», elaborado por Decisión Resources, Inc., empresa que asesora a las más importantes firmas del mercado internacional farmacéutico, afirmando que «desde el título hasta la última línea este informe ilumina los conceptos y prácticas que rigen a las empresas que se encargan del desarrollo de los tratamientos necesarios para combatir los más acuciantes problemas de salud de las mujeres en el planeta» (López

[125] Disponible en: http://www.caps.cat/caps/activitats/365-retirada-de-la-vacuna-vph.html. (Consulta: 27/05/2016).

Carrillo 2001, 18). El estudio se centra en cinco problemas de salud de las mujeres: cáncer de mama, cáncer de ovario, osteoporosis, infertilidad femenina y menopausia. Algunos de los tratamientos farmacológicos para estos problemas suponen dos billones de dólares anuales en ventas. López Carrillo señala el sesgo farmacológico que tiene la investigación sobre salud, dejando de estudiarse otras terapias o aspectos de la enfermedad que harían innecesario el tratamiento con fármacos. También afirma que la industria farmacéutica financia la mayor parte de la investigación sanitaria, por lo que hay problemas de salud que no se estudian al no ser previsible una vertiente farmacológica en su tratamiento.

En relación a los aspectos reproductivos, la atención sanitaria al embarazo y parto es otro de los temas de gran preocupación, visibilizando la violencia obstétrica y planteando la necesaria humanización del parto y el respeto a los procesos de las mujeres (Gabarró y Taboada 2008, Revista *MYS* 2003). La maternidad es tratada también en sus dimensiones psicosociales y políticas (Revista *MYS* 2003). El debate en torno a la renaturalización de la maternidad también está presente, aspecto en el que incide Mari Luz Esteban, señalando que un sector de mujeres, muchas de ellas próximas al movimiento feminista y ecologista, han hecho hincapié en la necesidad de una relación intensa madre-hijo, defendiendo que sus planteamientos son más humanistas y alternativos a la biomedicina (Esteban 2003b, 10-12). En el mismo sentido, Dolores Juliano incide en la necesidad de recordar el cuestionamiento del mito del instinto maternal que hizo el feminismo (2003). Otras cuestiones tratadas son los embarazos en adolescentes (Kait 2003), las familias monomarentales (Revista *MYS* 2003), las llamadas 'Abuelas 4 x 4', que se ocupan del cuidado de nietas y nietos con importantes consecuencias sobre su salud (Freixas 2003).

Las tecnologías reproductivas se abordan en sus diferentes dimensiones e implicaciones: los riesgos para las mujeres de la estimulación ovárica, el fenómeno del turismo reproductivo en España, donde mujeres alemanas e italianas acuden en busca de óvulos al tener leyes restrictivas en sus países (Taboada 2006). Algunas de las mujeres que forman parte de esta red, tienen una larga trayectoria activista en contra de las tecnologías reproductivas. Entre ellas, Verena Stolcke, que analiza el desarrollo de la fecundación en vitro (1999) y Gena Corea, que afirma que las mujeres somos un laboratorio animal único: no solo limpiamos nuestras jaulas, también las financiamos (Taboada 2000c). Silvia Tubert considera que las tecnologías reproductivas representan la culminación de un proceso de medicalización y ya señalaba una cuestión que está en el centro de la agenda política feminista: «El precio

que se paga a las mujeres por sus servicios reproductivos disminuirá cuando el alquiler de úteros se banalice; además, seguramente aceptarían tarifas más bajas las mujeres de regiones pobres de Estados Unidos o del 'tercer mundo'» (2011a, 30).

Las diversas formas de violencia contra las mujeres y sus repercusiones en la salud son otro importante eje temático, que se ha tratado monográficamente en la revista (Revista *MYS* 2000b; Revista *MYS* 2015b) y en el seminario realizado en 2002, aunque se aborda transversalmente en diversos números y seminarios. En el dossier del año 2000, coordinado por Consuelo Barea, se expusieron los conceptos básicos sobre la violencia contra las mujeres, así como pautas para su reconocimiento, prevención e intervención desde el sistema sanitario. El maltrato en la pareja, el Síndrome de Alienación Parental (SAP), los abusos sexuales, las madres maltratadas por sus hijos (Cánovas 2015), la violencia obstétrica (Bianco 2015), han sido aspectos objeto de análisis y propuestas para la intervención y atención. En los diferentes artículos sobre la violencia, realizados a lo largo de casi veinte años, se reflejan los avances conseguidos y el proceso de elaboración de estrategias, protocolos y medidas para su erradicación. Así, en el año 2001, Mercé Fuentes y Pujol, médica de atención primaria, realizó una crítica a los protocolos de actuación sanitaria ante el maltrato, subrayando que es preciso que la intervención se haga en estrecha colaboración entre la organización sanitaria y la comunitaria. Hasta ese momento, los protocolos ignoraban el análisis de género, hasta el punto de que las figuras para señalar las lesiones eran representaciones de hombres en todos los documentos. Asimismo, se realizaban clasificaciones basadas en la tipología de mujeres maltratadas y no en los tipos de maltrato (Fuentes i Pujol 2001a). La red también se ha implicado activamente en las campañas contra la violencia a las mujeres realizadas por el movimiento feminista. Así, se convocó a la movilización estatal del 7N en Madrid (Gimeno 2015, 25) y la movilización contra la anunciada reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Cervera 2012).

La salud de las profesionales es un tema central en la Red. El *burnout* y la fatiga por compasión (Revista *MYS* 2009b), las condiciones de trabajo y la precariedad laboral actual son aspectos abordados en las revistas y seminarios. La enfermería y la medicina está sujeta a riesgos físicos, químicos, psicosociales y ergonómicos (Valls 2004, 9). Carmen Valls señala que las médicas sufren acoso sexual (36,9%) y acoso laboral en función del género, descalificaciones, humillaciones o discriminaciones en la promoción laboral

(47,7%). Los discursos de las profesionales sobre sus experiencias en las consultas, sus preocupaciones y dificultades, los retos en la atención sanitaria tienen un gran protagonismo (Revista *MYS* 2009b). También las enfermeras toman la palabra para denunciar la política sanitaria enfermera y describir la sobrecarga física y emocional que supone su trabajo cotidiano (Cantalejo 2010; Germán 2010). Entre las preocupaciones de las profesionales también se encuentra la relación asistencial y la distancia terapéutica, así como la responsabilidad y la conciencia de la importancia de su papel en el empoderamiento de las mujeres. Las palabras de Isabel Matamala lo reflejan de este modo:

> El cuidado de la salud de las mujeres en atención primaria necesita relacionarse con la potenciación del ejercicio de sus derechos y con la construcción de poder por parte de las mismas. Siendo ambos elementos esenciales para avanzar hacia la igualdad de género, se abre un significativo campo de acción a la atención primaria, con implicancias en el bienestar, la libertad y ciudadanía de las mujeres. Al espacio constituido por la atención primaria, las mujeres acuden con su corporalidad en juego, sus anhelos de bienestar, sus conocimientos, dolores y miedos, así como con sus carencias de autoestima y de poder, constitutivas de vulnerabilidad. Surge entonces como desafío técnico, político, ético y de desarrollo humano, proporcionar atención eficaz, solidaria y eficiente que satisfaga las expectativas explícitas e implícitas de esas mujeres. Hoy no es posible hablar de efectivo cuidado de la salud desde la atención primaria si no se facilita, por una parte, la visibilización de las inequidades de género, y por otra, si no se promueve o apoya la generación de autoestima, autodeterminación y participación ciudadana de las mujeres. Proporcionar una atención acorde con estos requerimientos requiere entre otros aspectos, ampliar la comprensión de eficiencia y de calidez (Matamala 2005, 4).

La cuestión de los cuidados que realizan las mujeres y sus repercusiones en su salud ha sido abordada, entre otras, por Soledad Murillo, que incide en la necesidad de repartir esa tarea para no descuidar el cuidado propio y la importancia del papel de los servicios sociales y de las políticas sociales (2000b). La ley de dependencia también fue analizada desde el marco de interpretación feminista (Alemany 2011).

El impacto de la crisis económica y la privatización de la sanidad en las mujeres usuarias y en las profesionales también han sido objeto de análisis y

denuncia. Carmen Valls la ha calificado de impuesto a la enfermedad. Se visibilizan sus repercusiones de forma especial en las mujeres mayores, debido al derroche farmacéutico y a la medicalización innecesaria. Leonor Taboada entrevista a Judy Norsigian, del Colectivo de Mujeres de Boston, que señala muchos de los aspectos relacionados con la salud que se ven afectados por las políticas neoliberales:

> La ola de derechismo en las políticas públicas que interfieren en los derechos reproductivos, las necesidades de la gente mayor, la reforma del estado de bienestar en todas partes, la explosión de tecnologías médicas que incluyen medicaciones y procedimientos no probados adecuadamente, la exclusión de mujeres pobres y minorías en las políticas que les atañen, la apropiación del lenguaje del movimiento de salud de las mujeres por empresas e instituciones que se lucran de ello, y la falta de información no manipulada por intereses comerciales (1997).

También Lucía Artazcoz analiza por qué la crisis económica tiene un mayor impacto sobre la salud de las mujeres, al aumentar su incertidumbre laboral, el desempleo y el trabajo doméstico y de cuidados, señalando que la mayor parte de las soluciones a los problemas de salud derivados de la crisis económica están fuera del sistema sanitario (2011).

Se puede concluir que la Red de Profesionales de la Salud es un excelente termómetro para valorar la agenda profesional feminista, las temáticas de preocupación, los discursos emergentes en cada etapa, para conocer lo que ha pasado y está pasando en la atención a las mujeres en la sanidad pública. Asimismo, a través de la revista *MYS* y de su formato electrónico, ha contribuido a divulgar la perspectiva feminista sobre la salud de las mujeres. Por último, se ha constituido en un apoyo fundamental entre profesionales con esa perspectiva, desde la que seguir construyendo una teoría y una práctica feminista para la mejor comprensión y atención a la salud de las mujeres.

3.2. Discursos feministas sobre la salud, el malestar, la enfermedad y la atención sanitaria a las mujeres

La teoría y la práctica feministas vienen a redefinir y ensanchar las conceptualizaciones y la comprensión de los procesos de salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres, al poner el foco de sus análisis en el impacto del sis-

tema de dominación de los hombres sobre las mujeres sobre estos procesos. Incorporar la perspectiva feminista a las dimensiones biopsicosociales de la salud permite hacer visibles aquellos aspectos que tienen que ver con la política sexual y la subordinación de las mujeres y que no fueron tenidos en cuenta ni siquiera por las teorías críticas sobre la salud que se desarrollaron en el siglo XX[126]. Muchos de los aspectos abordados por el feminismo para explicar y fundamentar la opresión y subordinación de las mujeres tienen profundas implicaciones en la salud y, por tanto, se han incorporado en los marcos explicativos del malestar y la enfermedad de las mujeres y en la promoción y atención a su salud.

Desde sus inicios en la Ilustración, la teoría feminista ha desvelado que las estructuras materiales y simbólicas de las que se sirve el patriarcado para mantener el control y la subordinación de las mujeres son causantes de una gran sobrecarga física y emocional que merma su salud, produce malestares, el desarrollo de enfermedades y, en ocasiones, la muerte. En palabras de Mª Jesús Izquierdo, «el patriarcado genera un excedente de sufrimiento, añadido al sufrimiento que causa la vida y que nos da sentido de realidad (…). Propongo que consideremos el patriarcado como un sistema de relaciones que genera sufrimiento» (1998, 174). También Mª Milagros Rivera reconoce el sufrimiento femenino en las sociedades patriarcales (1997, 47) y Victoria Sau lo expresó de esta manera:

> Una dimensión añadida a partir de la mirada de las mujeres sobre la salud es la de poner el acento no solo en el individuo sino también en la estructura social como agente patógeno. La impronta patriarcal de dicha estructura, que incluye necesariamente la violencia intergrupal (sexo, etnia, clase), la agresividad contra la naturaleza, y la exclusión del colectivo femenino del contrato social, son fuentes de sufrimiento humano innecesario, que va mucho más allá del que como personas vulnerables y limitadas que somos cabe esperar (1997, 1).

La teoría feminista, por tanto, pone de manifiesto que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres no son suficientes para explicar las diferencias de morbilidad y mortalidad reconocidas por el sistema sanitario o la diferente utilización de los servicios sanitarios por unas y otros. Tampoco

[126] Sara Velasco realizó un análisis de estas teorías, que formularon fuertes críticas al modelo biomédico imperante, pero no visibilizaron el impacto en la salud del sistema sexo-género (2009a, 23-54).

los aspectos reproductivos representan el único riesgo para la salud de las mujeres. Las mujeres tienen necesidades de salud más allá de su condición de madres y reproductoras[127]. La violencia, la pobreza, las limitaciones para decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva, las restricciones impuestas a sus proyectos vitales, la doble carga de trabajo productivo y reproductivo, el desempeño de tareas de cuidados, las limitaciones para su participación social y política son aspectos determinantes en la salud de las mujeres. En la salud se refleja la desigualdad entre mujeres y hombres: «La desigualdad de género, que sitúa a las mujeres en una posición de subordinación en la sociedad, con un poder limitado de decisión sobre sus propias vidas y la de la comunidad, constituye uno de los principales obstáculos para gozar del derecho a la salud» (Antolín 1997, 13).

Por tanto, los discursos feministas sobre la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres ponen en relación los análisis desarrollados por la teoría feminista para explicar el modo en que el patriarcado subordina a las mujeres y sus repercusiones en la salud. Así, se incorporan los análisis teóricos feministas que desvelan las políticas de control y la normatividad sobre el cuerpo, la sexualidad y la capacidad reproductiva, incluyendo la heterosexualidad impuesta como normativa y natural; el pensamiento amoroso como herramienta de subordinación; la maternidad como institución naturalizada y sin corresponsabilidad social; la construcción de la subjetividad de las mujeres como seres para otros y la socialización para el desempeño de roles de cuidado; la división sexual del trabajo y de espacios, tiempos y ámbitos; la feminización de la pobreza; la falta de poder y de valoración y reconocimiento social; la violencia estructural y directa en sus diversas y múltiples manifestaciones.

Son numerosas las autoras españolas que desde la década de los años setenta hasta la actualidad han desarrollado discursos críticos a las conceptualizaciones tradicionales en torno a la salud de las mujeres y explicado el malestar y la enfermedad desde paradigmas feministas. Estos discursos se han ido construyendo en estrecha interrelación entre activistas, profesionales, académicas e investigadoras de diferentes disciplinas. Asimismo, se encuentran discursos relacionando el patriarcado con la salud en teóricas del feminismo que no se dedican específicamente a este ámbito, al igual que lo hicieron autoras de la Ilustración y el Sufragismo, como se expuso en el capítulo 1.

[127] Hasta hace pocos años, la salud de las mujeres se consideraba únicamente como un medio para asegurar la salud de la infancia y la familia (Antolín 1997, 7).

En el concepto de salud, el feminismo viene a incorporar aspectos que son fundamentales y determinantes para las mujeres: poder para decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva; una vida libre de violencia; reconocimiento y valoración personal y social; tiempo para sí; autonomía económica; posibilidades de desarrollo y participación en los diferentes ámbitos de la vida: educativo, profesional, social, cultural, político; acceso a los bienes y recursos. Estos aspectos se recogen por diversas autoras en sus redefiniciones de la salud. Entre otras, Carmen Valls define el concepto de salud como un proceso para conseguir autonomía personal, solidaria y gozosa, que incluye la capacidad de decisión, el empoderamiento y el acceso a los recursos. La salud como una dimensión unida a la energía vital, relacionada con la calidad de vida, con la capacidad de disfrutar de la sexualidad, de la sensualidad y de las relaciones humanas (Valls 2009, 25-26). Ya que este concepto de salud implica que las mujeres tienen poder y capacidades de decisión, Valls se interroga, a partir de las palabras de Judith Butler[128], si muchas mujeres pueden plantearse la salud de ese modo o si únicamente pueden permitirse sobrevivir[129]. Monserrat Cervera, activista en la Xarxa de Dones per la Salut de Cataluña, subraya la importancia y la necesidad de desarrollar la autonomía personal para la salud de las mujeres:

> La autonomía personal es el gran reto para conseguir una mejor salud en las mujeres. La historia de las mujeres se encuentra ligada a una larga cadena de dependencias económicas, sociales, afectivas y biológicas originadas por la reproducción. La falta de espacios propios y, muchas veces, la poca autoestima, han hecho posible que las mujeres se dejen manipular. Conseguir un conocimiento cada vez mayor de sus dependencias y de sus recursos para salir adelante es el gran reto que tienen las mujeres para poder ser protagonistas de su salud (2008, 19).

[128] «La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres? (…) ¿La vida de quién se considera vida? ¿A quién pertenece la prerrogativa de vivir? ¿Cómo se decide cuándo se inicia y cuándo finaliza la vida? ¿Bajo qué condiciones debería devenir la vida y a través de qué medios? ¿Quién cuida de la vida cuando surge? ¿Quién cuida de la vida cuando mengua? ¿Quién cuida de la vida de la madre y cuál es el valor que, en último término se le da? ¿Y hasta qué punto el género, el género coherente, garantiza una vida habitable? ¿Qué amenaza de muerte se lanza sobre aquellos que no viven el género de acuerdo con las normas aceptadas?» (citado en Valls 2009, 107).

[129] En este sentido, es ilustrativo el relato de la médica María Fuentes sobre la respuesta que obtuvo de las mujeres asistentes a una charla a su pregunta «qué entendían por una buena alimentación», a la que algunas contestaron «comer, al menos, una vez al día», frente a lo que otras respondieron «tener una alimentación variada» (Fuentes 1998, 6).

Algunas autoras subrayan que las mujeres expresan y sienten la salud o su carencia en términos de energía vital. Entre otras, Mari Luz Esteban, que afirma:

> Para muchas mujeres sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas; es decir, la sensación de tener fuerzas para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres se vivan en plenitud o enfermedad (…). En el campo de la salud, las mujeres expresan y simbolizan mediante los conceptos de fuerza, vitalidad, resistencia y energía, su bienestar o su malestar (2001, 90-91).

En este sentido, las conclusiones de dos estudios realizados en la Comunidad de Madrid sobre las representaciones sociales de las mujeres sobre la salud (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales 1998; Conde y Gabriel 2003) muestran que las mujeres tienen nociones mucho más amplias y ricas sobre la salud que las desarrolladas desde el paradigma biomédico, dominante en la institución sanitaria, integrando incluso la enfermedad como parte de la salud. Es el caso de mujeres mayores que, a pesar de tener dolores y diversas enfermedades diagnosticadas, se sienten con salud y energía, ya que saben que el envejecimiento conlleva malestares, si otras facetas de su vida les son satisfactorias. Como señaló Mª Angeles Durán, la frontera entre salud y enfermedad no es clara (1983, 34) y el feminismo ha contribuido de forma fundamental a la ruptura del dualismo entre salud y enfermedad al integrar el concepto de malestar. Muchas mujeres equiparan la salud con la ausencia de problemas afectivos, con el mantenimiento de relaciones positivas y fáciles con las personas que les rodean (Esteban 2001, 94). El bienestar emocional adquiere una gran relevancia frente a los síntomas físicos y orgánicos. Carmen Sáez también subrayó el concepto de salud como «bien-estar» (1993). Igualmente, Celia Amorós, en el prólogo al libro de Carmen Valls-Llobet, *Mujeres, Salud y Poder* (2009), manifiesta la importancia de tener en cuenta las condiciones de vida y trabajo al abordar las enfermedades de las mujeres:

> En el tratamiento de enfermedades que pueden considerarse específicas de mujeres –su incidencia estadística entre ellas es significativa– (…) hay que tener en cuenta como pertinentes no solo condiciones fisiológicas, sino de vida y trabajo, que inciden en este tipo de dolencias y que suelen ser pasadas por alto en la medicina convencional (Amorós 2009b, 10).

Asimismo, Amorós resalta que la perspectiva feminista es la única que puede esclarecer «estos malestares complejos, rebeldes para la medicina convencional, que es ciega para las diferencias de género» (2009b, 10). Amorós subraya en ese texto la necesidad de investigar lo diferente en condiciones de igualdad, con el estudio de lo que resulta ser específico del sexo femenino, reconociendo las diferencias como equivalentes.

Desde el inicio de la tercera ola feminista, se pone el acento en analizar y visibilizar el malestar de las mujeres relacionándolo con sus condiciones de vida, determinadas por los roles y mandatos de género, frente a los análisis médicos y sanitarios, que incidían en los aspectos biológicos relacionados con la reproducción. Psicólogas y psiquiatras feministas desarrollaron las ideas planteadas por Betty Friedan para explicar el malestar de las mujeres y ampliaron los análisis sobre la depresión y el malestar y sus causas, atribuyéndolas a las condiciones de vida impuestas a las mujeres por el patriarcado y a la incorporación en la subjetividad de los mandatos patriarcales a través de los procesos de socialización. Se visibilizó la relación entre la depresión y el desempeño de los roles de madre y ama de casa, la dedicación al trabajo doméstico y la postergación de los deseos y proyectos propios, el matrimonio como lugar de sometimiento y esclavitud para las mujeres (Burin 1987; Dio Bleichmar 1984; Huertas 1991; Rojo 1980; Sáez 1979; 1988; Sau 1976). Desde el marco feminista se crearon categorías diagnósticas que evidenciaban las causas del malestar de las mujeres, como la «depresión del ama de casa» y el «síndrome del nido vacío», conectando el malestar con la situaciones vitales derivadas de los roles de género. La dedicación al trabajo doméstico y el cuidado de la familia como proyecto de vida se consideraron un factor de riesgo para la salud (Sáez 1988).

Posteriormente, algunas autoras añadieron una nueva dimensión a la conceptualización del malestar, «el malestar de la emancipación» (Murillo 1996, 147), con el objetivo de visibilizar y reconocer los conflictos y dificultades que viven las mujeres para la apropiación de un espacio y un tiempo propios en un contexto de desigualdad, y el desarrollo de un proyecto de vida de acuerdo con sus necesidades y deseos (Coria et al. 2005; Nogueiras 1997). Como señaló Mª Milagros Rivera, «resulta fatigoso en el presente ser una mujer libre del estereotipo de género femenino» (2011, 63). Para expresar estos conflictos, Marcela Lagarde acuñó el concepto de *sincretismo de género*, con el que designa a las mujeres modernas como *cautivas emancipadas*, en las que se sintetiza una mezcla de subjetividad patriarcal y subjetividad emancipatoria (2005, 236-237). Esto supone vivir profundas, agudas y complejas contradicciones internas que producen rupturas y heridas, advirtiendo

que «mientras más opresiva es la vida de las mujeres contemporáneas y más anhelos emancipatorios tienen, más dolorosa es la escisión. La conciencia duele» (2005, 238). También Carmen Sáez Buenaventura en su libro *¿La liberación era esto*? (1993) describe las diferentes situaciones de conflicto que viven las mujeres a lo largo del ciclo vital, proporcionado claves para afrontar las crisis sin entrar en circuitos que las medicalicen y psiquiatricen. En este sentido, Mari Luz Esteban incidió en la necesidad de hacer lecturas sociales que incorporen lo contextual y relacional en la salud, frente a lecturas psicológicas de la enfermedad y el malestar de las mujeres, así como la implementación de programas sociales frente a programas sanitaristas, que incidan en las causas que las llevan a enfermar (2006, 12).

A partir de la década de los años noventa, a medida que se desarrollan las investigaciones feministas, no solo se incorporarán nuevos factores como causa del malestar y la enfermedad de las mujeres (la violencia en sus múltiples manifestaciones, la sobrecarga física y emocional de las tareas de cuidado, la hipersexualización de las niñas y mujeres, las nuevas formas de medicalización y sanitarización de sus ciclos vitales y de su malestar, las amenazas químicas y ambientales), sino que se prestará atención al impacto de los diferentes contextos, condiciones y situaciones que viven las mujeres, que aumentarán su vulnerabilidad al malestar y la enfermedad, como la feminización de la pobreza, la emigración, el envejecimiento, las discapacidades, las sexualidades disidentes y no normativas. Asimismo, se visibilizará el impacto sobre la salud de las mujeres de las políticas neoliberales y los intereses de la industria farmacéutica en la mercantilización de sus cuerpos. Los nuevos síndromes (en la actualidad se consideran síndromes femeninos el síndrome de intestino irritable, la cefalea tensional, el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia) y las enfermedades emergentes, como fue el VIH/SIDA y en la actualidad el síndrome de sensibilidad química múltiple[130], se analizan desde la perspectiva de género y, frente al androcentrismo histórico de la medicina, se investiga la morbilidad de las mujeres realizando estudios que muestran la forma en que se manifiestan y desarrollan diversas enfermedades y malestares en las mujeres, que fueron consideradas subclínicas o no tenidas en cuenta en los diagnósticos clínicos. La

[130] Es un síndrome relacionado con factores ambientales, que se expresa mediante un conjunto de síntomas recurrentes múltiples como respuesta a sustancias químicas y contaminantes que se encuentran en el medio ambiente y en los alimentos. Se considera la enfermedad del siglo xx, una enfermedad ecológica. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf. (Consulta: 05/06/2017).

complejidad que van adquiriendo los análisis e investigaciones feministas sobre las estructuras y mecanismos que reproducen la subordinación y opresión de las mujeres, así como las nuevas formas que toman en los patriarcados modernos, se pondrá de manifiesto e incorporará en los discursos sobre la salud.

Los discursos sobre el cuerpo son uno de los aspectos centrales en la teoría feminista y también su aplicación en el ámbito de la salud. Ya en la Ilustración, Mary Wollstonecraft advirtió que para dominar a las mujeres era necesario debilitar sus cuerpos, subrayando que la debilidad que se les atribuía era una debilidad construida, con una clara intencionalidad, la domesticación de las mujeres. Para ello, los cuerpos de las mujeres se oprimían de múltiples formas, también físicamente, con el objetivo de hacerlos deseables para los varones. Desde niñas se les impedía el libre movimiento y el cultivo del cuerpo estaba permitido únicamente para la conquista de la belleza y atractivo sexual. Wollstonecraft insistía en la necesidad de fortalecer los cuerpos de las mujeres, en el sentido en el que hoy hablamos de empoderamiento.

Cómo las mujeres sienten, experimentan, mueven, expresan, piensan y deciden sobre sus cuerpos son aspectos profundamente marcados por las conceptualizaciones, violencias y limitaciones que el patriarcado ha impuesto sobre ellos. Carmen Sáez Buenaventura lo expresó de este modo:

> Cuerpo oprimido, cuerpo rechazado; cuerpo vestido, perfumado, maquillado; cuerpo mal nutrido, empachado; cuerpo más o menos torturado y a veces violado; cuerpo que propició o rechazó el placer de las caricias y la sexualidad total; cuerpo del que quizá nacieron otras vidas y se sometió a infinidad de trabajos y tareas, fatigas, y que gozó de bienestar muchas otras veces pero que casi nunca, hasta bien cumplida media vida, suele considerarse no «parte de», sino una misma y que aun así, continúa siendo caballo de batalla cotidiano (1993, 289-290).

El cuerpo de las mujeres es simbolizado y vivido como un campo de batalla[131], pues en él se materializan las múltiples tensiones, conflictos y

[131] Bárbara Kruger, artista estadounidense, creó ese eslogan en 1989 para expresar cómo los conflictos políticos, económicos, sociales, reproductivos y sexuales se manifiestan en el cuerpo de las mujeres. Disponible en: http://www.thelightingmind.com/tu-cuerpo-es-un-campo-de-batalla/. (Consulta: 09/06/2017). En 2007 se traduce y publica en España el libro del colectivo francés Ma Colère, *Mi cuerpo es un campo de batalla. Análisis y testimonios* (Colectivo Ma Colère 2007), que trata la relación conflictiva de las mujeres con sus cuerpos como una expresión de la violencia patriarcal banalizada, que consideran una verdadera guerra contra las mujeres.

violencias patriarcales, como también señalaron Monserrat Cabré y Teresa Ortiz: «La teoría y praxis feministas han situado el cuerpo en el centro de su mirada, elaborando propuestas muy diferentes e incluso irreconciliables que, sin embargo, coinciden en lo que Bárbara Kruger brillantemente sintetizó en el aforismo que estructura su obra, *Tu cuerpo es un campo de batalla*» (2008, 9). Las vivencias de los procesos psicosociales, profundamente determinadas por el patriarcado, toman cuerpo, se encarnan, se in-corporan, como explica Sara Velasco:

> Las correlaciones entre procesos psicosociales de orden vivencial y la salud se basan en definitiva en efectos de incorporación –toma de cuerpo– de las ideas, sentimientos, representaciones mentales y sociales sobre el cuerpo físico. Por ejemplo, que el sentimiento de soledad, con una representación psíquica desvalorizada de uno mismo, cause dolor psíquico que se transforma en dolor físico, e incluso trastornos funcionales o lesiones de órganos; o que vivir en subordinación y dependencia y sin proyecto propio, produce pasividad y letargo subjetivo, que deviene en dolores músculo-esqueléticos y cansancio; o que las mujeres amas de casa y de clase desfavorecida se deprimen, mientras que las profesionales y de clase social privilegiada padecen ansiedad, son hechos cuyo mecanismo no es conocido aún, ni está demostrado dentro del paradigma biomédico. Por ello, su credibilidad depende de las concepciones abiertas y no biologicistas de la salud, y no de evidencias empíricas sobre los mecanismos (…). Por ello, su entrada en el ámbito sanitario está siendo más lento y transcurre al ritmo en que las ciencias sociales y la teoría de la subjetividad pueden ir penetrando este ámbito (2009a, 120).

En la cultura patriarcal y en las ciencias de la salud los cuerpos de las mujeres son considerados vulnerables, marcados y determinados por sus ciclos reproductivos y su biología. En palabras de Bárbara Ehrenreich y Deirdre English:

> Nuestro cuerpo ha sido considerado como una gran fuente de limitaciones en toda su globalidad: nuestra debilidad física, nuestras alteraciones cíclicas debidas a la aparición de las reglas, nuestra fragilidad psíquica y física durante el embarazo, nuestro descontrol durante el parto, nuestra propia negación del ser mujer durante la menopausia, nuestro fracaso reproducti-

> vo frente a un aborto, nuestros flujos malolientes reflejando y evidenciándonos día tras día la suciedad de nuestros genitales desconocidos, nuestros pechos considerados simplemente como provocativos, nuestras matrices que sangran descontrolada y desordenadamente avergonzándonos, nuestras vaginas demasiado estrechas para parir y demasiado obligadas para producir placer (1981, 3-4).

En el patriarcado, las mujeres fuimos reducidas a cuerpo, un cuerpo para otros. Como señaló Amelia Valcárcel, «los cuerpos de las mujeres nunca se han considerado de su propiedad. Sobre ellos toda la comunidad mantiene expectativas. Son, además, cuerpos sobre-significados e hiper-prescritos» (1997, 168). De ahí que, desde la teoría y la práctica feministas, se subrayase la necesidad de analizar en profundidad cuáles son las manifestaciones de las políticas de control del cuerpo femenino, así como sus consecuencias, tanto colectivas como individuales, directas e indirectas, en la vida de las mujeres.

Numerosas autoras han señalado a las políticas de control del cuerpo de las mujeres como una de las formas de violencia patriarcal[132], que tiene entre sus manifestaciones los trastornos alimentarios y las dietas de hambre, las cirugías y operaciones estéticas[133], como los implantes mamarios y la cirugía cosmética genital, la hipermedicalización y tecnificación de los partos y de procesos vitales como la menopausia (Esteban 2001; Justo 2008; Pérez Sedeño 2012; Revista *MYS* 2011b). La moda y las dietas como exigencia cultural funcionan como una estrategia de normalización que busca la producción de cuerpos dóciles, que han de transformarse en función de las normas que mantienen las relaciones de dominio y subordinación (Murillo 2001b). En este sentido, los discursos moldean el cuerpo. Los estudios sobre la salud de las mujeres lesbianas hacen todavía

[132] Naomi Wolf, en su libro *El mito de la Belleza* (1991), las consideraba armas políticas. También Susie Orbach analizó el impacto de estas violencias para explicar por qué las mujeres odian sus cuerpos, concluyendo que «una vez más, estamos siendo engañadas en un área tradicional de interés femenino, en lugar de mantener una saludable relación con la política del cuerpo» (1986).

[133] El aumento de operaciones estéticas para ajustarse al ideal femenino y las demandas masculinas ha sido puesto de manifiesto por Eulalia Pérez Sedeño: «Desde enero de 2007 la cirugía estética es uno de los ítems que se computan en el 'Índice de Precios al Consumo (IPC) español' (…). El hecho de que la cirugía estética se haya incluido como nuevo ítem del IPC es una buena muestra del crecimiento e importancia experimentados por esa especialidad en el mundo occidental» (2012, 131-132).

más visible la política y el poder del patriarcado sobre los cuerpos de las mujeres. Las investigaciones sobre los desórdenes alimenticios en las lesbianas muestran que, en tanto mujeres no sujetas a la mirada y el deseo masculino, los sufren en menor medida y además se han convertido en las principales activistas en contra de la tiranía del cuerpo. Únicamente desarrollan estos trastornos cuando internalizan la lesbofobia (Gimeno 2005, 304-305). Asimismo, los estudios sobre la imagen corporal muestran que las lesbianas están significativamente menos preocupadas por su apariencia física o su peso, incluso tienen un peso ideal mayor, gastan mucho menos dinero en cremas y tratamientos de belleza y se depilan menos (Gimeno 2005, 305).

El empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos necesita de la toma de conciencia de las formas en las que el patriarcado lo ha conceptualizado y colonizado para la disponibilidad sexual, reproductiva y de cuidado de los varones, creando un imaginario que se ha incorporado en su subjetividad a través de la socialización y que se sigue promocionando y reforzando desde las distintas instituciones sociales y culturales, los medios de comunicación, la publicidad y también desde el sistema sanitario. Cristina Molina recoge de este modo las propuestas feministas para la apropiación de las mujeres sobre sus cuerpos:

> Para deshacer tan obstinados y copiosos constructos sobre el cuerpo femenino hace falta otra gran narración que abarque desde luego, el ensayo o la filosofía o la psiquiatría y la medicina (…), desbaratando las concepciones misóginas, despejemos las culpas ancestrales sobre nuestra abyección y nuestra a-genealogía para construir nuestros cuerpos de mujeres a la manera en que nos convenga de modo que resulte habitable, sano y seguro aunque no sea considerado 'femenino' por los cánones al uso. Habríamos de construirnos como un nuevo cyborg entre la realidad y la ficción, entre lo físico y lo artefactual (Haraway 1995, 253), de una parte fortaleciendo el cuerpo físico en nuestras capacidades y nuestras defensas; y de otra, alimentándonos con nuevas narraciones donde seamos las poderosas protagonistas (2015, 83).

Por ello, como señala la filósofa Rosalía Romero, uno de los aspectos clave en la salud de las mujeres es la aplicación de la toma de conciencia política a la autoconciencia del cuerpo, que hará posible tener presente la dimensión social y colectiva de los malestares, frente a otros paradigmas

que conducen a posiciones ascéticas o místicas y la individualizan y despolitizan[134]:

> La historia nos ha enseñado que la autoconciencia del propio cuerpo es escuchar los malestares y no quedarse con ellos, sino aprender el origen y objetualizarlos para combatirlos. De ahí que el concepto de autoconciencia, aportado por el feminismo de los setenta a la teoría política, no deba ser olvidado, ni mucho menos la implicación de los malestares del cuerpo que no tienen nombre, y que son todos previos a la autoconciencia. Tales malestares no deben resolverse solo desde posturas éticas –recluyéndose en la mística o en la ascética. El término autoconciencia para el feminismo es la condición que posibilita comprender y asumir la dimensión social y colectiva de los problemas personales (Romero 2015, 170).

Igualmente se considera fundamental el fortalecimiento de las mujeres, tanto corporal como emocional, así como una educación sentimental y sexual que les permita vivir en una realidad en la que han de enfrentarse a la violencia y las estructuras patriarcales, como expresa Cristina Molina:

> Fortalecer el cuerpo femenino, entonces, tanto desde el punto de vista físico, promoviendo el deporte y la defensa personal entre las chicas, como desde el punto de vista emocional deshaciendo aquellas construcciones que desde la religión, la medicina y la ficción lo han convertido en débil, vulnerable, enfermo y objeto de abyección. La educación en igualdad –dirigida a las chicas– habría de empezar por aquí y continuar en una educación sentimental y sexual más adecuada a la realidad del mundo en que viven donde tendrán que hacer frente a las estructuras patriarcales y a la violencia que encierra (2015, 82).

El sistema sanitario ha sido una de las instituciones fundamentales en la aplicación de las políticas patriarcales de control del cuerpo de las mujeres, para lo que se ha servido de numerosos dispositivos. Entre otros, la creación de categorías diagnósticas psicológicas y psiquiátricas que enmascaran la sobreexplotación y las condiciones de vida de las mujeres impuestas por el patriarcado y atribuyen el malestar y la enfermedad a su biología y su cuer-

[134] Mónica Cornejo y Maribel Blázquez analizan la expansión silenciosa de la espiritualidad individual *new age* en el cuidado de la salud (2013).

po reproductivo. Victoria Sau subrayó las consecuencias de los estereotipos sexistas sobre la salud de las mujeres, que psicologizan enfermedades de causa orgánica, o medicalizan malestares relacionados con factores económicos, sociales y culturales, es decir, con factores estructurales:

> La psicologización de los síntomas, al atribuir a estereotipos psicológicos de género tales como la histeria, la hipocondriasis, malestares psicosomáticos, etc. lo que en realidad tiene una causa orgánica. O, en otro sentido, recetar o psicoanalizar aquellos malestares claramente relacionados con factores económicos (la feminización de la pobreza), sociales (división del trabajo en productivo y reproductivo) y/o culturales (reglas de conducta de obligado cumplimiento en razón del modelo de género femenino) (1997, 1).

Carmen Valls abunda en la misma dirección, señalando «el largo sufrimiento que está suponiendo para muchas mujeres el sesgo inconsciente de género, que hace que sean clasificadas como histéricas o nerviosas ante cualquier dolencia o sobrecarga física y mental» (2001, 1). Fina Sanz incide en los graves efectos que tiene sobre la salud de las mujeres la carencia de una concepción integral y sin perspectiva de género en el sistema sanitario:

> La mujer ha pasado a ser hiperfrecuentadora de los centros de atención primaria, quejándose de dolores –las más de las veces inespecíficos–, pasando de unas consultas a otras, desconocedoras del lenguaje cifrado que encierran sus sintomatologías, consumiendo los psicofármacos que les van recetando, para terminar en consultas psiquiátricas. Ni ellas conocen qué les pasa ni tampoco l@s facultativas que las atienden, porque no se tiene una perspectiva de género. Se mira el síntoma aislado, desconectado del conjunto del cuerpo, de la psique y del hecho de ser mujer (…). Es más fácil diagnosticar o etiquetar a una mujer de neurótica o enferma mental y recetarle fármacos que la aplaquen, que la duerman o estimulen, que tratar de entender qué relación tiene el síntoma con cómo vive su vida (2010, 3).

Es el proceso que Emilce Dio Bleichar denominó «Las mujeres al volante» y que explica de este modo:

> Las mujeres al volante es una feliz y colorida expresión de una colega, médica ginecóloga, quien denomina de esta forma a las mujeres entre cuarenta y sesenta años que asisten a los servicios de la seguridad so-

> cial por diversas dolencias y molestias corporales, y que son enviadas de un servicio a otro, en un peregrinaje interminable, 'con el volante en la mano', sin rumbo fijo ni posibilidades de arribar con éxito a ningún puerto, porque sus dolencias no son físicas sino psíquicas. En algunas ocasiones, estas mujeres dan con algún profesional que las escucha y, posteriormente, no explicándose bien la razón, se sienten aliviadas y de mejor ánimo (1999, 33).

Otra de las formas de control del cuerpo de las mujeres desde el sistema sanitario es la insistencia en su debilidad y susceptibilidad a la enfermedad, con la consiguiente sanitarización y posterior medicalización. Mari Luz Esteban lo expone en el caso de la menopausia, construida como una entidad clínica nueva en las últimas décadas, que está significando un intento brutal de regulación de la vida de las mujeres, ya que alrededor del tratamiento de la menopausia muchas mujeres se ven sometidas a múltiples pruebas, muchas de ellas cruentas y dolorosas, que se repiten con frecuencia y durante muchos años, y una medicalización llevada al extremo. Además, acudir muy a menudo a los servicios sanitarios aumenta la vulnerabilidad de las mujeres ante las opiniones e intervenciones médicas sobre sus vidas. Igualmente, la invención de «la edad media de la vida» como un momento crítico, de riesgo y vulnerabilidad para todas las mujeres, es otra versión de la preocupación por la menopausia, que incluso ha surgido como un área específica de intervención. Esto también pone de manifiesto que el marco de intervención sanitario continúa siendo androcéntrico y las mujeres siguen siendo consideradas como las otras, las diferentes, las vulnerables (Esteban 2000, 82). La antropóloga y gerontóloga feminista Mónica Ramos, subraya la medicalización que el sistema sanitario ejerce también sobre las mujeres mayores:

> El dolor, el cansancio, la angustia o la depresión, síntomas que deberían ser interrogados y reconstruidos, son sofocados y tratados por medios químicos, todos aquellos que la medicina tiene a su alcance. Este proceso determina que, en lugar de modificar significados, se fuerce al cuerpo a una sobreadaptación. De esta forma se oculta la forma del síntoma, que podría poner en evidencia alguna clase de conflicto en la situación vital (2006, 203).

La planificación de los servicios sanitarios también es androcéntrica y no ha sido diseñada pensando en las necesidades de las mujeres. A pesar de que

la atención sanitaria a las mujeres se ha centrado en torno a su ciclo reproductivo y ellas refieren la salud reproductiva y sexual como una de sus necesidades, estos servicios están incluidos en la atención secundaria, que se considera especializada, lo que obliga a las mujeres a pasar por el filtro del primer nivel de atención primaria para acceder a estos servicios, con la consiguiente demora, aspecto muy importante, por ejemplo, en casos de infecciones vaginales (Esteban 2001, 90). Por otra parte, Mari Luz Esteban enfatiza la necesidad de poner en cuestión la visión sanitaria absolutamente reproductivista del cuerpo de las mujeres:

> Es urgente revisar cómo se han definido los periodos fundamentales de la vida de las mujeres: es significativo que todos los acontecimientos importantes en la vida de las mujeres, relacionados o no directamente con la salud, aparezcan ligados a momentos o fases concretas del ciclo fértil: menarquía, embarazos-partos, menopausia (2001, 83).

Su propuesta es tener en cuenta nuevos factores de periodización y valoración de la vida al margen del ciclo fértil, que tendrían que ver con el desempeño de un trabajo, las opciones o prácticas sexuales, los proyectos concretos de vida, los cambios en el status económico, en el entorno geográfico y socio-cultural, las personas de referencia y las relaciones afectivas (Esteban 2001, 83).

La política sanitaria de control del cuerpo de las mujeres ha tenido como uno de sus objetivos fundamentales la regulación de su sexualidad y su capacidad reproductiva, «el cuerpo de la mujer-madre y de la mujer-objeto sexual ha sido la guía y la diana en las actuaciones de la medicina oficial hacia las mujeres» (Uría y Mosquera 2013, 218). En el sistema sanitario se ha depositado el poder para decidir la administración de anticonceptivos y autorizar la interrupción de embarazos no deseados, así como para determinar quienes pueden acceder a las técnicas de fecundación in vitro, discriminando a las mujeres lesbianas o las mujeres heterosexuales sin pareja. Asimismo, la tecnología médica también se utiliza para la producción de biologías e identidades que refuerzan el dualismo sexual, sexualizando y generizando a los cuerpos intersexuales, contribuyendo de este modo a la construcción de la diferencia sexual (García-Dauder 2014). Podemos hablar de una verdadera política sanitaria del patriarcado.

Como consecuencia de esta política patriarcal, el cuerpo es considerado uno de los territorios centrales para la articulación de los enunciados femi-

nistas y la materialización de una nueva subjetividad. El cuerpo, que había estado «habitado por fantasmas clericales, demonios patriarcales y prejuicios cartesianos» (Taboada 2003, 5), ya no se entiende como un ente estrictamente natural y estable, sino como el lugar donde lo personal, lo cultural y lo político confluyen y se expresan. Mari Luz Esteban, en su libro *Antropología del cuerpo. Género, Itinerarios corporales, identidad y cambio* (Esteban 2004), recoge la historia feminista en relación a la reconceptualización del cuerpo y la creación de nuevas categorías para pensarlo, personal y políticamente. Señala que las desigualdades sociales y de género están inscritas en el cuerpo. Las prácticas de género son físicas, sensoriales, motrices, emocionales y las luchas feministas son luchas encarnadas. Convertirse en mujer implica un trabajo corporal de generización. El cuerpo también se construye, no solo el género, la identidad de género es siempre una identidad corporal. La antropología feminista del cuerpo incorpora el cuestionamiento de la dualidad entre los sexos y los géneros, contribuyendo a romper con estas dualidades. En este marco, la diversidad de mujeres que se sienten fuera de la dicotomía tradicional sexo-género, pueden encontrarse reconocidas y nombradas, validadas para existir, con la posibilidad de situarse y expresarse también corporalmente en un continuo diverso y plural. Mari Luz Esteban analiza también la relación entre cuerpos y políticas feministas. El cuerpo está siendo procesado social y políticamente como lugar de resistencia y creatividad, además de sometimiento y dolor, y esto está contribuyendo a que las mujeres se conviertan en agentes de sus propias vidas y no solo en víctimas. Los itinerarios corporales son también itinerarios de autotransformación. Por ello, las conceptualizaciones feministas sobre el cuerpo y las propuestas para el empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos serán incorporadas en el trabajo en salud con las mujeres, siendo uno de los objetivos nucleares, como veremos en el apartado siguiente.

Los análisis crítico-feministas sobre la construcción patriarcal de la feminidad también establecen estrechas relaciones con la salud. Los ideales de feminidad y la construcción de una identidad femenina que implica el desarrollo de sentimientos, comportamientos y el desempeño de roles han sido analizados como factores determinantes de la salud de las mujeres (Burin 1987; Dio Bleichmar 1984; González de Chávez 1988; 1999; Martínez-Benlloch 2001; Martínez Benlloch et al. 2001; Tubert 1988; Velasco 2002; 2006). Las prescripciones de la feminidad abarcan modos de ser (complacientes, abnegadas, prudentes, amables, disponibles…), modos de estar, comportarse, mostrarse, vestirse, calzarse, alcanzando incluso aspectos como las posturas

corporales (ocupar poco lugar, las piernas juntas…)[135] y la modulación de la voz (hablar bajo y suave…). Se dirigen a la consecución de la sumisión de las mujeres y a despojarlas de herramientas que les permitan empoderarse y defenderse, tanto física como emocionalmente, frente a la violencia. Silvia Tubert lo expresa de este modo:

> Los ideales vinculados a la feminidad que dominan el imaginario social son responsables, en parte, del malestar femenino en nuestra cultura, en tanto coadyuvan a la subordinación social, legal, económica y familiar de las mujeres, imponiendo unos modelos de identidad (…). La renuncia, represión y alienación que generan esos ideales se pagan con las neurosis u otras patologías (…), los trastornos de la alimentación, especialmente la anorexia, nos permiten apreciar, como si se tratara de una lente de aumento, los efectos de los modelos de identidad femenina que dominan en el mundo occidental –fundamentalmente los referidos a la imagen corporal ideal y los medios prescriptos para alcanzarla– (2011a, 28).

Los llamados desórdenes de la alimentación, como la anorexia y la bulimia, que desarrollan mayoritariamente las mujeres, se analizan desde el marco feminista como una consecuencia directa de los ideales de feminidad construidos por el patriarcado, como también señaló Mari Luz Esteban:

> Algunas profesionales están abandonando líneas más clásicas y patologizadoras de entender problemas como la bulimia, la anorexia y la obesidad, y aportando análisis más sociosanitarios que ponen dichos fenómenos en relación directa con mensajes sociales contradictorios sobre la sexualidad, el autocontrol y el cultivo del cuerpo, y que sacan a la luz componentes de rebeldía, transgresión y contradicción con los roles tradicionales por parte de las mujeres afectadas (2001, 71).

En este sentido, Eulalia Gil García ha analizado los discursos de las ciencias de la salud sobre los trastornos alimentarios (2006), señalando que

[135] Por el contrario, los hombres han sido socializados para ocupar el espacio con sus cuerpos, asunto que ha pasado a la agenda política feminista internacionalmente y también en algunos ayuntamientos españoles. En junio de 2017, el ayuntamiento de Madrid realiza una campaña en la que visibiliza las posturas de las piernas de los hombres al sentarse en los transportes públicos, que suponen una invasión de los asientos de otras personas. Con esta campaña pretende su toma de conciencia y un cambio en sus comportamientos. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2017/06/08/mujeres/1496932532_826145.html. (Consulta: 18/06/2017).

existe un discurso nutricionista y otro preventivista, y ambos responsabilizan a las madres de los cambios sociales, en cuyo origen sitúan estos trastornos. Por el contrario, los análisis feministas los sitúan como síntomas que expresan el malestar del lugar asignado a lo femenino en la cultura patriarcal (Gil 2007, 29) y tienen una clara génesis en los procesos identitarios, construidos desde los medios de comunicación y todas las instancias educativas (Esteban 2010, 63). El ideal y las prescripciones de feminidad suponen la valoración personal y social de las mujeres por su juventud y belleza, con el claro objetivo de su disponibilidad sexual para los varones, lo que ha generado una línea de pensamiento e investigación en el feminismo en torno a la edad y el envejecimiento, iniciada ya por Simone de Beauvoir. Entre las estudiosas de este tema, Ana Freixas ha cuestionado los mitos patriarcales sobre la menopausia y el envejecimiento (2005; 2007; 2013), poniendo de manifiesto la realidad de la experiencia de muchas mujeres en esta etapa vital y en este periodo histórico, visibilizando y resaltando su libertad, la fuerza de los vínculos con otras mujeres y el desarrollo de proyectos empoderantes (Freixas 2013).

El sistema sanitario ha contribuido a reforzar los patrones de feminidad y masculinidad y a reproducir las relaciones de género, especialmente durante la atención al embarazo, parto y posparto (Blázquez 2010; Imaz 2010) y, por consiguiente, como señala Julia Ojuel, también puede tener un importante papel en su transformación:

> Conocer la identificación de cada paciente con los géneros y los roles es importante porque nos va a dar muchas posibilidades de intervención clínica, ya que, igual que incentivamos el cambio por unos estilos de vida saludables, podemos incentivar el cambio de patrones de conducta mostrando que la feminidad y la masculinidad tradicional tiene sus costes en términos de salud y en términos de felicidad sexual. Dicho en palabras de gerencia, cuestionar roles mejora la calidad y la equidad de la asistencia sanitaria (2012b, 14).

La sexualidad ocupa también un lugar clave en los discursos sobre la salud de las mujeres. La regulación del deseo femenino en la cultura patriarcal ha sido una cuestión central en el feminismo, al ser uno de los ejes sobre los que se institucionalizan y organizan las relaciones de dominio y subordinación. El ser para otros incluye también, y sobre todo, la disponibilidad sexual de las mujeres para los varones, para lo que el patriarcado ha

utilizado numerosos dispositivos, que se han ido transformando y tomando nuevas formas, dependiendo del momento y contexto histórico: la naturalización de la heterosexualidad y la construcción de las lesbianas como enfermas, desviadas y delincuentes (Platero 2008, 21), la promoción del orgasmo vaginal con el único fin de valorizar las relaciones heterosexuales (Suárez Briones 2013, 18), la hiperheterosexualización de las mujeres y las niñas a través de lo simbólico, del lenguaje, de las imágenes y la publicidad, la pornografía, la erotización de la violencia y el dominio sexual masculino, la normalización de la prostitución (Cobo 2015; Soley-Beltrán 2011; Revista *MYS* 2008b). La medicina se ha hecho cargo del control de la sexualidad femenina desde la antigüedad; prueba de ello son las mutilaciones sexuales con las que pretendía curar el deseo sexual, la llamada «deshonestidad», las tendencias lujuriosas y el lesbianismo (Tubert 2011, 36)[136]. El sometimiento de la sexualidad de las mujeres a las demandas y deseos masculinos, las relaciones sexuales impuestas, incluso como «débito conyugal» en el matrimonio, los abusos y la agresiones sexuales, las violaciones como «curación» de las lesbianas, en definitiva, toda forma de violencia sexual tiene graves repercusiones en la salud y la vida de las mujeres.

El feminismo ha cuestionado los discursos del sistema sanitario sobre la sexualidad, que inciden en los peligros para la salud y los riesgos de enfermedad, «la sexualidad solo es relevante en cuanto que cause una enfermedad»

[136] También Victoria Sau señaló que «en 1950 se utiliza todavía la lobotomía para dejar a las lesbianas sin respuesta sexual alguna, los fármacos, las drogas, los inhibidores sexuales, la terapia de aversión al propio cuerpo y otros métodos» (1979, 6). La película *Electroshock* realizada en 2006, muestra el tratamiento recibido por las lesbianas en España en la época del franquismo a través de una historia real: «En diciembre de 2001 apareció una noticia pequeña en el diario El País que pasó casi desapercibida. La noticia daba cuenta de una sentencia en la que se reconocía que Isabel M. había matado a su compañera con la que había vivido 30 años, eso sin llegar a calificar dicha muerte como asesinato. La sentencia consideraba que Carmen B. le había pedido a Isabel reiteradamente que la matara cuando su enfermedad mental hiciera la vida de ambas imposible. A través de los diarios de Carmen, el tribunal tuvo acceso a una vida llena de sufrimiento que solo encontró un fin cuando su compañera decidió ayudarla a morir. La sentencia daba cuenta de que la enfermedad mental de Carmen provenía de los *electroshocks* que había sufrido en su juventud cuando su familia, enterada de su relación lésbica con Isabel, la internó en un psiquiátrico en donde sufrió todo tipo de tratamientos que la enloquecieron. Después de eso, toda su vida necesitó asistencia psiquiátrica. Parece ser que esa fue la tónica de las mujeres disidentes en España; no la cárcel, como en el caso de los gays, sino los psiquiátricos» (Gimeno 2005, 191). Asimismo, Empar Pineda señala que en la década de los años setenta muchas lesbianas sabían de otras «a las que sus padres habían puesto en manos de psiquiatras para que las curaran a base de sesiones de descargas eléctricas mientras les mostraban desnudos femeninos» (2008, 32).

(Platero 2008, 186). En ese sentido, Soledad Murillo señaló que la sexualidad es uno de «los puntos ciegos del sistema sanitario, poco propenso a pensar en lugares que no pueda explorar, como el afecto, el erotismo, puntos clave a juzgar por su tratamiento en las entrevistas y los grupos de discusión, porque sobre ellos parecía gravitar su bienestar» (2004, 164). La médica de atención primaria Julia Ojuel explica el lugar que la sexualidad ocupa en la actualidad en las consultas sanitarias:

> Consideramos que es demasiado íntimo preguntar a una persona en la consulta si no tiene pareja, o si tiene una o varias, si tiene una relación cálida y cercana con las personas que quiere, si es feliz, si sus relaciones sexuales son satisfactorias, si se identifica como hombre, como mujer o como trans, si se masturba o si una enfermedad que padece le influye en su actividad o satisfacción sexual. La excusa para no preguntar suele ser que 'la afectividad y la sexualidad son cosas muy personales'. En realidad, a mí me parece que es consecuencia de la represión interiorizada y del miedo a no saber gestionar las respuestas que podamos recibir. El discurso de la represión está cargado de tópicos para evitar profundizar demasiado. Mucho ensayo clínico y mucha medicina basada en la evidencia y luego resulta que nos lo creemos todo y no cuestionamos lo que dicen estos tópicos, mayoritariamente patriarcales y cargados de sexismo, heterosexismo y edadismo (2012b, 14).

Debido a ese marco desde el que ha operado el sistema sanitario, el impacto de la lesbofobia, la invisibilidad, el ocultamiento, la emigración sexual y la exclusión en la salud de las lesbianas no ha sido incorporado como objeto de atención e investigación sanitarias y, como señaló Pilar Villalba:

> Se desconoce cómo afecta el silencio y la doble vida, cómo se manejan en los ámbitos educativos, sanitarios, sociales, qué carga moral y psicológica sostienen a sus espaldas, cómo se plantean la maternidad, cómo les condiciona en su decisión de ser madres el hecho de acceder a un sistema sanitario y ginecológico que obvia que entre mujeres haya sexualidad y deseo de formar una familia. En definitiva, a qué problemas se enfrentan como mujeres que viven una orientación sexual diferente y cuyo universo cambia en las distintas etapas de la vida (2008, 170).

El antropólogo José Ignacio Pichardo recogió las conclusiones de diversos estudios que señalan que el porcentaje de mujeres con comportamientos

adictivos (alcohol, tabaco, drogas) que tienen importantes repercusiones para la salud es mayor entre las mujeres lesbianas que en las heterosexuales, debido al sufrimiento causado por su invisibilidad, el ocultamiento y la soledad (2006). La activista feminista Pilar Moreigne lo relató en primera persona de este modo:

> Nací en 1963. Viví en una época en la que no existía el lesbianismo (…). Mi vivencia es de profunda soledad (…), esta mutilación, esta soledad impuesta, te lleva al alcohol (…), el alcohol como algo que te permite sobrevivir frente a esa soledad, soportarla (…). Durante muchísimos años bebí, bebí como suelen beber las mujeres: de manera autodestructiva (…), la imposibilidad de relacionarse supone muchísimo sufrimiento (…). Soy consciente de mi insatisfacción, pero no sé de dónde viene (…), hasta que a los treinta años entro en contacto con el feminismo y luego con mujeres feministas y, por fin, despierto, es lo que buscaba (…). A partir de ahí empiezo a entender lo que me pasa, es casi una curación (Hernández y Moreigne 2014, 143-144).

Pichardo también advirtió que la asunción por el sistema de salud de que todas las mujeres son heterosexuales supone serias dificultades para la atención a la salud de las mujeres lesbianas: no existen prácticamente estudios epidemiológicos, ni investigaciones, ni políticas públicas encaminadas a conocer mejor sus problemas específicos de salud, ni a proveer los instrumentos para mejorar esta situación. Un ejemplo claro es la investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2004 sobre sexualidad, cuyo objetivo era obtener datos para la prevención del VIH-SIDA. Se excluyó a las lesbianas de la muestra, ya que en el cuestionario de la encuesta se consideraban relaciones sexuales aquellas en las intervenía al menos un varón y se definían como relaciones sexuales aquellas en las que hay penetración vaginal, anal u oral. Obviamente, señala Pichardo, no se extrajo ningún resultado sobre la salud sexual de las lesbianas. También afirma que existen numerosos casos de lesbianas encerradas en psiquiátricos en nuestro país que ni siquiera están documentados porque la presión social y familiar sigue haciendo que algunas jóvenes acepten someterse a tratamientos psiquiátricos por ser lesbianas (Pichardo 2006, 360).

En los últimos años se plantea la necesidad de formular estrategias de salud e intervenciones sanitarias en torno a la sexualidad que no sean heterocentradas, así como la importancia de visibilizar y hacer presentes otros cuer-

pos, otras sexualidades y otras formas de vida no familiocentradas (Iglesias 2013; Ojuel 2012b). Los discursos feministas han centrado sus esfuerzos en la conceptualización de la sexualidad como una fuente de placer y comunicación, que hace posible una vida más íntegra, plena y con mayor salud y en las mujeres como sujeto de su sexualidad (Creación Positiva 2009; Olivella y Porroche 2012; Sanz 1999; Revista *MYS* 2006c).

La maternidad es otra de las instituciones más fuertemente utilizadas por el patriarcado para el control y sometimiento de las mujeres. Sus discursos se asentaron sobre los mitos del instinto maternal y el amor maternal, la creación de la figura de la madre ideal o la buena madre, la mujer-ama de casa-madre, las madresposas (Lagarde 1990; Sáez 1999; Sau 1999). Los discursos feministas sobre la maternidad han cuestionado las categorías de «instinto maternal» (Badinter 1991), las «madres patógenas» y la mirada culpabilizadora que conlleva, el ideal maternal, la «buena madre» como la siempre disponible, posponiendo sus deseos y necesidades personales, la maternidad como la única y completa realización personal y el reduccionismo de la maternidad a sus aspectos biológicos, sin contemplarla como una categoría sociopolítica (Burin 1987; Sáez 1988; 1999; Sau 1996). Así como las mujeres se han visto como meras reproductoras biológicas y la maternidad como dependiente de la naturaleza, la paternidad se ha contemplado, sin embargo, como un hecho social, que le añade incluso una plusvalía simbólica (Moncó 2009). Victoria Sau afirmó que, en el patriarcado, la maternidad no existe, hay un vacío de maternidad, los hijos son propiedad del padre, las mujeres todavía no han podido ejercer la maternidad real y simbólica. En ese sentido señala: «Si la maternidad se hubiera desarrollado en lo social, político y cultural como lo ha hecho la paternidad, ¿tendrían las mujeres que mendigar su derecho al aborto? ¿Perderían el empleo por quedar embarazadas?» (Sau 2003, 1).

La maternidad como institución del patriarcado, apoyada también en la mística de la feminidad, contribuyó a afianzar el enclaustramiento doméstico de las mujeres y su disponibilidad para el trabajo doméstico y de cuidados, su exclusión de la vida profesional, social, política y económica o añadió a su incorporación a estos ámbitos altos costes personales, también para la salud. La responsabilidad social del crecimiento y desarrollo de las criaturas fue adjudicada a las mujeres en exclusividad, sin corresponsabilidad social ni masculina. Las consecuencias en la salud de la sobrecarga física y emocional y del aislamiento social que supuso para muchas mujeres fueron numerosas: depresión, ansiedad, baja autoestima, malestares y dolores, dependencia emocional y económica. La maternidad como único proyecto de vida y única fuente

de realización personal también tuvo como consecuencia el vacío existencial cuando esta tarea finaliza. Lidia Falcón señaló al respecto que todos los textos de la psiquiatría y de la psicología, tanto oficial como de la oposición, tratan despreciativamente el problema de la mujer de cuarenta años que acude a tratamiento porque sufre una depresión reactiva como consecuencia de que el proyecto de vida al que fue destinada, el cuidado de los hijos, finaliza. Buscan entender sus frustraciones, su insatisfacción, el sentimiento de haber sido estafadas (Falcón 1994, 342-344).

En la actualidad, las mujeres están reescribiendo el significado y las repercusiones en sus vidas de la experiencia de ser madres en sus aspectos biopsicosociales y simbólicos (Cánovas 2010; Llopis 2015; Olmo 2013) y se debaten en cómo devenir mujeres-sujeto, siendo madres o no, incorporando a sus vidas numerosas fuentes de realización personal. La realidad actual de las madres lesbianas (Platero 2014b), la maternidad transnacional de las mujeres migrantes que dejan a sus hijas e hijos en los países de origen para cuidar a las criaturas y personas mayores en los países ricos, y que mantienen los vínculos y la responsabilidad de su cuidado material y afectivo aun sin presencia física (Pérez-Orozco y López-Gil 2011), pueden contribuir a la creación de otro simbólico materno y a romper los patrones tradicionales del ideal maternal como el ejercicio de la maternidad intensiva, que incluye la presencia física y la disponibilidad existencial.

El sistema sanitario ha contribuido a reforzar el ideal maternal y la maternidad como la necesaria fuente de realización personal, ensalzando y promoviendo el amor simbiosis mujer-madre-niño, de un modo especial a través de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, desde los que se continúa normativizando a las mujeres:

> La atención sanitaria ordena cómo debe ser la asistencia a las mujeres desde el embarazo hasta que se recuperan después del parto. Pero además normativiza cómo deben ser las vivencias de las mujeres contemporáneas en torno a la maternidad, como se constata en sus declaraciones en forma de protocolos y guías, al igual que en la práctica de sus profesionales (Blázquez y Montes 2010, 84).

Asimismo, el sistema sanitario ha sometido a las mujeres a múltiples presiones y violencias durante la atención sanitaria en estos procesos. La violencia obstétrica[137] implica un trato deshumanizado durante el parto, un lenguaje

[137] Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/. (Consulta: 12/06/2017).

grosero con burlas y críticas, falta de intimidad, así como prácticas médicas invasivas y no necesarias, como el rasurado, las cesáreas, las episiotomías sistemáticas, las posturas obstétricas que no favorecen el trabajo de parto, pero que se realizan a menudo para el bienestar de los profesionales y no de las mujeres (Uría y Mosquera 2013, 318). Lidia Falcón realizó una crítica feroz a los ginecólogos y al método psicoprofiláctico del parto, que promueve el parto sin anestesia, señalando que mientras se trata de aliviar el dolor a las personas enfermas, torturadas o accidentadas, a las parturientas se las ignora o se las ridiculiza (1994, 219). Es preciso, argumenta:

> Derrotar a la mujer en los partos, puesto que ha sido imposible lograrlo en las calles, en el Parlamento o en las fábricas. Si quieren igualdad en las leyes, en el trabajo, en el matrimonio, en la política, por lo menos no la hallarán en el quirófano. La maldición mosaica seguirá vigente para ellas. Parirán con dolor en pleno siglo xx (Falcón 1994, 218).

En la actualidad, son diversos los planteamientos y demandas ante la atención sanitaria obstétrica, como diversas son las mujeres y sus contextos y subjetividades, desde el deseo de no intervención médica y la realización del llamado parto natural en los hospitales o en casa, hasta la reivindicación de partos con anestesia y con el menor dolor. El derecho de las mujeres a decidir cómo quieren vivir estos procesos y a protagonizarlos es otro objetivo político feminista en el ámbito de la salud.

Las tecnologías reproductivas han sido también un tema de gran relevancia, consideradas como la culminación de los procesos de medicalización de la vida de las mujeres debido, entre otras razones, a la banalización de la fragmentación del cuerpo y del proceso reproductivo, a los intereses económicos que refuerzan los deseos socialmente construidos de las mujeres y porque abren la posibilidad a que las mujeres más pobres se conviertan en madres de alquiler (Pérez Sedeño 2014; Taboada 1986; Tubert 1991; 2011b). En palabras de Silvia Tubert:

> Reconocer, además de la obscenidad del mercantilismo que obtiene enormes beneficios económicos de la organización social del mercado de la reproducción, lo que se ha dado en llamar ‘efectos perversos’, pero que quizá tendríamos que denominar ‘efectos psicóticos’: la fragmentación infinita y el tráfico de órganos, tejidos y sustancias corporales, que abre la puerta a toda clase de falsas simetrías, como la que se establece entre la

> donación de órganos y la donación de órganos reproductivos o gametos (…), es el cuerpo de la mujer el que se convierte en 'laboratorio viviente' de la biotecnología (…) bajo la forma de cuerpos reducidos a la categoría de organismos, despojados de sus referentes subjetivos e infinitamente fragmentados. Aunque la procreación en el ser humano es indisociable del deseo inconsciente, de la sexualidad y del cuerpo, las técnicas proceden como si solo se tratara de órganos o gametos (2012, 90).

Algunas autoras señalan que las pretensiones del feminismo de que las tecnologías reproductivas estuviesen en manos de las mujeres, han terminado en una nueva explotación, también anunciada, como advierte Amalia González Suárez:

> Los avances que se han desarrollado en las tecnologías reproductivas desde finales del siglo XX no han proporcionado la anhelada placenta artificial de Firestone, sino que han encontrado placentas naturales dispuestas: se trata de la gestación por sustitución, maternidad subrogada, contrato de gestación o vientres de alquiler. Diferentes modos de nombrar el mismo hecho, pero que cada uno esconde una valoración del mismo (2015, 46).

También Lidia Falcón sostuvo que «se ha inventado ya el tráfico ilegal de semen, el estraperlo de vientres femeninos y otros fraudes semejantes, que surgen en cuanto la iniciativa privada huele el dinero» (1994, 380); «las mujeres frustradas por una maternidad que no llega, situadas al borde de la enfermedad mental, son pasto de ginecólogos y de psiquiatras, dispuestas a someterse a la doble tortura de la fecundación in vitro y la cesárea» (1994, 345). Los efectos de la hormonación y de las numerosos intervenciones médicas necesarias, muchas veces dolorosas y frecuentes, así como el elevado índice de fracasos, es una información que ha sido ocultada y negada, tanto a las mujeres como a la comunidad científica, pero que ha sido desvelada por las investigadoras feministas (Asociación de Mujeres para la Salud 1987b; Taboada 1986; Tubert 1991). Por otra parte, las tecnologías reproductivas están posibilitando que mujeres lesbianas y mujeres heterosexuales sin pareja puedan conseguir un embarazo sin la intervención de los varones, contribuyendo también a la construcción de otras maternidades y otras formas de convivencia fuera el modelo de familia patriarcal.

El posicionamiento de las mujeres en los vínculos amorosos es un tema central en el análisis feminista de la subordinación de las mujeres y un factor

de mantenimiento de la desigualdad entre los sexos (Esteban y Távora 2008). Las relaciones de desigualdad en la pareja, la falta de reciprocidad, la dependencia, el control y la violencia masculina han conducido a las mujeres a la pérdida de la salud, a la enfermedad y a la muerte. Consecuentemente, este es también un aspecto de suma relevancia en los procesos de atención a la salud de las mujeres. Feministas de diferentes disciplinas han abordado su estudio (Coria 2001; Esteban 2001; Lagarde 2005; Sáiz 2013; Sanz 1995; Távora 2003) haciendo visible el papel de este pensamiento amoroso en el mantenimiento de instituciones como la familia, el parentesco, la heterosexualidad, la economía, el capitalismo y el patriarcado. Desde la Antropología feminista, los trabajos de Marcela Lagarde, *Claves feministas para la negociación en el amor* (2005), y de Mari Luz Esteban, *Crítica del pensamiento Amoroso* (2011), son imprescindibles y sus propuestas están siendo aplicadas en el ámbito de la salud. Ambas proponen otras maneras de pensar y vivir los vínculos que no impliquen subordinación, abnegación, el olvido de sí, el amor romántico como la solución que llenará toda carencia, lo que sitúa a las mujeres en un lugar de inferioridad y dependencia. A las mujeres, señalan, se las ha especializado a través de la socialización en esta forma de amar. La estrecha relación entre este modelo de amor, la desigualdad, la violencia en cualquiera de sus formas y el desarrollo de malestar, enfermedades e incluso la muerte ha sido argumentada y probada en numerosos estudios e investigaciones en los últimos años (Bosch et al. 2006; García Mina 2010; Murillo 2011; Perez Viejo y Escobar 2001; Ruiz-Jarabo y Blanco Prieto 2004; Sáiz 2013).

En las propuestas de las teóricas feministas, el amor aparece como una experiencia en la que se puede decidir, incidir y negociar. La reflexión sobre el amor supone para las mujeres una herramienta de cambio, una mirada hacia sí mismas, poder interrogarse sobre lo que se desea. Cuestionar la identificación entre mujer y sujeto amoroso, descentrar el amor de la identidad femenina (Esteban 2011) es una tarea a la que se está enfrentando el feminismo:

> La tan extendida creencia de que la fuerza del amor es capaz de solucionar todas las dificultades parte del error de ver en el amor un arma todopoderosa, y que aún pudiendo ser unilateral, igualmente es suficiente para conseguir las metas propuestas. Esa idea está presente en el imaginario colectivo, en cantidad de novelas, cuentos, refranes, poemas, y cómo no, canciones de todo tipo y de todos los tiempos. Resulta necesario replantearse una reformulación del amor, pero ese es, sin duda el mayor de los retos (Bosch et al. 2006, 173).

El impacto de las múltiples formas de violencia patriarcal sobre la salud de las mujeres[138] ha sido una de las áreas en las que el feminismo ha desarrollado un gran conocimiento, así como numerosas propuestas de intervención desde el sistema sanitario. Dadas las gravísimas consecuencias de la violencia en la salud y también por su papel en el cuidado de la familia, las mujeres frecuentarán siempre el sistema sanitario, que se convierte, por tanto, en un lugar privilegiado y uno de los agentes centrales para la prevención, prevención y atención a las mujeres que viven situaciones de violencia, a pesar de que hasta hace pocos años las mujeres maltratadas eran invisibles para el sistema sanitario (Nogueiras 2010a). Desde el marco feminista se han cuestionado los mitos y estereotipos sobre las mujeres que viven en relaciones de violencia y sobre los hombres que la utilizan para controlar a las mujeres, se ha desarrollado una teoría que explica las formas en las que se manifiestan en la salud las consecuencias de la violencia, de modo que el personal sanitario pueda realizar una detección precoz y acompañar los procesos para salir de la violencia (Areitio 2015; Nogueiras et al. 2000; Ruiz-Jarabo y Blanco 2004). En la actualidad, la violencia contra las mujeres se conceptualiza como:

> Una potentísima herramienta para sustentar el sistema de jerarquías y dominación de los hombres sobre las mujeres, para el control y la apropiación de nuestros cuerpos, nuestra sexualidad, nuestra capacidad reproductiva y nuestro trabajo, para asegurarse el ser cuidados y atendidos material, emocional y sexualmente, así como para mantener sus privilegios y conseguir la obediencia y el sometimiento de las mujeres (Nogueiras 2011, 32).

El ejercicio de la violencia se enseña y se autoriza desde el ámbito social y simbólico y se aprende y se interioriza individualmente, pasando a formar parte de la subjetividad masculina. En palabras de Victoria Sau, «los malos tratos individuales son la manifestación particular y específica de los malos tratos estructurales, institucionalizados, que forman parte del orden patriarcal. Las masculinidades son patrones colectivos, ejecutados por hombres individuales» (1998, 166). Por eso, como señala la ginecóloga feminista Paloma de Andrés:

[138] En 1982 se reconoció en Estados Unidos el Síndrome de Mujer Maltratada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Cid 2007, 72).

> La violencia se ha convertido en una estrategia de dominio al servicio de los hombres maltratadores, que la utilizan si la consideran necesaria para mantener su poder, para ejercer su 'derecho' a ser cuidado y atendido material, emocional y sexualmente, para agredir a otros hombres en los cuerpos de 'sus' mujeres, y para aterrorizar e intimidar cuando siente miedo a ser abandonados (2010, 375).

A pesar de los esfuerzos realizados para que las y los profesionales incorporen el marco de intervención feminista ante la violencia, la violencia contra las mujeres está siendo abordada con paradigmas tecnificados, como un problema más, el de «las mujeres maltratadas», para el que se aplica un paquete de intervención desde el sistema sanitario y educativo, desde la psicología o el trabajo social, así protocolos de coordinación desde las diversas instituciones sociales que se ven implicadas, considerando de este modo, a las mujeres que viven relaciones de maltrato, como un objeto de intervención y un asunto más que hay que abordar (Nogueiras 2011). En este sentido, Begoña Marugán y Cristina Vega afirman que, en el marco de la creciente individualización y privatización de los problemas sociales, la violencia es analizada como un problema de la familia, el matrimonio, lo doméstico y las pasiones. Señalan como uno de los rasgos de la focalización actual de la violencia «el surgimiento de la categoría mujer maltratada como un sujeto o, más bien, un objeto de análisis que extrañado con respecto al resto de las mujeres se define, por encima de todo, en su relación con las agencias del Estado, es decir, en su condición de asistida» (Marugán y Vega 2002, 417).

En ese sentido, se está produciendo una fuerte crítica feminista a los discursos profesionales, sanitarios y también políticos, que están vaciando de contenido los análisis feministas de la violencia contra las mujeres, entendida como una manifestación y una necesaria herramienta del sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres. Numerosas feministas han realizado análisis críticos sobre estos discursos, que recoge Amparo Bonilla (2014). Entre otras, Luisa Posada, que señala:

> El problema de la violencia contra las mujeres resulta ser también el problema del discurso en que esta violencia está inserta. El mismo sistema que condena los asesinatos a la vez perpetúa las condiciones sociales. El rechazo no siempre es conciencia crítica de sus causas estructurales, se reduce la violencia al orden privado. La violencia no es una lacra que afecta al conjunto de la vida político-social, cuanto un efecto que esta misma sigue regenerando (2008, 60).

Como también señaló Luisa Posada, las perspectivas especializadas se ocupan del hecho violento, entendiéndolo como crimen o patología dependiendo de la disciplina desde la que se aborden. Se atenúan, además, los hechos violentos a través de operaciones de psicologización, psiquiatrización, biologización y judicalización. Solo desde la teoría feminista, afirma, la violencia puede ser leída como discurso de poder, haciendo imposibles aquellas lecturas que quieren abstraer el análisis de esta violencia del terreno de la desigualdad de los sexos o que aun partiendo de esa dinámica de desigualdad, pretenden reducir el rechazo social ante esta violencia a la necesaria, pero insuficiente, condena de sus brutales manifestaciones como delito (Posada 2001).

La violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja se ha judicializado, también en el sistema sanitario (Areitio 2007). Las campañas institucionales, los protocolos sanitarios y muchos profesionales insisten que la solución pasa necesariamente por la denuncia, con lo que, como señala Begoña Marugán, el problema queda reducido a un problema técnico a resolver por el Estado. Los mensajes reduccionistas, del tipo «solo necesitas un dedo» para marcar el teléfono y realizar la denuncia o la solución está en tus manos, contribuyen a simplificar la complejidad y dificultad de un proceso en muchos casos largo y doloroso, que se inscribe en los cuerpos, además de cargar a las mujeres con la responsabilidad de la solución de su problema (Marugán 2012). Se olvidan las condiciones materiales de vida de las mujeres al decir en las últimas campañas institucionales, «al primer insulto, vuela». Begoña Marugán y Cristina Vega analizan también el carácter que va tomando la violencia como asunto competencia del Estado. Por primera vez el Estado intenta limitar el poder de control de los cabezas de familia en los hogares, pero lo hará como si la violencia contra las mujeres fuera solo una cuestión a gestionar y además la gestión se abordará como emergencia. Gestionar la violencia como emergencia no permitiría acabar con la misma, señalan, ni siquiera contribuirá a paliar sus consecuencias, simplemente tratará de limitar sus manifestaciones más brutales, que en este caso son los asesinatos y la violencia física producida por parte de los compañeros o ex compañeros sentimentales (Marugán y Vega 2002; Marugán 2012). El Estado, en este sentido, normalizará el estado de excepción y reformulará su papel de forma creciente en términos de seguridad para evitar los asesinatos, aunque no atacará ni la discriminación, la desigualdad ni el androcentrismo, elementos desencadenantes de las agresiones.

Por otra parte, y en amplia contradicción con estos mandatos institucionales, las mujeres experimentan nuevas formas de violencia en sus relacio-

nes con el ámbito judicial: la aplicación del Síndrome de Alienación Parental (SAP)[139] como contra-reacción a la autonomía de las mujeres, considerada ya como una nueva forma de violencia institucional contra las mujeres (Barea 2009), el desprestigio de las mujeres que denuncian, atribuyéndoles denuncias falsas, la disminución del número de órdenes de protección. Asimismo, está aumentando el número de hombres maltratadores que denuncian, incluso antes de que las mujeres lleguen a hacerlo, y desde los tribunales el maltrato se está entendiendo como violencia mutua, dictando órdenes de alejamiento dobles, para las mujeres y los hombres. Se está produciendo con mucha fuerza el intento de igualar a las mujeres con los hombres en el ejercicio de la violencia, aunque no en el reconocimiento y ejercicio de derechos.

El lenguaje sobre la violencia que se utiliza en los discursos políticos e institucionales nombra y señala a las mujeres que viven relaciones de violencia como «las víctimas», situándolas como excepción, «las otras», como si las mujeres que no son asesinadas o no viven en relaciones de maltrato estuviesen libres de la violencia del sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres. Como subraya Marcela Lagarde, en los discursos públicos y políticos sobre la violencia contra las mujeres y en los medios de comunicación intervienen con legitimidad personas ignorantes en la materia (Lagarde 2014, 147). Las fuentes consultadas casi nunca son fuentes especializadas y en muchas ocasiones, la información sobre un maltratador que asesina a su pareja o expareja se obtiene únicamente del vecindario. En los discursos sociopolíticos y sanitarios, la violencia en la pareja sigue siendo tratada como un suceso, sin considerar sus causas estructurales.

Desde el feminismo se conceptualiza también como violencia la medicalización, la psicologización y psiquiatrización que el sistema sanitario ha ejercido sobre las mujeres, sobre sus cuerpos y sus vidas, su sexualidad y sus procesos reproductivos, las crisis vitales y los duelos. La era de la globalización, además, está haciendo posible la visibilidad de antiguas y nuevas modalidades de violencia (Amorós 2011; Cobo 2011), que también se hacen presentes en el sistema sanitario a través de mujeres que llegan a España procedentes de otros países, donde han sufrido ablación del clítoris, infibulación, han for-

[139] Denominación que Richard A. Gardner dio al rechazo de la hija o hijo al padre después de una separación, proponiendo como «curación» la separación de la madre. Este síndrome no es científico, sino una descripción sesgada y tendenciosa, interpretada bajo los parámetros de una ideología patriarcal. Este rechazo se produce con los padres que han tenido con él o ella una conducta violenta y, en muchos casos, de abusos sexuales. Numerosos profesionales de la medicina y la salud mental emitieron un comunicado contra la aplicación de este síndrome en los procesos de separación y los litigios por la custodia.

mado parte de redes de trata con fines de explotación sexual y económica, o se han visto involucradas en matrimonios concertados. Como veremos en el capítulo 4, desde el sistema sanitario se está impulsando la elaboración de protocolos de atención a las mujeres que sufren estas formas violencia.

Los cuidados de personas enfermas, dependientes y mayores, en muchas ocasiones compatibilizados con el cuidados de las criaturas, son realizados mayoritariamente por las mujeres y tienen graves consecuencias en su salud. Como manifestó Soledad Murillo, «todas hemos visto a mujeres extenuadas, envejecidas, saqueadas por el cuidado. Este no es un comportamiento masoquista, en absoluto, es el resultado de un pertinaz discurso social que transforma en excelencia lo que implique desprendimiento de sí en las mujeres» (2004, 170). Señala Murillo que cuando aparece la enfermedad hallamos a un sujeto femenino tan volcado en la salud del otro como descuidada en la suya propia. Para la recuperación de la fuerza física y mental es particularmente importante disponer de un tiempo de ocio, claramente diferenciado del tiempo de actividad. En las mujeres, sin embargo, es muy difícil hablar de autocuidado, buscar tiempo para sí es un doble salto mortal sin red, afirma. Ante este escenario, resulta oneroso que los servicios de salud establezcan grupos de apoyo para las cuidadoras, es decir, que un planteamiento de intervención en la salud iría de la mano de potenciar el reparto del cuidado, más que en hacer a la mujer todavía más competente en la gestión de la enfermedad. El cuidado puede volverse incompatible con el ejercicio de la individualidad, no hay lugar para el repliegue en una misma, ni para acceder al tiempo propio (Murillo 2004, 169). María Angeles Durán visibilizó el sistema dual de cuidados, el institucional y el doméstico, destacando que los actos médicos solo son una pequeña parte del conjunto de acciones para el cuidado de la salud. La mayoría de estos cuidados se realizan por las mujeres en el ámbito doméstico. Por ello, advirtió sobre la necesidad de tenerlo en cuenta en la planificación de las políticas sanitarias:

> Las políticas sanitarias no lograrán eficacia en tanto que ignoren esta premisa básica; si se sigue planificando el cuidado de la salud como si el sistema doméstico fuera insensible a las exigencias del sistema institucional o como si nada estuviera cambiando dentro de las relaciones familiares, el fracaso de las reformas está garantizado (Durán 1987, 84).

Precisamente por la carencia de políticas que incidan en el reparto de los cuidados y en la asunción de estos como una cuestión pública, estamos asistiendo a

lo que el feminismo ha denominado las cadenas globales de cuidados, mujeres de países pobres que emigran dejando sus criaturas al cuidado de sus madres, para dedicarse al cuidado de las criaturas y personas mayores en los países ricos (Pérez-Orozco y López-Gil 2011). Alicia Llacer y Lucía Mazarrasa, entre otras, analizan el impacto en la salud de las mujeres emigrantes, de la precariedad social y económica, las ocupaciones marginales y en ambientes hostiles, la carga de trabajo que les impide tener tiempo para su propio desarrollo, las exigencias de adaptación al entorno, las dificultades administrativas para acceder a la atención sanitaria pública, las pérdidas y los duelos que implica el proceso migratorio, la violencia en sus vidas previas y posteriores a este proceso. Todo ello genera sentimientos de angustia, ansiedad, soledad y depresión, que se manifiesta en numerosos problemas de salud (Hourcade 2010; Llacer y Mazarrasa 2013).

También la salud y el bienestar de las profesionales y activistas comenzó a ser un tema importante y a tenerse en cuenta en la última década, especialmente a partir de la implementación de programas de atención a mujeres en situaciones de violencia, en los que las profesionales de la salud tomaron conciencia de que «el dolor, la violencia, el sufrimiento, toca nuestras heridas, el trauma es contagioso. Nos hace vulnerables física y emocionalmente, produce agotamiento, extenuación emocional y el síndrome de 'quemarnos', desarrollamos malestar, enfermedad» (Claramunt 1999, 5). A las activistas y a las profesionales, como declaran las autoras del libro *Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar* (Barry y Djorjdevic 2010):

> Las historias se nos quedan pegadas. Hay compañeras que van a llorar al *water*. Muchas de nosotras estamos cansadas, desgastadas, deprimidas y enojadas, muchas hemos pasado periodos de crisis intensas, muchas estamos de baja, o enfermas. La atención a las necesidades físicas, emocionales y vitales propias ha sido uno de los puntos débiles en nuestro trabajo (Barry y Djorjdevic 2010, 4).

Se están incorporando en la formación de profesionales que trabajan en la atención a mujeres en situaciones de violencia, en las jornadas y encuentros profesionales y en los manuales para la intervención, aspectos sobre el autocuidado y la protección para disminuir el daño producido por el trabajo con situaciones de intenso dolor y de violencia[140]. El *burnout* y la fatiga por com-

[140] Entre ellas, las jornadas «Cuidado, apoyo y formación para profesionales que trabajan con víctimas de violencia de género. Talleres de apoyo a las profesionales: recursos para preservar la salud del proceso de intervención y la de las profesionales. Cuidarnos y cuidar», que

pasión son también un tema importante en la Red de Mujeres Profesionales de la Salud (Revista *MYS* 2006a; Revista *MYS* 2009b).

Unido a ello, numerosas profesionales que trabajan en ONG o en empresas contratadas por instituciones públicas para la prestación de servicios de atención a las mujeres, están reflexionando y denunciando la violencia institucional que sufren como trabajadoras:

> La distancia que existe entre nuestro discurso sobre los derechos humanos y la justicia social y la realidad de las prácticas laborales de nuestras organizaciones y espacio de trabajo. Urge reconocernos como trabajadoras, con derechos y obligaciones, desprendernos de la retórica del sacrificio militante, que solo sirve para justificar formas de violencia que jamás aceptaríamos en una fábrica o en un taller y con las que sin embargo convivimos a diario en ONG, colectivos y grupos (Barry y Djorjdevic 2010, 54).

Por último, es preciso mencionar, entre los discursos críticos sobre las enfermedades específicas que desarrollan las mujeres y la atención sanitaria que se les presta, la existencia de una línea histórica de teorización feminista sobre el cáncer de pecho (Wilkinson y Kitzinger 1996). El relato de las vivencias de la enfermedad de numerosas pensadoras feministas, partiendo de las experiencias propias, continúa siendo una constante hasta la actualidad[141]. Autoras feministas como Audre Lorde en sus *Diarios del cáncer* (2008), Fina Sanz (2002) en *Los Laberintos de la vida cotidiana* (2002), Mª Angeles Durán en *Diario de batalla, mi lucha contra el cáncer* (2003), realizan en sus textos una crítica a la atención del sistema sanitario, que consideran sexista, deshumanizada y tecnificada, y proponen otras claves para transitar, elaborar y atravesar estas vivencias dolorosas. Feministas lesbianas como Isabel Franc y Susanna Martín, en su comic *Alicia en un mundo real* (2010), al igual que Audre Lorde, critican desde su vivencia lesbiana el heterocentrismo sanitario ante el cáncer de pecho.

se celebraron en Madrid en 2009, en el marco del plan de coordinación, formación y apoyo a profesionales de los puntos municipales del observatorio regional de la violencia de género, organizadas por la Dirección General de la Mujer de la CAM; En Tenerife, en 2008, se celebró una jornada formativa en el mismo sentido, organizada por el Instituto Canario de la Mujer: «El autocuidado de las profesionales que trabajan con mujeres que sufren violencia».

141 Virginia Woolf escribió en 1925 *De la enfermedad*, texto en el que afirma: «Resulta en verdad extraño que la enfermedad no haya ocupado su lugar con el amor, la batalla y los celos entre los principales temas literarios» (2014, 26).

Las campañas sanitarias y las acciones institucionales contra el cáncer de pecho han sido objeto de crítica feminista. Ana Porroche-Escudero señala la despolitización que se produce en las carreras populares contra el cáncer de pecho, organizadas por las instituciones, y la mercadotecnia rosa en la que se apoyan. Asimismo denuncia la coacción del sistema médico para que las mujeres adopten determinados comportamientos, un modelo paternalista de educación para la docilidad, que omite informar sobre las causas estructurales del cáncer y las condiciones sociales que impactan en la enfermedad, que sobrerresponsabiliza[142] y culpabiliza a las mujeres, insistiendo únicamente en que las mujeres cambien sus hábitos de vida poco saludables y en la importancia de hacerse mamografías rutinarias:

> Como dice la historiadora y activista Grazia de Michele (2014) este mensaje es particularmente injusto cuando la evidencia científica apunta a que las mujeres, a nivel individual, 'no' pueden prevenir el cáncer y, además, tienen 'poco' poder para controlar los factores en su entorno que están asociados con la incidencia (Porroche-Escudero 2016, 8).

Porroche-Escudero analizó las campañas realizadas por la Asociación Española contra el Cáncer desde 2005 hasta 2013, prestando atención al contenido, qué se dice, y al discurso, cómo se dice. Destaca las campañas de 2005 y 2007, centradas en torno al lema «Si me quieres, hazte una mamografía», que utilizan los roles y estereotipos de género más tradicionales:

> En ambas campañas, el bienestar de la mujer se plantea como secundario al de su familia. En ambos casos se recurre al chantaje emocional. La mamografía se enmarca en la responsabilidad moral pues se presenta como la única elección aceptable para una mujer que ama a su familia. La decisión de no hacerse una mamografía insinúa la ausencia de amor y cuidado filial (Porroche-Escudero 2016, 9).

Señala Porroche-Escudero que los temas que más preocupaban al Movimiento de Mujeres por la Salud eran, tanto el empoderamiento a través de la información crítica y la promoción de la autonomía personal, como «el paso

[142] Las campañas institucionales responsabilizan a las mujeres, tanto en el caso del cáncer de pecho, con eslóganes como «solo 10 minutos puedan salvar tu vida», refiriéndose al tiempo que se tarda en hacerse una mamografía, como ante la violencia, «tu vida está en tus manos», «solo necesitas un dedo», «al primer insulto, vuela».

previo para analizar la realidad de manera crítica: entender los determinantes sociales de la salud, desarrollar la capacidad de tomar decisiones informadas y transformar tanto la realidad personal como los determinantes sociales del cáncer de mama a nivel colectivo y político» (2016, 6).

Como se expondrá en el apartado siguiente, los análisis feministas de todos estos aspectos serán incorporados en las actividades de promoción y atención a la salud y reelaborados pedagógicamente para poder ser transmitidos y posibilitar que mujeres con diferentes niveles de conciencia feminista y diversos niveles culturales puedan acceder a otras miradas, posicionamientos y claves vitales para una vida más libre, igualitaria y satisfactoria. El trabajo en salud desde una perspectiva feminista es una forma de acercar el feminismo a las mujeres, de desarrollar una conciencia personal y política sobre el impacto del poder y la dominación masculinas sobre los cuerpos, las vidas y, por tanto, sobre la salud.

En ese sentido, el feminismo ha traído a las mujeres nuevas propuestas y modos de vida: ha impregnado de positividad muchas de sus experiencias corporales, entre ellas la vivencia del placer y el deseo, ha planteado el lesbianismo como una opción y posibilidad para todas; ha potenciado el desarrollo de una mayor autoestima y autovaloración; ha resaltado la importancia del autocuidado, de la necesidad y el derecho a disponer de tiempo y espacio propios, de la toma de decisiones sobre la propia vida, de la autonomía económica, de la búsqueda de fuentes diversas de gratificación personal, de disponer de relaciones referenciales e importantes fuera de la familia, ya sean vínculos de amistad o políticos, de la presencia en espacios de poder, de la posibilidad de otras formas de convivencia no familiares, así como de poder decidir no ser madres o elegir formas alternativas de vivir la maternidad, planteándola como una opción equivalente a otras opciones importantes en la vida (Esteban 2001, 156-192; Nogueiras 2011). Todos estos aspectos serán incorporados en las actividades de promoción y atención a la salud de las mujeres y constituirán los objetivos del trabajo grupal feminista.

3.3. Prácticas feministas en salud: objetivos y metodologías

Las propuestas, prácticas y metodologías feministas desarrolladas en el marco del feminismo radical fueron el germen del desarrollo posterior de las líneas de intervención feminista en salud, con las que hoy se continúa trabajando. Las metodologías feministas para la promoción y atención a la salud de las

mujeres hunden sus raíces en las prácticas de los grupos de autoconocimiento y autoconciencia, desarrolladas en el movimiento feminista a partir de la década de los setenta. Estas metodologías parten de la asunción de que los procesos de salud, malestar y enfermedad están íntimamente relacionados con las situaciones vitales ligadas al sistema sexo/género, con las condiciones sociopolíticas patriarcales y con su incorporación en la subjetividad. Las dimensiones que determinan la salud, desde un marco de análisis feminista, son biológicas, psicológicas, socioeconómicas y políticas. El concepto de salud en el feminismo es un concepto biopsicosociopolítico.

Por ese motivo, la metodología feminista privilegiada es el trabajo grupal, que se constituye en una herramienta para el cambio personal y colectivo, reconociendo y revalorizando las experiencias, conocimientos y capacidades de las mujeres, la escucha del cuerpo y las emociones, abordando de forma experiencial los diferentes aspectos vitales que inciden en la salud, retomando el marco metodológico de los grupos de autoconciencia feminista:

> Los espacios grupales han sido son uno de los medios privilegiados para transformar nuestras vidas y, por eso, muchas tenemos el convencimiento de que también son una de las mejores herramientas para posibilitarlo en las mujeres a las que acompañamos desde nuestros diversos lugares laborales y profesionales. En el feminismo los llamamos talleres por ser espacios de trabajo y también porque su metodología es vivencial, compartiendo la experiencia de cada participante, sus interrogantes y dificultades, así como sus capacidades y conocimientos sobre la vida (Nogueiras 2011, 42-43).

Las metodologías feministas grupales son metodologías deconstructivas, y también de conocimiento, que buscan, por una parte, desmontar la subjetividad creada por el patriarcado y por otra, ofrecer nuevas herramientas y claves para la vida, creadas desde el paradigma feminista, que potencien el empoderamiento y la autonomía (Lagarde 2005, 157). Tienen, por tanto, un profundo carácter pedagógico. Marcela Lagarde expone lo que considera una particular pedagogía feminista, con una metodología que tiene en los talleres un recurso distintivo. Señala que, incluso, ha nacido un nuevo verbo, tallerear: «Se tallerea para estimular y contribuir a desarrollar la autoestima desde una perspectiva feminista con la ampliación de la conciencia política sobre la propia vida y, al mismo tiempo, la búsqueda de la realización personal en libertad» (Lagarde 2000, 68). En ese sentido, los talleres que se realizan para la promoción y el cuidado de la salud tienen mucho en

común con los grupos de autoconciencia feminista, que han sido recursos fundamentales para el desarrollo de las mujeres y una plataforma desde la que poder repensar la vida con otros parámetros no patriarcales. Uno de los objetivos de los grupos de orientación feminista es la reflexión: pensar es una tarea fundamental, darse cuenta, tomar conciencia, reflexionar en profundidad sobre las causas de la insatisfacción. Se puede hablar de un proceso que supone el paso de la anécdota a la categorización del malestar como consecuencia del sistema sociocultural patriarcal (Távora 2001).

El trabajo feminista en salud se centra en aquellos aspectos que no habían sido tenidos en cuenta incluso por las teorías críticas con el paradigma biomédico y que son claves para la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud de las mujeres, aspectos relacionados con el sistema sexo-género, la violencia estructural, la subordinación de las mujeres y su incorporación en la subjetividad. Las temáticas que se trabajan en los grupos incorporan contenidos de la teoría feminista desarrollados desde diversas disciplinas sanitarias y no sanitarias, como la Antropología, la Sociología, la Historia y la Filosofía. Como señaló Marcela Lagarde, es esta una «metodología que introduce conocimientos teóricos y filosóficos feministas como marco e insumo de las interpretaciones de lo que se expone y analiza» (2000, 70). Sin embargo, los talleres no son espacios de discusión ideológica, sino de trabajo sobre la propia experiencia:

> Se trabaja sobre la experiencia traída por cada mujer a partir de indicaciones precisas formuladas a partir de la filosofía y los ejes teóricos feministas (…). El objetivo es, en este sentido, contribuir a que cada mujer vea, ilumine desde la visión del mundo feminista lo oculto y negado, que haga visible lo invisible y nombre lo innombrable (Lagarde 2000, 70-71); En los talleres se bebe de dos de las fuentes del feminismo: la experiencia práctica feminista inventada por las *mujeres de a pie* al vivir, y del feminismo ilustrado (Lagarde 2000, 69). Su meta es difundir la cultura feminista, los avances de las mujeres y los obstáculos de género vigentes y actualizarnos desde ese bagaje. Sus objetivos son lograr que cada mujer y cada grupo se apropie de esos conocimientos, pueda interpretar y elaborar argumentos desde esta visión del mundo, pueda hacerla suya y ubicarse en esta tradición histórica para tomar su vida en sus manos, utilizar sus recursos y mejorar la calidad de su cotidianidad. Finalmente, el proceso pedagógico feminista conduce a que cada mujer y el grupo, de manera acompasada, puedan resignificar y ubicar su experiencia en un mundo cognoscible,

> redefinido desde ese lugar, desde ese ubis. Lo más importante es contribuir a que cada mujer vaya elaborando sus propias opciones y alternativas de vida en correspondencia con sus claves vitales descifradas a partir de la filosofía feminista (Lagarde 2000, 68-69).

El trabajo feminista en salud establece relaciones entre la subordinación de las mujeres y sus sentimientos de insatisfacción y malestar. En ese marco, en los grupos se analiza la construcción patriarcal de la feminidad y el modo en que esa construcción opera y facilita la aparición de malestares e incluso determinadas patologías. Las situaciones de desigualdad, el trabajo doméstico y de cuidados, la relación entre la inferioridad social y simbólica y la consecuente pérdida de autoestima, las relaciones de dependencia y subordinación, la maternidad, la violencia estructural y directa, son temas centrales. Por tanto, como objetivos del trabajo en salud se incluyen la toma de conciencia sobre la interiorización de los mandatos de género tradicionales, el cuestionamiento de los modelos de amor y sexualidad patriarcales, señalando su heteronormatividad, el análisis de las relaciones de poder y desigualdad, la promoción de la autonomía psicológica y económica, el buen trato hacia una misma, el desarrollo de nuevos proyectos vitales que amplíen la libertad y la satisfacción con la vida, el reparto de los cuidados y el equilibrio entre cuidar, cuidarse y ser cuidada, la realización de los propios deseos y proyectos, para lo que es necesario disponer de un tiempo y espacio propios, de relaciones de apoyo y de posibilidades de acceso a los bienes y recursos (Nogueiras 2011).

En el trabajo grupal feminista se incorpora una metodología corporal, en el sentido propuesto y teorizado por Mari Luz Esteban. Es la suya una propuesta de hablar desde el cuerpo y no sobre el cuerpo, de un cuerpo vivido, experimentado, agente, en proceso, en itinerario corporal a lo largo de la vida: «El empoderamiento social de las mujeres es y será siempre corporal o no será» (Esteban 2004, 11). El trabajo en la promoción y cuidado de la salud desde el feminismo ha incorporado la necesidad de abordar la vivencia del dolor y la enfermedad, que «se ha encarnado en el propio cuerpo a través de los abusos y agresiones psíquicas, físicas y sexuales» (Valls-Llobet 2006, 17), pues «aunque nunca hayan sufrido ninguna herida ni golpe en el cuerpo, las memorias traumáticas quedan fijadas tanto en el cuerpo como en la mente» (Nieto 2011, 161). También el cuestionamiento de los mandatos y modelos de género relacionados con los ideales y patrones de belleza, que han pasado a formar parte de la subjetividad y la creación de un simbólico corporal positivo, en definitiva, el empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos. Para

ello, se trabaja la autoconciencia corporal, la escucha del cuerpo y el autocuidado, el desarrollo de las capacidades para el disfrute y el placer, el erotismo. Se trata de potenciar otra mirada y otra vivencia del cuerpo, que había sido negativa y limitante (Paredes y Galindo 1998; Sanz 1991; Yago 2001). También se utilizan diferentes técnicas psicocorporales que facilitan la toma de conciencia y el contacto con el propio cuerpo, como relajación, respiración y masaje, diversas prácticas tomadas de culturas orientales, como yoga o taichi, así como el aprendizaje de la autodefensa física y psicológica como herramienta para el empoderamiento ante las múltiples violencias (Aguilar 1989).

El trabajo grupal ofrece, además de un espacio para la autoescucha, la escucha de la experiencia de otras mujeres, lo que permite entender que las problemáticas son colectivas, relacionadas con aspectos psicosociopolíticos determinados por el patriarcado. Se promueven relaciones de apoyo y compañía entre las mujeres del grupo para atravesar los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro. Para ello, en el grupo se pacta la confidencialidad. Asimismo, en el trabajo grupal feminista se utilizan estructuras horizontales y desburocratizadas, partiendo de la idea de que acompañar a las mujeres en la disminución de los elementos opresivos en sus vidas exige eliminar los aspectos opresivos de la terapia (Sáez 1988, 42). Huyendo de relaciones profesionales jerárquicas y de poder, se buscan nuevas formas de relación que asumen la importancia del saber de las mujeres, sus conocimientos y capacidades, el respeto a sus procesos y tiempos y el intercambio de información en un lenguaje sin tecnicismos. Ana Távora abunda en la importancia del papel de las profesionales en la creación de otros vínculos no subordinados que permitan salir del sometimiento. El sistema hegemónico potencia unos valores conceptualizados como complementariedad para ocultar y suavizar la desigualdad entre mujeres y hombres. En el encuentro profesional terapéutico dos subjetividades pueden relacionarse sin tratar de ser complementarias, sino desde el reconocimiento (Távora 2014). Las relaciones en las consultas sanitarias también están siendo objeto de reflexión y atención por médicas y sanitarias feministas, planteando el respeto a los procesos y decisiones de las mujeres, la necesidad de entender la situación y el contexto de cada mujer para atender su demanda, en un clima de buen trato (Babi 2008). Desde el marco del pensamiento de la diferencia también se presta una especial atención a la relación entre profesionales y pacientes, considerando que estas relaciones han sido un lugar de sometimiento. El papel de las profesionales se entiende como una necesaria mediación entre el conocimiento disciplinar y la demanda de la persona particular, con su cuerpo y su historia única e irrepetible, el contexto

de relaciones y afectos en que la paciente vive y ha madurado su enfermedad (Hipatia 2004, 28).

Existe una diferencia esencial entre el trabajo grupal desde un marco feminista y otros que no lo incorporan, aunque no tengan sesgos sexistas y mantengan una perspectiva relacional y psicosocial del malestar y la enfermedad, estableciendo relaciones entre el modo de vivir y el sufrimiento. En estos últimos, se pretende modificar, sobre todo, la manera que tienen las mujeres de resolver las dificultades, pero no tiene en cuenta el modo en que los factores sociales y culturales del sistema sexo-género influyen en la construcción de la identidad, la subjetividad femenina y las condiciones de vida. Como señaló Ana Távora:

> Se sigue pensando que la maternidad desarrolla a todas las mujeres, que la situación ideal es estar en pareja, que para las mujeres nunca podrá ser más importante el trabajo que las relaciones familiares y que ellas son más sensibles y mejores cuidadoras (…). No se incluyen conceptos como desigualdad, patriarcado, subordinación, etc. Las profesionales, en este caso, no tienen conciencia de género (2001, 201).

En este sentido, Marcela Lagarde señaló que las terapias de pareja y de familia han sido espacios de dominación patriarcal, de los que las mujeres han salido derrotadas, ya que la mayoría de las corrientes de la psicología no han hecho una crítica de las relaciones de poder en la familia y en la pareja (2005, 464-465). Por eso, afirma:

> Parte de la reivindicación del feminismo es tener recursos terapéuticos feministas para las mujeres, para actuar sobre la conformación de la subjetividad (…). Pero así como puede ser muy positivo si hay recursos de calidad feminista, es muy peligroso cuando tales procesos no se hacen feministamente porque se reinstala a las personas en esquemas patriarcales y los estragos hacia las mujeres son enormes (…). Estratégicamente es una necesidad vital de las mujeres contar con procesos terapéuticos adecuados (Lagarde 2005, 156-157).

Por tanto, los talleres constituyen herramientas fundamentales para la adquisición de poderes emancipatorios, personales y colectivos, necesarios para el desarrollo de una vida más libre, plena y satisfactoria en un contexto social profundamente marcado por el patriarcado, en el que las mujeres

no tienen «un espacio mental donde pensarse» (Hilb 1999, 194). Marcela Lagarde hace hincapié en la importancia de esta dimensión pedagógica del trabajo en salud mental:

> En la Cumbre Mundial de Viena logramos aprobar que la salud mental es un derecho humano para las mujeres. Una salud mental a la moderna, asistida, apoyada, atendida profesionalmente. No como la atención a una enfermedad, sino como el derecho a disponer de un recurso para vivir, para enfrentar mejor la vida, para tener más conocimiento del mundo y de nosotras mismas (2005, 464).

En el mismo sentido, Lucía Mazarrasa subrayó que una metodología para trabajar con mujeres en la promoción de la salud tiene que posibilitar el desarrollo de capacidades y habilidades, tanto para el cambio personal como para para participar en los procesos sociales y en los lugares donde se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud. En relación al cambio personal, señala, hay que crear espacios y oportunidades en los programas y servicios de salud para que las mujeres puedan analizar sus situaciones personales, para que definan y se atrevan a expresar demandas y preocupaciones, rompan el aislamiento y temor motivados por una baja autoestima, critiquen los estereotipos sexuales por los que asumen comportamientos que pueden poner en riesgo su salud, puedan enfrentarse a comportamientos violentos, consoliden redes de apoyo mutuo, sepan poner límites a las demandas de su papel de cuidadoras, facilitando el cambio hacia el autocuidado y a ser tratadas no solo en función de su rol reproductor. Ello implica un contenido temático que parta de las experiencias de las mujeres, de sus conocimientos y expectativas, con una metodología que potencia su empoderamiento, que es la escucha, el desarrollo de la capacidad crítica, el aprendizaje significativo, el desarrollo de habilidades y el afianzamiento de la autoestima, estimulando a las mujeres a que definan y persigan sus propios fines, y pongan en juego sus recursos (Mazarrasa 2001, 84-86):

> Las políticas de salud, elemento básico de la promoción, no son suficientes si no hay una transformación de las mujeres que las haga desarrollar sus plenos derechos. La promoción de la salud tiene que centrarse en el empoderamiento de las mujeres, creando circunstancias que favorezcan la confianza en una misma, la autonomía y la dignidad, la capacidad de enfrentamiento colectivo para el cambio en lo personal con una proyección en lo

> público y lo social, de forma que las desigualdades condicionadas por la invisibilidad, la escasez de servicios y su inadecuación a las necesidades de salud de las mujeres desaparezcan (Mazarrasa 2001, 84).

En el mismo sentido, Monserrat Cervera apuntó que una atención sanitaria de buena calidad es aquella que va más allá de resolver el motivo de consulta y contribuye a aumentar la autoestima y valoración de las mujeres que hacen la demanda, así como a apropiarse de su corporalidad y del ejercicio de sus derechos (2008, 19-20).

Por tanto, para trabajar en la promoción y atención a la salud de las mujeres es necesario utilizar una metodología que posibilite desarrollar capacidades y habilidades tanto para el cambio personal como para participar en los procesos sociales y en los lugares en los que se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud.

Entre las pioneras en la incorporación de un marco feminista en la atención al malestar de las mujeres en el sistema sanitario público en España se encuentra Carmen Sáez Buenaventura, psiquiatra en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, que ya en el año 1977 comenzó a realizar grupos para mujeres con depresión con orientación feminista (1988, 81-98). Carmen Sáez entendía que esta forma de trabajo provenía directamente de las prácticas feministas en los grupos de autoconciencia: «Comprendíamos este tipo de grupos como muy próximos a los grupos de autoconciencia, ligados íntimamente con el acontecer de la última etapa del Movimiento de Liberación de la Mujer» (1988, 84)[143]. La psiquiatra Ana Távora incorporó en el sistema sanitario público andaluz el paradigma feminista como esquema de referencia en el análisis del malestar y la enfermedad de las mujeres, así como en las propuestas para su recuperación (2001). Desde 1995, su servicio mantiene dos espacios grupales, uno para mujeres jóvenes y otro para mujeres mayores, en los que se trabajan las insatisfacciones y malestares, la dependencia, el desarrollo del concepto de sí mismas, la construcción de la autonomía y la realización de los propios deseos sin culpa, la importancia de lo grupal y lo social para la salud y una vida más plena. Como demanda de las mujeres al terminar el trabajo grupal, han constituido una Escuela de Mujeres, un espacio en el que

[143] Otras psiquiatras feministas que incorporaron el marco feminista en su trabajo en salud mental en el sistema sanitario público durante los años ochenta fueron María Huertas en la Comunidad Valenciana y Genoveva Rojo en Madrid (1991; 1980). La psicóloga Regina Bayo introdujo la metodología grupal en la atención a las mujeres con problemáticas de salud mental en el Servei Catalá de la Salut en la década de los noventa (2001).

pueden continuar formándose en una perspectiva feminista de la vida (Távora 2001).

La experiencia y metodología desarrollada desde el marco feminista en más de tres décadas se ha ido recogiendo en diversas publicaciones, y se han elaborado manuales que describen qué aspectos son importantes para la promoción y atención a la salud de las mujeres y cómo trabajarlos. Algunos de estos manuales han sido publicados desde instituciones de igualdad, con el objetivo de dotar de un nuevo marco teórico y de herramientas metodológicas a las profesionales. Entre ellos, *En la madurez. Guía para promover la salud de las mujeres,* publicada por el Departamento de Salud Pública del Gobierno de Navarra en 1996. En 1999 el Instituto de la Mujer publicó *Los grupos de Mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima* (Migallón y Gálvez 1999).

Marcela Lagarde ha elaborado, a partir de la teoría y la práctica feminista, una metodología para la toma de conciencia y el empoderamiento de las mujeres[144]. En su libro *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* expone la metodología que desarrolla en los talleres (Lagarde 2000, 70-180). Esta metodología la ha aplicado también para trabajar los vínculos amorosos igualitarios y la adquisición de claves y herramientas para la negociación en el amor (Lagarde 2005), para abordar los conflictos en las relaciones madres-hijas, la culpa, o las secuelas derivadas de los abusos sexuales, entre otros temas[145].

Sara Velasco, ha creado una metodología para la atención biopsicosocial al malestar de las mujeres para ser incorporada en el sistema sanitario público (2006a), así como para la prevención y atención a mujeres con VIH (2006b). Asimismo, en colaboración con el Instituto de la Mujer y el Observatorio de Salud de las Mujeres, ha elaborado manuales para la incorporación de la perspectiva de género en la atención y práctica clínicas en las instituciones sanitarias (Velasco 2008; 2009b).

[144] Es importante resaltar que las metodologías grupales para la promoción de la salud de las mujeres elaboradas y publicadas en Latinoamérica fueron divulgadas y utilizadas en España. Entre ellas, *Capacitar para el cambio*, un manual publicado por la Unidad de Género del Departamento Movimientos Sociales y Géneros del Centro Dominicano de Estudios de Educación, que contiene tres unidades dirigidas a abordar los siguientes aspectos: 1. Patriarcado y relaciones de poder. 2. La identidad de las mujeres. 3. La autoestima y la autoevaluación (Centro Dominicano de Estudios de Educación sin fecha de publicación); Mujeres, Salud Mental y Género (Grela y López 2000).

[145] Marcela Lagarde ha impartido numerosos talleres en toda España, en los que entrega material sobre los temas abordados a las participantes. Algunos de ellos pueden encontrarse en la Fundación Entredós, disponible en: http://fundacionentredos.org/. (Consulta: 10/04/2017).

Fina Sanz ha desarrollado una metodología propia, la Terapia de Reencuentro, basada en un modelo de salud psicosociosexual que integra en su encuadre teórico la perspectiva de género. Trabaja la sexualidad, las relaciones de igualdad, la prevención de la violencia y el buen trato (Sanz 1991; 1995). Desde hace años desarrolla una línea de formación de profesionales, tanto a través de talleres como de un Master propio, «Autoconocimiento, sexualidad y relaciones humanas en Terapia de Reencuentro»[146].

La Asociación de Mujeres para la Salud publicó en 2013 un manual en el que recoge su experiencia durante veinte años en la atención a la salud de las mujeres en el Espacio de Salud Entre Nosotras, creado en 1990, y su metodología de trabajo, que ha denominado *Psicoterapia de Equidad Feminista* (Muruaga y Pascual 2013), con la que aborda la depresión en las mujeres en las diferentes etapas de la vida, la problemática derivada de la ruptura con la pareja, el maltrato y las secuelas de los abusos sexuales en la infancia y adolescencia.

La aplicación de estas metodologías feministas para la promoción, prevención, cuidado y recuperación de la salud de las mujeres a diferentes problemáticas de salud y en diferentes contextos ha dado lugar a numerosas experiencias, así como al desarrollo de metodologías específicas. Así, en la atención a mujeres con cáncer de pecho (Instituto de la Mujer 2002b; Sebastián 2001; Sebastián et al. 2003), mujeres con drogodependencias (Castaños et al. 2007; Martínez Redondo 2009), dolor y fibromialgia (Revista *MYS* 2002b); mujeres con VIH-SIDA (Creación Positiva[147]; Velasco 2006a), sexualidad y anticoncepción (Grau 2001; Yago 2011), intervención con mujeres en las cárceles, con las que se trabaja la autoestima, la salud sexual y la violencia (Migallón y Voria 2007).

El feminismo también ha desarrollado metodologías para la recuperación de la salud, la autoestima y el empoderamiento de las mujeres que han vivido relaciones de violencia. Como señaló Marcela Lagarde:

146 Disponible en: http://www.institutoterapiareencuentro.org/. (Consulta: 19/04/2017).

147 Sus numerosos materiales están disponibles en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.creacionpositiva.net%2F&ei=SU31UYGvJebT7Abm8IHwDQ&usg=AFQjCNFKe42QIZMPgDHz8BK9Idcngxe9BA. (Consulta: 28/07/2013).

> Hemos desvelado cómo la violencia hacia las mujeres es estructural y cómo la secuela de los daños de la opresión de las mujeres requiere una reparación y no solamente una reparación externa, sino interna (…). La felicidad tiene que ver con la capacidad de disfrutar de la vida. Y no podemos hacerlo si estamos dañadas (2005, 157).

En palabras de Emilce Dio Bleichmar, «saberse víctima sin tener recursos psicológicos para reaccionar adecuadamente es devastador» (2001, 37).

Como parte del proceso de elaboración de metodologías de intervención, psicólogas y psiquiatras feministas han interpelado a estas disciplinas y desvelado sus paradigmas androcéntricos, patriarcales y biologicistas, elaborando nuevos marcos teóricos para la atención y recuperación de las mujeres que incorporan los análisis feministas de las causas de la violencia (Biglia y Sanmartín 2007; Bosch et al. 2006; Dio Bleichmar 2011; Ferreira 1992; García-Mina 2010; Pérez del Campo 1995; Romero 2015; Villavicencio y Sebastián 1999). Ante las múltiples violencias que sufren las mujeres[148], se han desarrollado numerosas experiencias y metodologías de intervención, recogidas en diversos textos. Entre otros, *Mujeres tratando a Mujeres con mirada de género* (Dio Bleichar 2011); *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (Ruiz-Jarabo y Blanco 2004); *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* (Nogueiras et al. 2000); *Violencia de género en la Pareja* (García-Mina 2010); *Perspectivas de la violencia de género* (Pérez Viejo y Escobar 2011); *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres* (Bosch et al. 2006); *Guía de intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver* (Romero 2015).

Las palabras del colectivo Tamaia de Barcelona, una cooperativa de mujeres que lleva trabajando desde 1995 en la atención y recuperación de las

[148] «Las mujeres hemos sido, y todavía lo somos en muchos lugares del mundo, vendidas, raptadas, donadas, regaladas, golpeadas y apedreadas, mutiladas e infibuladas, violadas, asesinadas, abortadas, casadas en matrimonios forzosos, repudiadas, alimentadas con las sobras, prostituidas, esclavizadas sexualmente, usadas como campos de batalla y botines de guerra, explotadas, escondidas dentro de los burkas, recluidas en la vida doméstica, privadas de los derechos individuales, sociales, políticos, económicos, excluidas de la cultura, el arte, la ciencia, la academia, la política. Hemos sido violentadas en nuestra integridad corporal, sexual, emocional y en las libertades que en la actualidad son consideradas derechos fundamentales de las personas» (Nogueiras 2011, 32).

mujeres que han vivido relaciones de maltrato, expresan el marco feminista de intervención ante la violencia:

> Desde nuestra apuesta por una terapia feminista, nos parece esencial, para la reparación del daño, considerar la responsabilidad social e institucional de la violencia estructural y simbólica contra las mujeres, pero también la de quien realiza los abusos, para facilitar así a las mujeres salir de los sentimientos de culpa que se les han inculcado, a la vez que tomar conciencia del daño recibido. Nos situamos en la función terapéutica de escuchar, validar, mirar, acompañar, tocar a partir del respeto y la corresponsabilización en el proceso que acompañamos –y digo acompañamos, porque ellas son las que conducen, las que nos indican por donde ir–, y atendiendo a la información que nos facilitan (reinterpretando) con las herramientas profesionales de las que cada una dispone y también desde la propia experiencia de ser mujer y desear el placer y la libertad de la otra, dando espacio a sus expectativas, a sus competencias, sus experiencias de vida, reconociendo su singularidad y la nuestra y haciendo posible la relación (Basiá 2015, 34).

En el mismo sentido, psicólogas feministas han incidido sobre la necesidad de incorporar estos aspectos en la atención a mujeres en situaciones de violencia. Entre ellas, Inmaculada Romero, que subraya que la estrategia terapéutica debe encontrar otros deseos en las mujeres, como el de ser sujetos activos en la transformación de sus condiciones de vida y que puedan atribuir su malestar, «toda su sintomatología, a los efectos de una relación perversa y no a sí mismas, a su personalidad, a su forma de ser» (2011, 179). Asimismo, Patricia Villavicencio recomienda a profesionales de salud mental que se esfuercen en primer lugar en quitar las barreras externas y ambientales, en facilitar que las mujeres utilicen los recursos. Centrarse en las barreras internas puede reforzar la idea de que las mujeres son culpables o responsables de la violencia. La intervención debe situarse en un modelo de empoderamiento y toma de decisiones, que son difíciles y en circunstancias difíciles, ya que se enfrentan a pérdidas materiales y emocionales múltiples (Villavicencio 2001). También Victoria Sau subrayó la necesidad de integrar el análisis político en la terapia, la utilización de modelos de crecimiento y desarrollo en lugar de modelos de enfermedad-tratamiento-adaptación, la necesidad de la acción más que de la introspección. Resaltó la importancia de incluir en las terapias un análisis de las relaciones de poder, promover la autonomía psicológica y

económica y una relación igualitaria entre terapeuta y clienta con el objetivo de que las mujeres lleguen a deslegitimar dentro y fuera de ellas mismas un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones (Sau 2004). Desde un marco feminista se resalta, por tanto, la importancia de los aspectos sociales y políticos en la recuperación de la salud.

También desde el Trabajo social, se han elaborado metodologías de trabajo que incorporan el marco feminista[149] y plantean como objetivo el empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social tanto a nivel individual como grupal, ante las diversas y numerosas problemáticas a las que se enfrentan las mujeres: violencia, emigración, adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, mujeres con diversidad funcional, mujeres que ejercen la prostitución (Silvestre et al. 2014)[150]. Algunas trabajadoras sociales han aplicado desde los años noventa las metodologías feministas en el sistema sanitario público y en las instituciones municipales, tanto para la prevención como para la atención a la salud de mujeres en situaciones de vulnerabilidad como en relaciones de violencia (Álvarez-Buylla y González 2010; Aretio 2015; Millán et al. 2006).

Los últimos protocolos sanitarios para la prevención, detección e intervención sociosanitaria ante la violencia que sufren las mujeres incluyen el trabajo grupal y pautas para la entrevista clínica que tienen en cuenta los principios relacionales y los objetivos y metodologías propuestos desde la intervención feminista. Así, en el último Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [151], en el apartado 3. Intervención, se incluye «el trabajo grupal con mujeres como herramienta de cambio», en el que se expone:

> El trabajo grupal como herramienta metodológica incorporando la perspectiva de género ha mostrado ser una de las formas más eficaces y satisfactorias para recuperar la salud física, mental y social de las mujeres en situaciones de violencia. Los grupos de mujeres coordinados por pro-

[149] En 1999 se publicó en España una traducción de *Trabajo social feminista* (Dominelli y MacLeod 1999), un texto que aborda la definición de los problemas sociales, el trabajo comunitario e institucional desde un enfoque feminista.

[150] Esta obra recoge las ponencias presentadas y relatadas en el II Congreso Internacional: el empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social, celebrado en la Universidad de Deusto (Bilbao) los días 13,14 y 15 de diciembre de 2013, organizado por el Departamento de Trabajo Social y Sociología y el Equipo Deusto Valores Sociales.

[151] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2012.htm. (Consulta: 13/05/2016).

fesionales especializados en el tema, son un espacio para la escucha, la reflexión, la relación, el apoyo y la compañía en los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro, a la vez que permiten y facilitan:

- Poner en palabras y elaborar la experiencia vivida.
- Expresar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes.
- Entender la conexión entre el malestar, la pérdida de salud y la violencia de género y las condiciones de vida.
- Encontrar un tiempo propio para el autocuidado, la autoformación y el desarrollo personal.
- Establecer relaciones y redes de apoyo.
- Desarrollar habilidades para prevenir y enfrentar a las diferentes formas de violencia.
- Aprender relaciones de buen trato, incorporando el buen trato hacia una misma.
- Desarrollar la autoconfianza y la autoestima personal y colectiva.
- Reflexionar y cuestionar los mandatos tradicionales de género, descubriendo nuevas formas de entender la vida y las relaciones.
- Elaborar un proyecto de vida propio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012, 56).

Del mismo modo, el contenido y la metodología del Programa de Prevención de Violencia de Género para las Mujeres en Centros Penitenciarios (Yagüe et al. 2010)[152] refleja los planteamientos feministas en la intervención con las mujeres privadas de libertad. Mediante una metodología grupal se proponen abordar los siguientes aspectos en 48 sesiones semanales de dos horas de duración: construcción de las identidades de género, autoestima, sexualidad, relaciones de pareja y mitos del amor romántico, violencia de género, habilidades de competencia social y prevención y recursos[153]. Los objetivos que se plantean expresan claramente la incorporación de la perspectiva feminista:

[152] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=%20programa%20de%20grupos%20de%20mujeres%20en%20instituciones%20penitenciarias%20(instituto%20de%20la%20mujer)%3B%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.institucionpenitenciaria.es%2Fweb%2Fexport%2Fsites%2Fdefault%2Fdatos%2Fdescargables%2Fpublicaciones%2FDocumento_Penitenciario_9_Ser_Mujer_profesionales.pdf&ei=nTn1Ue3AHKyO7Qb5ioD4Cw&usg=AFQjCNHsEWQ0GM-R9ErEzBLx6u8ZVt4V4g. (Consulta: 19/05/2017).

[153] El contenido de las sesiones está descrito de forma detallada e incluye numerosos materiales que pueden ser utilizados para trabajar estos aspectos en talleres dirigidos a mujeres con diversas problemáticas y en otros contextos.

- Favorecer la interacción, comunicación, expresión de emociones y vivencias personales entre las participantes del grupo, proporcionándoles una experiencia de encuentro interpersonal respetuoso, cálido y orientado al crecimiento personal y al aprendizaje grupal.
- Conocer la presencia e incidencia del sistema sexo-género en nuestra sociedad actual y en la experiencia vital de cada mujer.
- Favorecer una autoestima saludable que permita a las participantes conocerse y representarse a sí mismas como mujeres valiosas.
- Promover una actitud de autocuidado a través del conocimiento e interiorización de hábitos saludables en su vida cotidiana.
- Motivar la búsqueda de una sexualidad saludable a través del conocimiento de un concepto global de sexualidad y de la información y formación necesaria para la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados.
- Profundizar sobre los estilos de relación, vínculos amorosos y la elección de pareja, así como conceptualizar, identificar y abordar las situaciones de violencia de género.
- Dotar a las internas de habilidades y recursos personales para que puedan identificar, prevenir y afrontar las situaciones de violencia, así como superar los efectos y secuelas en caso de haberla padecido.
- Dar a conocer los recursos de protección, ayuda y atención que las Instituciones y Asociaciones ponen a disposición de las mujeres y de sus hijos e hijas, en caso de estar inmersos, o correr riesgo de estarlo, en una situación de malos tratos (Yagüe et al. 2010, 7).

Asimismo, la descripción de los aspectos a tener en cuenta en el trabajo grupal, incidiendo en las mujeres como sujetos de conocimiento, en su participación activa y en su empoderamiento, muestran el carácter feminista de este programa:

> En el grupo cada persona dispone de conocimientos, experiencias y opiniones, no es una mera receptora. No es un lugar en el que se va a recibir pasivamente información. La participación en un grupo favorece tener un rol activo y facilita que se generen actitudes de compromiso e implicación. La participación en estas intervenciones devuelve a las mujeres una mejor imagen de sí mismas, les permite elaborar y relacionar su historia y condiciones de vida con su situación actual. El ser escuchada y apoyada, el ofrecer escucha y apoyo a otras personas, hace sentirse útiles a las parti-

> cipantes, aspectos que contribuyen a aumentar la propia estima. El trabajo grupal con enfoque de género permite trabajar aquellas características que constituyen la base del empoderamiento de las mujeres: confianza en una misma, flexibilidad ante las situaciones, conformar un proyecto propio, tomar decisiones… El empoderamiento es un concepto que ha de plantearse tanto como un proceso político, que implica corregir la desigualdad social de las mujeres, como un proceso personal, al tratar de aumentar la autonomía y la fortaleza interna de las mujeres (Yagüe et al. 2010, 9).

Las metodologías feministas para la atención en salud, por tanto, se han incorporado y desarrollado en diferentes ámbitos de intervención: en el sistema sanitario público, en las instituciones de igualdad que prestan servicios de atención a las mujeres, como las Concejalías de Igualdad de los ayuntamientos y las comunidades autónomas, en otras instituciones públicas y en las asociaciones feministas y se han ido consolidando como metodologías que responden a las necesidades de salud de las mujeres, esto es, a la recuperación de la autonomía y la capacidad de decisión sobre el cuerpo, la sexualidad y las trayectorias vitales, el autocuidado y la autoprotección, el empoderamiento en las relaciones y proyectos, la incorporación a todos los ámbitos públicos y al acceso a los bienes y recursos.

En los últimos años, se está tomando conciencia de la importancia y necesidad de tener en cuenta, tanto en la comprensión del malestar y la enfermedad como en las propuestas de intervención, la diversidad de las experiencias, situaciones y necesidades de las mujeres y las intersecciones entre éstas, derivadas de sus diferentes capacidades, procesos y proyectos vitales, sus condiciones corporales, emocionales, sexuales, sociales y económicas, los contextos en los que viven y/o han vivido y se relacionan. La especial vulnerabilidad de las mujeres migrantes, las mujeres prostituidas, mujeres con discapacidades o mujeres en situaciones de exclusión social está siendo objeto de programas específicos de intervención, de estudios e investigaciones para su posterior aplicación (Alonso Fernández de Avilés 2008; Cea y Montenegro-Martínez 2014; Federación de Mujeres Progresistas 2007; Ron 2011).

Por último, las palabras de las mujeres que han participado en los talleres son las que mejor expresan las repercusiones que tienen estos procesos en sus vidas y su salud, que tomo de un estudio realizado en el Aula de las Mujeres de Rivas Vaciamadrid: «Me sentí renacer, como cuando alguien te descubre un secreto que te reportará en la vida enormes placeres y beneficios. Sentí una recuperación de mi cuerpo, que tenía tan olvidado, estaba algo depre y el

pensamiento machacón y negativo se comía el espacio»; «Estoy empezando a florecer, he estado muerta 20 años»; «A punto de cumplir 60 años me siento más viva que antes»; «Es un antes y un después en mi vida»; «Estoy haciendo un intensivo de calidad de vida» «Estoy cada día mejor. Cuando estoy en la calle noto que respiro, disfruto de la comida, estoy bien en el trabajo» (Nogueiras 2010b). En líneas generales, mejoran su estado físico y emocional, su satisfacción vital, dicen tener una mayor energía vital, disminuye la sintomatología (dolor, cansancio, insomnio, ansiedad) y la ingesta de fármacos, aumenta su autoestima, su capacidad de poner límites y de defender sus derechos, su tiempo, sus espacios y sus relaciones. Algunas mujeres emprenden nuevos proyectos vitales, como estudiar o volver al mercado laboral, participar en alguna organización social y/o política, sus vidas cotidianas se hacen más ricas, tanto en actividades como en relaciones. Otras se separan de relaciones insatisfactorias o que ejercían control y violencia sobre ellas. En definitiva, toman decisiones y adquieren protagonismo en sus vidas y se sienten parte de una red de mujeres que, no solo se está transformando personalmente, sino que están impulsando cambios políticos y sociales y la desactivación de las estructuras patriarcales.

4. Políticas públicas de igualdad en el ámbito de la salud

En la década de los años ochenta, con la creación del Instituto de la Mujer en 1983[154], Ley 16/83, comienzan a implementarse en España políticas públicas de igualdad estatales, autonómicas y locales, dirigidas a la consecución de la igualdad entre mujeres y hombres y a la remoción de los obstáculos que impedían el desarrollo y la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida. María Bustelo y Enmanuela Lombardo definen las políticas de igualdad como «el conjunto de las decisiones, objetivos y medidas adoptadas por las instituciones públicas en relación con el fomento de la igualdad entre mujeres y hombres y con la mejora de la situación socioeconómica, política y cultural de la mujer» (2007, 11). En la década de los años noventa se consolida la institucionalización de estas políticas (Lombardo y León 2014, 18), lo que se ha denominado feminismo institucional o feminismo de estado (Valiente 1994). Como manifestaron Celia Amorós y Ana de Miguel:

> Aparte de la imprescindible labor de los grupos feministas de base, que siguen su continuada tarea de concienciación, reflexión y activismo, ha tomado progresivamente fuerza lo que se ha denominado el feminismo institucional. Este feminismo reviste diferentes formas en los distintos países occidentales: desde los pactos interclasistas de mujeres a la nórdica –donde se ha podido llegar a hablar de 'feminismo de estado'–, a la formación de *lobbys* o grupos de presión a la americana, hasta la creación de ministerios o institutos interministeriales de la mujer, como es el caso en nuestro país, donde en 1983 se creó como organismo autónomo el Instituto de la Mujer. A pesar de estas diferencias, los feminismos institucionales tienen algo en común: el decidido abandono de la apuesta por situarse fuera del sistema (2007, 85).

Las políticas públicas se sirven de instrumentos como los planes de igualdad, la legislación, la creación de organismos específicos, la dotación de recur-

[154] Celia Valiente atribuye la creación del Instituto de la Mujer a la labor de las militantes feministas dentro del Partido Socialista durante los años setenta y principios de los ochenta, un sector minoritario de mujeres dentro del partido identificadas con el feminismo y en algunos casos con doble militancia, en el partido y en organizaciones feministas, como fue el caso de Carlota Bustelo, primera directora del Instituto de la Mujer (1994, 7-9).

sos humanos y económicos. Desde su implantación, se han realizado numerosos estudios e investigaciones sobre las políticas públicas de igualdad, sobre todo de ámbito estatal y autonómico, y se ha desarrollado un área de conocimiento e investigación en este campo en el marco de los Estudios Feministas (Bustelo 2001). Son textos representativos los de Fátima Arranz, *Las políticas públicas en favor de las mujeres* (2000)[155]; Judith Astelarra, *Veinte años de políticas de igualdad* (2005); María Bustelo y Enmanuela Lombardo, *Políticas de igualdad en España y en Europa* (2007).

En las políticas públicas de igualdad, el ámbito de la salud es una de las áreas relevantes, contemplada en todos los planes de igualdad, en la legislación de igualdad y para el que se han creado organismos y unidades institucionales específicas, aunque se ha dedicado todavía escasa investigación a esta área concreta. En este capítulo se exponen las acciones desarrolladas desde las instituciones de igualdad en el ámbito de la salud, la posterior incorporación de las políticas de igualdad en las instituciones sanitarias y en el sistema nacional de salud, así como las resistencias institucionales y profesionales a estas políticas y el impacto del neoliberalismo en alianza con el patriarcado en su paralización en los últimos años.

4.1. El ámbito de la salud en las instituciones de igualdad

El área de la salud ha sido uno de los aspectos contemplados en las acciones y políticas llevadas a cabo desde las instituciones de igualdad, tanto estatales, como autonómicas y locales. Las instituciones de igualdad, además, han sido las impulsoras de la incorporación de estas políticas en las instituciones de salud, que no comenzaron a implementarlas hasta la primera década del siglo XXI.

A nivel estatal, el Instituto de la Mujer ha desempeñado un importante papel en el ámbito de la salud. En 1984, un año después de su creación, y sin disponer de un área de salud en su estructura[156], organizó las Primeras Jornadas sobre Mu-

[155] En este libro se recogen las ponencias presentadas en las *Primeras Jornadas de Políticas Públicas sobre las mujeres,* celebradas en 1998, promovidas por el Instituto de Investigaciones Feministas. Contiene dos artículos sobre las políticas en salud. En la primera parte del libro, dedicada a las teorías en torno a las políticas públicas para las mujeres, se incluye un texto de Mari Luz Esteban, «El análisis y la intervención en relación a la salud» (2000). En la segunda parte, dedicada a la praxis de las políticas públicas sobre las mujeres, se publica un resumen de la mesa redonda y el debate posterior, «A propósito de la salud de las mujeres y la complejidad social» (García Ojeda y Otegui 2000).

[156] El área de salud se creó en 1989. Begoña López-Dóriga ha sido directora de este programa hasta la actualidad y ha impulsado la formación de profesionales, la realización de jornadas, la publicación de numerosos materiales y múltiples investigaciones sobre la salud de las mujeres.

jer y Salud en Madrid (Instituto de la Mujer 1987). Al año siguiente, en 1985, las Jornadas se dedicaron a Mujer y Salud Mental (Instituto de la Mujer 1988a)[157]. El contenido de ambas jornadas, que ha sido expuesto en el apartado 3.2, es un claro reflejo de la importancia y centralidad de la salud en esos años. En 1985 el Instituto de la Mujer inicia la publicación de las *Guías de Salud*, una colección de folletos divulgativos sobre diferentes aspectos de la salud de las mujeres. Los 18 folletos de esta colección, elaborados con un lenguaje sin tecnicismos para favorecer su comprensión a mujeres con bajos niveles educativos y distribuidos masivamente en toda España de modo gratuito, han abordado muchos de los temas de interés para las mujeres y su salud: anticoncepción y sexualidad (1985), maternidad/paternidad, embarazo, parto y posparto (1986), la interrupción voluntaria del embarazo (1988), las enfermedades de transmisión sexual (1988), la menopausia (1991), la consulta ginecológica, las mujeres y el SIDA (1992), chicas adolescentes (1993), mujeres mayores (1994), familia y reparto de responsabilidades (1994), cáncer ginecológico y de mama (1994), violencia contra las mujeres (1995), drogas (1996), salud laboral (1996), salud mental (1997), anorexia y bulimia (1997), la salud en las mujeres inmigrantes (2007), la salud en las mujeres con discapacidad (2007), mujeres mayores y actividades físicas (2011)[158]. Los contenidos de estas guías, a medida que avanzan los años, muestran la progresiva incorporación de temáticas relacionadas con aspectos psicosociales o con situaciones vitales que inciden de una forma importante en la salud de las mujeres, habiendo dedicado los primeros números a aspectos sexuales y reproductivos. Asimismo, entre los materiales audiovisuales, se contempla la salud de las mujeres en la serie *Mujeres de hoy* (Instituto de la Mujer 2006b). El Instituto de la Mujer ha elaborado y publicado numerosos materiales, documentos, investigaciones y textos divulgativos sobre la salud de las mujeres en la Serie Salud[159] y la Serie

[157] Posteriormente se continuaron realizando otras jornadas estatales sobre salud. En 1999 se celebraron en Madrid las I Jornadas Salud Mental y Género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las Mujeres (Mingote y López-Dóriga 2000). En 2000, las II Jornadas de Salud Mental y Género (Mingote y López-Dóriga 2001). En 2002, en Murcia, el I Congreso Nacional La salud de las Mujeres: hacia la igualdad de género en salud (Instituto de la Mujer 2002a). Es importante señalar cómo la denominación de las Jornadas muestra el cambio conceptual que se produce en la década de los noventa, al incorporarse el concepto de género.

[158] Disponibles en: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/GuiaSalud/home.htm. (Consulta: 26/04/2017). Es importante hacer notar que desde 2011, no se han publicado nuevas guías.

[159] Entre otros que no han sido citados en esta investigación, un análisis del imaginario que transmite la publicidad y los medios de comunicación sobre la salud de las mujeres (López-Dóriga 2005). Disponible en:

Estudios[160], ha apoyado económicamente la traducción y edición de publicaciones sobre salud, aspecto especialmente importante durante los años ochenta y noventa, debido a la carencia de publicaciones y traducciones. En relación a las y los profesionales de la salud, ha impulsado la formación en perspectiva de género en salud sexual y reproductiva[161], salud mental, atención a adolescentes, y desde el año 1998 inició formación en prevención, detección y atención en situaciones de violencia de género. En el año 2000, publicó *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* (Nogueiras et al. 2000), uno de los primeros manuales para la atención a mujeres en relaciones de violencia dirigido a profesionales del sistema nacional de salud. Asimismo, con el objetivo de sensibilizar a las y los profesionales del ámbito sanitario en el uso de un lenguaje no sexista, en 2006 publicó *Hablamos de salud en femenino y en masculino* (Instituto de la Mujer 2006a*)*, en colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres.

En los primeros años desde su creación, el Instituto de la Mujer tuvo un importante impacto político. Celia Valiente, en el marco de un proyecto internacional llevado a cabo por la Red de Investigación sobre Género y Estado, estudió este impacto en diversas materias. Entre ellas, en relación a la salud, sobre la despenalización del aborto en 1985 (Valiente 2006, 51-65). Para ello, analizó los debates parlamentarios previos a la aprobación de la Ley Orgánica 9/1985, destacando el papel que jugó el Instituto de la Mujer para su aprobación, incorporando los discursos y vindicaciones del movimiento feminista en estos debates:

> El impacto del Instituto de la Mujer fue simbólico: si bien adoptó la mayoría (pero no la totalidad) de las demandas del movimiento feminista, no consiguió incluirlas en la mencionada deliberación ni en el contenido de la política pública. Por contraste, en la segunda discusión analizada, la previa al reglamento de la Ley Orgánica 9/1985, el impacto del Instituto fue pleno, ya que hizo suyas casi todas (pero no todas) las reivindicaciones

http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/SerieSalud.htm. (Consulta: 26/04/2017).

160 Disponible en: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/home.htm. (Consulta: 28/04/2016).

161 Ya en 1992 se firmó un Convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad-Instituto Nacional de la Salud para impartir cursos destinados a matronas con el objetivo de adecuar sus actuaciones a las demandas y necesidades de salud de las mujeres, actividad que se continuó realizando durante varios años (Instituto de la mujer 1994, 31-32). En 1994 se firmó un acuerdo de colaboración entre los Ministerios de Educación y Ciencia, Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales para promover la educación para la salud (Instituto de la Mujer 1994, 32).

> del movimiento, y consiguió insertarlas en el debate y en la formulación de la política pública (…) la alta prioridad concedida a la despenalización de la IVE por el movimiento feminista, así como su cohesión en apoyo a esta demanda, la alta prioridad otorgada al asunto por el Instituto y la proximidad de su dirección al movimiento, un partido de izquierdas en el poder, y un área de política pública abierta a la participación de ciertos actores políticos y sociales no habituales en ella, tales como la agencia de igualdad (Valiente 2006, 51-52).

Advierte Valiente que en el primer debate sobre este asunto, el Instituto de la Mujer se encontraba todavía en proceso de fundación, ya que la discusión parlamentaria empezó ocho meses antes de su creación. Resalta también que dos días después de la aprobación del proyecto de ley, el entonces parlamentario de Alianza Popular, Alberto Ruiz Gallardón, respaldado por cincuenta y cuatro parlamentarios de esa formación política, interpuso un recurso previo de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional contra el proyecto, el mismo parlamentario que después fue ministro de justicia con el gobierno el Partido Popular desde 2011 hasta 2014 y que dimitió por la presión del movimiento feminista ante su pretendida reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Pero es con los planes de igualdad con los que se inician las políticas públicas dirigidas a promover la salud de las mujeres e intervenir en el ámbito sanitario para mejorar la atención que se presta a las mujeres desde el sistema nacional de salud. Los planes de igualdad son uno de los instrumentos fundamentales de las políticas de igualdad. María Bustelo los define como «un conjunto de objetivos y medidas tomadas y aprobadas por un gobierno y que deben llevar a cabo los diferentes departamentos gubernamentales, en un período concreto de tiempo (de dos a cinco años)» (2002, 52).

En todos los planes de igualdad se incluye un área relacionada con la salud. El análisis de estos planes permite mostrar la evolución de los discursos institucionales sobre la salud de las mujeres, así como los cambios que se han ido produciendo en los marcos teóricos de estas políticas de igualdad, en el sentido expuesto por Mª Luisa Jiménez Rodrigo:

> Los textos institucionales como productos sociales reflejan y son reflejo de las relaciones sociales en las que emergen. Por ello, los tomamos como *topos* de representación de los sesgos de género que pueden afectar a las

> políticas públicas. Estos textos, políticamente mediados, muestran, a su vez, el proceso de construcción social de los problemas sociales y públicos y cómo son representadas sus causas y consecuencias, qué actores intervienen y qué sujetos y qué objetos de intervención son señalados a partir de la definición de las políticas públicas. De tal forma, el examen de los textos institucionales permite indagar en los marcos interpretativos de las políticas sobre cómo se configura el problema y las soluciones que adoptan las políticas (Bustelo y Lombardo 2007) (2014, 294).

Asimismo, en los planes de igualdad también se manifiestan los sesgos sexistas en los diferentes momentos históricos, como señalaron María Bustelo y Enmanuela Lombardo, sesgos que, como se expondrá, aparecerán igualmente en el área de la salud:

> La desigualdad de género está tan arraigada en la manera en la que se representa la realidad que las propias políticas y discursos de género no son ajenos, en muchas ocasiones, a los mismos prejuicios sexistas que se intentan combatir (…). No resulta difícil que aquellas políticas cuyo fin principal es el momento de una mayor igualdad, acaben perpetuando y reproduciendo desigualdades de género en sus discursos y propuestas (2007, 183).

Así, desde el primer plan de acción 1988-1990, que se realiza en un contexto sociopolítico en el que todavía se hacía necesario desarrollar normativas precisas para que las mujeres pudiesen ejercer derechos básicos en el ámbito de la salud, que estaban, por así decirlo, recién conseguidos[162], hasta el plan estratégico 2008-2011, que se realiza durante el último gobierno del PSOE, se ha producido un cambio cualitativo de gran calado, que será descrito y analizado a continuación[163]. Asimismo, es importante resaltar que los contenidos en salud

[162] Como señala Celia Valiente, «tal era el caso de los anticonceptivos, cuyo comercio y publicidad habían sido despenalizados en 1978, pero cuya distribución a través del sistema sanitario público apenas había sido organizada» (1994, 22).

[163] También en el contexto internacional la salud de las mujeres fue adquiriendo relevancia política. Así, en la tercera Conferencia Mundial de la Mujer de la ONU celebrada en Nairobi en 1985, se dedicaron solamente tres páginas al área de salud en su documento final, que además compartía con el área de educación. En la Conferencia de Beijing en 1995 fueron diecisiete páginas y la salud se abordó como un tema prioritario, como bienestar y calidad de vida, con una perspectiva global e integral (García Ojeda y Otegui 2000). La salud de las mujeres ha sido objeto de numerosos textos, reuniones y acuerdos internacionales, pero debido a la extensión de esta tesis me ceñiré al contexto español. No obstante, quiero resaltar la importancia de la salud en el modelo creado por Martha C. Nussbaum, centrado en la

de los planes de igualdad, como en todas las áreas, se han ido nutriendo de los discursos que se iban desarrollando desde el marco feminista. En la tabla siguiente se resumen los contenidos en salud en los diferentes planes de igualdad:

Tabla 7. La salud en los Planes de Igualdad del Instituto de la Mujer

PARTIDO EN EL GOBIERNO	PLANES DE IGUALDAD	CONTENIDOS DE SALUD	CARACTERÍSTICAS
PSOE 1982-1996	I Plan para la Igualdad de Oportunidades de las mujeres: 1988-1990	Área 4: Dos líneas de acción y cinco objetivos que giran en torno a las especiales necesidades de las mujeres derivadas de su biología (Instituto de la Mujer 1988b, 81-93).	Se centra en los aspectos reproductivos y las mujeres como agentes de salud en la familia.
	II Plan para la Igualdad de Oportunidades de las mujeres: 1993-1995	Objetivo 8.1.: «Interesar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud para que se articule un procedimiento que permita la colaboración del Instituto de la Mujer en temas relacionados con la salud de las mujeres» (Instituto de la Mujer 1993, 21-23).	Se incorpora la transversalidad. Las actuaciones se dirigen al personal sanitario, de educación y servicios sociales. Se posibilita la participación de asociaciones de mujeres y sindicatos en la prevención. Se incluyen acciones ante el maltrato y las agresiones sexuales.

teoría de las capacidades, con el objetivo de orientar las políticas sociales (2000, 120-123): 1.Vida. Ser capaz de vivir hasta el final una vida humana de extensión normal. No morir prematuramente. 2. Salud Corporal, tener buena salud, incluyendo la salud reproductiva; 3. Tener alimentos adecuados y techo adecuado. 4. Integridad corporal. Seguridad ante un asalto sexual o violencia. 5. Sentidos, imaginación y pensamiento. Una adecuada educación. 6. Emociones. Ser capaces de tener vínculos y amar a quienes nos aman. 7. Razón práctica. Una concepción del bien y reflexión crítica sobre el propio proyecto de vida. 8. Afiliación: ser capaz de vivir con otras personas, mostrar empatía; autorespeto, trato digno. 9. Ser capaz de disfrutar de actividades recreativas. 10. Control del propio entorno: participación política, libre expresión y asociación; oportunidades de empleo. Paloma de Villota recoge también la lista elaborada por Ingrid Robeyns con la intención de facilitar la estrategia política para la consecución de la equidad de género (2011, 86). Los aspectos recogidos en su estrategia están estrechamente vinculados a la salud:
1. Vida y salud: gozar de buena salud y no sufrir muerte prematura. 2. Salud mental y psíquica. 3. Integridad física y seguridad. 4. Relaciones sociales. 7. Empoderamiento político. Educación y conocimiento. 8. Trabajo doméstico y de cuidado. 9. Trabajo remunerado y otros proyectos. 10. Habitación y entorno. 11. Movilidad. 12. Actividades de ocio. 13. Autonomía sobre el tiempo. 14. Respeto.

PARTIDO EN EL GOBIERNO	PLANES DE IGUALDAD	CONTENIDOS DE SALUD	CARACTERÍSTICAS
PP 1996-2004	III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 1997-2000	Area 2. 4 objetivos (Instituto de la Mujer 1997, 27-35)	Se incorporan los aspectos psicosociales de la salud.
PP hasta 2004 PSOE 2004-2011	IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2003-2006	4. Área de Promoción de la calidad de vida de las mujeres. Punto 4.1. Contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital. Incluye diez medidas (Instituto de la Mujer 2003a, 29-30).	Plan continuista
PSOE 2004-2011	Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2008-2011	Eje 7: Cuatro objetivos estratégicos. (Instituto de la Mujer 2008, 64-72).	Medidas dirigidas a las profesionales en tanto mujeres con déficit de poder y representación en el sistema sanitario. Empoderamiento de las mujeres
PP 2011-2018	Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2014-2016	Incluida en el eje 6: Desarrollo de acciones en el marco de otras políticas sectoriales. 6.1. Reforzar la perspectiva de género en las políticas de salud (Instituto de la Mujer 2014, 121-124). Dos líneas de actuación con un total de 13 medidas.	Plan continuista

Fuente: elaboración propia.

En el I Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 1988-1990[164] se plantean dos grandes líneas de acción en salud, desarrolladas en el área 4. La primera, «mejorar la salud de la mujer incidiendo en aquellos aspectos biológicos que le son peculiares y para los que no basta la atención sanitaria común con la población masculina». La segunda, «aumentar su nivel de información y educación sanitaria para mejorar su propia salud y la de todos los individuos que dependen de ellas biológica y socialmente». Los objetivos en los que se concretan estas líneas giran en torno a la específica

[164] Desde 1988 hasta 1991, años de vigencia de este plan, la directora del Instituto de la Mujer fue la ginecóloga Carmen Martínez Ten.

biología femenina y a las mujeres como cuidadoras de la salud. Otras medidas se dirigen «a la mejora del sistema sanitario en lo que de particular precisan las mujeres» y a la formación del personal sanitario en estos aspectos, así como a «mentalizar a la sociedad y al hombre para que decida compartir la responsabilidad de la planificación familiar, la anticoncepción y el cuidado de los niños».

En el marco teórico para las actuaciones propuestas, que se expone en la introducción al área, se considera que las mujeres «tienen un papel trascendental como agentes de salud, por la función que casi siempre desempeñan como educadoras sanitarias en el núcleo familiar». Asimismo, se resalta que las mujeres constituyen el único sector de población que, sin estar enfermo, tiene contacto necesariamente con los servicios sanitarios debido a la maternidad y al uso de anticonceptivos, por lo que se plantea la necesidad de una reforma de la estructura sanitaria que permita el cambio de un modelo de servicios curativo-asistenciales a otro más orientado a la prevención y educación para la salud. Las actuaciones que se proponen pretenden garantizar la información y educación en Planificación Familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, el tratamiento de la infertilidad, la educación materno-infantil, el seguimiento de embarazos, la preparación al parto y la atención al post-parto.

Asimismo, se contemplan otras medidas no relacionadas con los aspectos reproductivos, como la elaboración y difusión de materiales de educación sanitaria dirigidos a la prevención de los problemas de salud de las mujeres trabajadoras, aunque centrados únicamente en los riesgos reproductivos, programas de educación sanitaria para las mujeres de edad avanzada y para la prevención y detección precoz del cáncer genital y mamario. También se plantea promover la investigación sobre la salud de las mujeres, señalando la carencia de datos suficientes y fiables, la importancia de incorporar la variable sexo en los registros y sistemas de vigilancia epistemológica, la inclusión en la formación en medicina, ATS-matronas, MIR y formación de posgrado de temas de planificación familiar, preparación al parto y reproducción artificial, así como formación del personal de ginecología en el método Karman para la interrupción del embarazo.

En el objetivo 1.9, «Desarrollar las normas necesarias para proteger el derecho a la salud de las mujeres», se proponen actuaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo y la esterilización de incapaces[165]. Se

[165] Término así utilizado en el documento.

menciona en la actuación 1.9.1. que, una vez despenalizada la interrupción voluntaria del embarazo en los tres supuestos recogidos en el artículo 417 bis del Código Penal, y dadas las dificultades para su aplicación, se adoptarán medidas de orden jurídico y administrativo con el fin de proteger adecuadamente los derechos y la salud de las mujeres que se someten a la interrupción voluntaria del embarazo.

Podemos concluir que en este primer plan de igualdad los aspectos relacionados con la reproducción son los que tienen un mayor peso, pero es importante recordar que en esos años, a pesar del reconocimiento del derecho a la anticoncepción y a la IVE en determinados supuestos, todavía, de hecho, la mayoría de las mujeres tenían grandes dificultades para ejercerlos. Carmen Sáez Buenaventura subrayó el marcado carácter biologicista de los cinco objetivos y las actuaciones de este plan:

> Curiosamente, tan solo se hace referencia a los aspectos psicológicos cuando se alude a las mujeres de edad avanzada y a los cuidados que precisan las embarazadas, parturientas y puérperas. En consecuencia, la casi totalidad de medidas se refieren a las que están en edad o en situación de fertilidad y a los problemas que puedan atañer o perjudicar la capacidad reproductora, una entre las muchas que poseemos, pero que el patriarcado se encarga de que parezca la única (1992, 87).

En el II Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres 1993-1995, se incorpora la transversalidad en las políticas de igualdad, implicando a diversas instituciones e incluyendo otros aspectos de la salud de las mujeres que no están estrictamente relacionados con el área reproductiva, por lo que se produce un cambio cualitativamente importante en este II Plan. La salud se aborda en el objetivo 8.1: «Interesar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud para que se articule un procedimiento que permita la colaboración del Instituto de la Mujer en temas relacionados con la salud de las mujeres». Con este objetivo el Instituto de la Mujer se propone informar los protocolos de actuación del sistema nacional de salud relacionados con las prestaciones incluidas en el denominado Programa de la Mujer, que incluía atención al embarazo, parto y puerperio, orientación y planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico. Con esta medida, se inicia una importante línea de actuación, la participación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que se ha mantenido hasta la actualidad.

Las actuaciones propuestas en este plan se dirigen, no solamente al sistema sanitario y al personal sanitario, sino también a profesionales de los servicios sociales y de educación. Se plantean programas de prevención del embarazo en la adolescencia y educación sexual en los centros educativos; programas de prevención de cáncer y detección precoz, prevención de VIH, colaborando con el Plan Nacional sobre Drogas y el Plan Nacional sobre SIDA. También realizar formación en aspectos relacionados con la comunicación y las relaciones entre profesionales y usuarias. En cuanto a la menopausia, se propone introducir un nuevo enfoque en la población y en profesionales de salud y servicios sociales, propiciando un cambio de actitudes sobre la misma, así como apoyar la investigación sobre el impacto de los tratamientos hormonales en la salud de las mujeres.

Se incorpora la salud laboral, planteando un marco de cooperación con el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Por primera vez se menciona que hay que tener en cuenta variables no solo relativas al puesto de trabajo, sino también ambientales, psíquicas y de condiciones de vida de las mujeres (Actuación 8.6.2.). Se propone, también por primera vez, la participación de asociaciones de mujeres y sindicatos en la elaboración de propuestas en los programas de prevención.

Por último, el objetivo 8.7 se dedica a desarrollar programas dirigidos a mujeres maltratadas y agredidas sexualmente. Para ello se propone la creación de un grupo de trabajo con representantes del Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, Ministerio de Sanidad y Consumo y Asociaciones de Mujeres, con el objetivo de elaborar un protocolo de malos tratos y agresiones sexuales a las mujeres. También se plantea la homologación de criterios de actuación en las casas de acogida y de los mecanismos de seguimiento posteriores a la intervención, formar a cada uno de los colectivos que trabajan con mujeres en situaciones de violencia e impulsar medidas de sensibilización sobre su situación.

En el III Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 1997-2000, la salud se aborda en el área 2. Se incorpora un nuevo marco para entender y abordar la salud de las mujeres, que incluye el bienestar emocional, social y físico, que está determinado, no solo por la biología, sino por el contexto social y económico. Asimismo, se amplía el concepto de transversalidad, implicando en las actuaciones al Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a las Comunidades Autónomas y las organizaciones no gubernamentales.

Se propone la necesidad de evitar la excesiva medicalización de los procesos del ciclo biológico de las mujeres. Se retoman aspectos mencionados en

planes anteriores, señalando la preocupación por el incremento del cáncer de mama así como de la infertilidad y el número de casos de SIDA, por lo que se proponen estudios e investigaciones para abundar en estos aspectos. En relación a la salud de las mujeres en edad avanzada, se plantean programas amplios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas es otro de los aspectos que será un objetivo de campañas para promover hábitos de vida saludables. Se incide en la necesidad de continuar trabajando en la educación sexual y reproductiva y la prevención de embarazos en adolescentes. Se menciona la salud mental y, especialmente, los problemas de anorexia y bulimia. En la salud laboral se incluye a las mujeres que realizan su trabajo en el ámbito doméstico, proponiendo un reconocimiento social de este trabajo y la importancia de evitar las condiciones de aislamiento y los efectos del estrés en mujeres con un empleo, que asumen una doble jornada.

Se plantean cuatro objetivos: en el objetivo 1, «Mejorar la salud de las mujeres a lo largo del ciclo biológico», se incluyen diez medidas dirigidas a investigar los cambios y las necesidades de las mujeres en relación a su salud y a valorar la atención que reciben en el sistema nacional de salud para proponer mejoras; a la sensibilización de profesionales de salud para que incorporen el punto de vista de las mujeres en la asistencia sanitaria y eviten la medicalización. Entre las medidas dirigidas a dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres se encuentran el apoyo a programas para el diagnóstico prenatal con el fin de prevenir las malformaciones congénitas; medidas para promover la preparación al parto y para afrontar la menopausia, así como la prevención del cáncer ginecológico y de mama y el tratamiento de la osteoporosis; la aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre los derechos de las mujeres embarazadas y medidas para promover la salud centradas en los estilos de vida saludables.

En el objetivo 2, «Contribuir a la mejora de la salud sexual y reproductiva», se incluyen la realización de programas de educación sexual para toda la población y prioritariamente a las adolescentes, así como campañas destinadas a la prevención de embarazos no deseados. También se plantea impulsar y mejorar la oferta de servicios en los centros de planificación familiar y desarrollar programas de atención a la salud sexual y reproductiva en los centros de atención primaria.

En el objetivo 3, «Contribuir al bienestar físico y psíquico de las mujeres», se plantean medidas dirigidas a la prevención de los trastornos en la alimentación, especialmente la anorexia y bulimia, y la sensibilización de profesiona-

les de la publicidad y medios de comunicación; la elaboración de materiales divulgativos que aborden monográficamente los temas relacionados con el bienestar psicológico de las mujeres; la prevención del consumo de drogas, de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; el apoyo a los colectivos de mujeres y la creación de un movimiento de autoayuda en la prevención del consumo de drogas y SIDA.

El objetivo 4, «Mejorar los problemas de salud relacionados con la actividad laboral y doméstica de las mujeres» contempla medidas para que la legislación española en materia de prevención de riesgos laborales incorpore las directivas comunitarias para la mejora de la seguridad y la salud de las mujeres, así como la elaboración de protocolos y guías técnicas dirigidas a la vigilancia de la salud de las trabajadoras y para que se establezcan controles sanitarios a las mujeres sometidas a especiales riesgos laborales. Asimismo, se propone profundizar en el conocimiento de las consecuencias en la salud de las mujeres de las condiciones en las que se realiza el trabajo doméstico, como son el aislamiento y la falta de reconocimiento social.

En el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres 2003-2006, la salud se aborda en el área 4. Promoción de la calidad de vida de las mujeres, en el punto 4.1. «Contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital». Incluye diez medidas que contemplan la realización de estudios para conocer la valoración de las mujeres de las prestaciones sanitarias y la repercusión de los riesgos laborales en su salud. El resto de medidas tienen un carácter general, proponiendo impulsar y potenciar la promoción de la salud de las mujeres, los talleres grupales, los programas de prevención de cáncer ginecológico y de mama, los trastornos de alimentación, desarrollar programas dirigidos a mujeres con discapacidades, impulsar programas de prevención del consumo de drogas, tabaco y alcohol, y el acceso de las mujeres a programas de prevención de VIH/SIDA para facilitar la detección precoz. Este plan, elaborado con el Partido Popular en el poder, es un plan continuista y muy breve en el área de salud, que recoge medidas ya propuestas en planes anteriores, dirigidas sobre todo a problemáticas concretas de salud.

El V Plan de Igualdad, denominado Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2008-2011, supone una transformación radical del marco conceptual y político sobre la salud aplicado hasta el momento. Como expusieron Patricia García Ojeda y Rosario Otegui en las Primeras Jornadas de Políticas Públicas sobre las mujeres celebradas en 1998 (Arranz 2000), hasta el momento, los planes de igualdad y la mayoría de las

políticas públicas sociosanitarias se centraban en poblaciones diana de mujeres, mujeres carentes, que necesitaban especial asistencia, en situaciones de marginación, (embarazos en adolescentes, mujeres con VIH, problemáticas de salud mental, alcohol y tabaquismo) no en las mujeres como el 52% de la población. Eran políticas de pobreza y desde esa perspectiva eran políticas débiles. Las mujeres se convirtieron en población diana con respecto al rol reproductivo y con la finalidad de mantener la salud para ser útiles en el contexto familiar. La pregunta que se hacían es si es suficiente con la integración de las mujeres sin más en las políticas existentes o más bien es necesaria la integración de la perspectiva feminista de modo transversal. Los planes de igualdad han abordado las necesidades de las mujeres como enfermas, atendiendo al síntoma, y no se ha contemplado la salud como necesidad estratégica, necesidad y oportunidad de cambio, no se ha ido al origen del malestar. Han sido políticas reactivas y no proactivas, con una perspectiva asistencialista. García y Otegui aplican la hermenéutica de la sospecha ante el discurso de la resignificación y revalorización de la maternidad y de los cuidados; de las mujeres como trasmisoras de conocimientos de salud y como colaboradoras de los servicios sanitarios, que no participan en la planificación de esos servicios como ciudadanas que tienen derecho a decidir sobre las políticas de salud dirigidas a ellas, pero son objeto de su aplicación, resaltando la necesidad de que ese reconocimiento no suponga la ratificación del rol y más cargas para las mujeres. Subrayan que los planes de igualdad, hasta el momento, no cuestionaban el modelo de desigualdad de géneros y el discurso androcéntrico que impregna el discurso de la medicina (García Ojeda y Otegui 2000).

Asimismo, Lucas Platero advirtió sobre la representación homogénea de las mujeres en los planes de igualdad, que seguían siendo pensadas como madres y esposas, excluyendo la diversidad de las mujeres:

> Se observa que el desarrollo de las primeras y segundas generaciones de planes de igualdad, centrales y autonómicos, está determinado por una representación homogénea de las mujeres, dirigiéndose exclusivamente a la 'mujer', nombrada en singular, como único grupo diana de las políticas de igualdad. Es decir, que en el imaginario de quien desarrolla las políticas, las destinatarias de las mismas son mujeres como grupo homogéneo compuesto fundamentalmente por madres y esposas (2008, 178).

También señaló que, a pesar de los cambios que se han ido introduciendo, persisten los discursos y representaciones de las mujeres en un

marco heterosexual[166]: «A partir de la tercera generación aparece un concepto más plural de las mujeres. Sin embargo, a pesar de que las políticas de igualdad van incluyendo cada vez más las realidades complejas de las mujeres, persisten en presentar a la mujer normativa como heterosexual» (Platero 2008, 184).

El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2008-2011 incorpora cambios significativos. En el discurso sobre la salud introduce los factores biopsicosociales de género, la necesidad del empoderamiento de las mujeres e incluye una bibliografía de expertas feministas en salud. Por primera vez, algunas medidas se dirigen a las profesionales en tanto mujeres con déficit de poder y representación en el sistema sanitario, no en relación a su intervención con las mujeres. Este Plan contiene una introducción global en cada área, un diagnóstico de la situación, objetivos y medidas. En el área de salud, incluida en el eje 7, tiene cuatro objetivos estratégicos:

1. Promover la producción, publicación y difusión de información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de la salud, con ocho actuaciones.
2. Promover la aplicación de la transversalidad de género a las políticas de salud, así como impulsar políticas específicas de salud de las mujeres, con diez actuaciones.
3. Contribuir a mejorar aspectos específicos de la salud de las mujeres, así como incidir en enfermedades de alta prevalencia o sensibles al impacto de género, con quince actuaciones.
4. Impulsar la participación y empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud. Tres de las acciones propuestas se dirigen a las profesionales del sistema sanitario para promover su presencia en puestos directivos y a la creación y mantenimiento de redes profesionales para el debate e intercambio de buenas prácticas con relación a los procesos de salud-enfermedad que afectan, de forma prevalente, a las mujeres y que son sensibles al impacto de género.

Para dar cumplimiento a las actuaciones propuestas, concretamente a las recogidas en los puntos 1.2 y 2.8, el Instituto de la Mujer realizó un estudio cuyo informe se publica en 2010 (Instituto de la Mujer 2010). Los objetivos

[166] Aspecto que aborda en profundidad en el libro *Lesbianas. Discursos y representaciones* (Platero 2008).

de este estudio eran analizar la situación de salud de las mujeres, las patologías con mayor incidencia, cuantificar y describir las diferencias en salud entre hombres y mujeres e identificar problemas de salud prioritarios que requieran esfuerzos o investigaciones adicionales. Este estudio se realiza a partir del informe *La salud de la población española*, publicado en 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, basado en la Encuesta Nacional de Salud del mismo año, y el Informe Salud y Género 2005 del Observatorio de Salud de las Mujeres. En la introducción al informe se reconoce que las políticas sanitarias de igualdad se han dirigido, fundamentalmente, a la faceta reproductiva y genital de las mujeres:

> Hablar de mujer y salud se ha visto frecuentemente reducido en España, como en los demás países, a cuestiones relacionadas con la función reproductora y los problemas y recomendaciones preventivas respecto al aparato genital femenino. Así, el diagnóstico precoz del cáncer de mama, cérvix y endometrio, la menopausia en general y la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en particular, se han convertido en los puntos de máximo interés en lo que a atención sanitaria a la mujer se refiere, además de la atención durante el embarazo, parto y puerperio y la anticoncepción. Resulta ya una obviedad afirmar que la mujer y sus especificidades en materia de salud no terminan en su faceta reproductora y genital, aun cuando fuera necesario compensar déficits notables previos, especialmente en países como España. Sin embargo, son aplicables a nuestro país y a nuestro sistema sanitario las repetidas llamadas de atención hechas por Naciones Unidas y OMS desde la Conferencia de Pekín hasta hoy (Instituto de la Mujer 2010, 9).

Entre las conclusiones de este informe, se menciona que son problemas en progresión en las mujeres españolas la sobrecarga física y psicológica por su rol de cuidadoras de la población de cualquier edad, el impacto sobre la salud de la doble jornada, la depresión y los accidentes en el hogar. Asimismo, en el informe se afirma que «los resultados obtenidos son concluyentes, la mujer sigue siendo la que asume en su mayor parte la carga de cuidados y de trabajo doméstico» (Instituto de la Mujer 2010, 204), con las consiguientes repercusiones en su salud. En relación a la violencia, se resalta que las mujeres víctimas de malos tratos experimentan una serie de síntomas en mucha mayor proporción que el resto de las mujeres. La mayor parte de estos síntomas coinciden con las principales causas que limitan la actividad, como son los

dolores de espalda o articulaciones, los dolores de cabeza, la falta de sueño o la fatiga permanente (Instituto de la Mujer 2010, 206).

La implementación y continuidad de este Plan estratégico queda truncada con la llegada del Partido Popular al poder en 2011, que pondrá en marcha el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2014-2016. En este plan, el área de salud está incluida en el eje 6, Desarrollo de acciones en el marco de otras políticas sectoriales, en el punto 6.1.: Reforzar la perspectiva de género en las políticas de salud, con dos líneas de actuación. La primera, promoción de la igualdad en las políticas de salud y bienestar social, así como impulso de políticas específicas de salud y calidad de vida de las mujeres, que incluye nueve medidas dirigidas a elaboración de indicadores singulares de la salud de las mujeres. La segunda, promoción de programas de salud y bienestar social con mujeres en situación o riego de exclusión social. Es importante destacar la fuerte contradicción entre los objetivos que se proponen en este plan y las acciones emprendidas por el Partido Popular desde su llegada al poder, que serán expuestas en el apartado 4.3., entre ellas, la supresión de uno de los organismos encargados de promocionar la igualdad en las políticas de salud, el Observatorio de Salud de las Mujeres, adscrito al Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

En relación a la evaluación del impacto de los planes de igualdad hay que destacar que, en general, los organismos de igualdad no son los responsables de su ejecución, sino que se trata de estrategias de acción transversal que asignan la responsabilidad de ejecución de muchas de sus acciones a diferentes unidades departamentales. La generalidad en algunos objetivos o acciones propuestas dificultan su implementación y evaluación posterior y en muchos aspectos se mueven en el terreno de los valores, las actitudes y las relaciones sociales, poco cuantificables numéricamente y en el que los cambios se producen desde una perspectiva integral, intersectorial y a largo plazo, característica que dificulta su medición y análisis en los períodos de vigencia de los planes. Exceptuando las reformas legislativas, ha sido difícil evaluar el impacto de estas políticas públicas sobre la salud, o cualquier otro ámbito de intervención de los mismos (Bustelo 2001; Bustelo y Lombardo 2005).

El Instituto de la Mujer ha desempeñado también un importante papel en el apoyo a las políticas de igualdad autonómicas y municipales[167]. Rebeca

[167] En 1991, el Instituto de la Mujer centró la reunión anual de coordinación con los organismos de igualdad de las comunidades autónomas en el tema de la intervención de Agentes de Igualdad en el ámbito local (Sanz de Pablo 2005, 217).

Lueiro y Beatriz López Rey, que han investigado las políticas públicas de ámbito local en la comunidad autónoma gallega, lo describen así:

> El Instituto de la Mujer ha cooperado con los organismos responsables de igualdad de las comunidades autónomas y de la administración local, de esta cooperación territorial surge un modelo de gestión semidescentralizada entre los diferentes niveles del Estado: el central, autonómico y el local. El Instituto de la Mujer ha firmado convenios marco con la Federación Española de Municipios y Provincias, para el impulso de la política local en relación con la mejora de la situación de las mujeres, así se subscribieron convenios con ayuntamientos y diputaciones de toda España, fundamentalmente para la creación de los Centros de Información de los Derechos de la Mujer, casas de acogida de mujeres maltratadas y centros asesores (Subirats y Gomá 1998). De este modo, la descentralización del Estado ha ayudado a que en todos los niveles (incluido el local), se dispusieran de recursos económicos y humanos propios para alcanzar objetivos similares a los europeos (Roldán 2006), por lo que se observa un impulso de políticas de igualdad desde los ámbitos superiores a los inferiores y la dotación de recursos económicos para la implantación de las mismas (2009, 4)[168].

En la década de los noventa se crean también instituciones de igualdad en las comunidades autónomas. En 1994, todas las comunidades autónomas disponían ya de organismos de igualdad (Instituto de la Mujer 1994, 25), que elaboraron sus propias leyes de igualdad[169] y planes de acción para la igual-

[168] Disponible en: http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso_09/grupos-trabajo/area01/GT04/06.pdf. (Consulta: 14/07/2017).

[169] Entre otras, la Ley 4/2005, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de Euskadi, que dedica su artículo 44 a la Salud:
1. Las administraciones públicas vascas han de contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia.
2. La Administración de la Comunidad Autónoma debe garantizar la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud, mediante la consideración de las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de hombres y mujeres y, cuando sea necesario, mediante el desarrollo de políticas específicas. Asimismo, ha de promover entre las personas profesionales y usuarias y los agentes sociales implicados en el sistema de salud el análisis, debate y concienciación en torno a las diferencias de mujeres y hombres relativas a dicho ámbito.
3. La Administración sanitaria, a la hora de diseñar los procesos asistenciales, debe adoptar medidas para aliviar la carga de trabajo derivada del cuidado de personas con problemas de salud que se realiza en el ámbito doméstico de forma no remunerada y mayoritariamente por mujeres.

dad de oportunidades, en los que se incluyen programas dirigidos a la mejora de la salud de las mujeres. La formación de su propio personal técnico[170] y de profesionales de la salud ha sido también un área a la que han dedicado grandes esfuerzos. Es importante señalar que feministas de diferentes ámbitos y disciplinas se fueron incorporando a las instituciones de igualdad e impulsaron estas políticas.

Entre los planes de igualdad autonómicos, Mari Luz Esteban destaca el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la Comunidad Autónoma del País Vasco, realizado por Emakunde en 2006, en el que se eligieron cuatro ejes estratégicos (mainstreaming; empoderamiento y participación sociopolítica de las mujeres; conciliación y corresponsabilidad; violencia contra las mujeres) que se aplicaron por igual en seis áreas, entre ellas la salud: cultura, educación, trabajo, inclusión social, salud y urbanismo, transporte público y medio ambiente. En materia de salud, el mainstreaming se definió como la integración de la perspectiva de género en el sistema sanitario (modificar las guías de práctica clínica y los procedimientos administrativos), y la mejora del tratamiento de las enfermedades con especial incidencia en las mujeres: cáncer de mama, trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades cerebro-vasculares. En el eje de empoderamiento y participación sociopolítica de las mujeres, se priorizó el aumento de la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud reproductiva (accesibilidad/uso anticonceptivos, disminución de embarazos no deseados, facilitación de anticoncepción de emergencia y acceso a IVE, incremento del autocuidado y la satisfacción en la atención y la reducción del número de cesáreas y episiotomías). En la conciliación y corresponsabilidad, se planteó la adecuación y desarrollo de servicios que atiendan a personas con problemas de salud y pacientes hospitalizados, así como la flexibilización de horarios de servicios sociales y sanitarios para favorecer la conciliación. En el eje de la violencia contra las mujeres, la atención coordinada y eficaz a mujeres víctimas de maltrato, la adecuación a la variabilidad de situaciones y la revisión y mejora del protocolo de atención a la salud.

4. Las administraciones públicas vascas han de cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

170 Entre otros, el programa de formación en la Comunidad Gallega, dirigido a todo el personal de los centros de atención a mujeres en las cuatro provincias, contenía un área de salud (Nogueiras 2001).

Asimismo, Esteban resalta también el diagnóstico realizado para la elaboración del I Plan de Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres de la Comunidad Foral de Navarra en 2006, en el que los núcleos seleccionados en el área de salud y bienestar social fueron siete: la doble jornada y el rol de cuidadoras; aspectos determinantes de la salud en el ciclo vital; enfermedades y problemas de salud con especial o exclusiva incidencia en las mujeres; salud y trabajo; feminización de la pobreza; violencia contra las mujeres y mujeres con especial riesgo de exclusión.

Señala Esteban que en ambos planes se incorporan análisis más complejos teórica y metodológicamente (2010, 56-58), como el equilibrio entre factores biológicos y sociales, la identificación y priorización de algunos problemas de relevancia social y epidemiológica, entre ellos la conciliación y la violencia contra las mujeres, en un intento de abordar la construcción de la desigualdad y de no anclarse en las supuestas diferencias entre mujeres y hombres. Hasta el momento, tanto en los planes de salud, como en los de igualdad, se otorgó una importancia central a la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres, lo que favoreció el mantenimiento del rol reproductivo y de prestación de cuidados asignados a las mujeres (Esteban 2000).

El Instituto Andaluz de la Mujer[171] y el Instituto Canario de Igualdad[172] han realizado numerosas publicaciones y materiales para la formación del personal sanitario, así como la organización de diversas Jornadas (Instituto Andaluz de la Mujer 2007). El Instituto Asturiano de la Mujer desarrolló el Programa Tiempo Propio en colaboración con las concejalías de la Mujer de los ayuntamientos de menos de 50.000 habitantes, dirigido a la promoción de la salud en mujeres mayores a través de la realización de talleres en pueblos de toda la comunidad asturiana[173], programa que describen de este modo:

[171] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Finstitutodelamujer%2F&ei=VevjUfPpM4eIOOGCgbAO&usg=AFQjCNHetPEmzRoXSHCPHoffSPWN3ps1Cg&sig2=jNz86RBdjYnfZ1rss-Zpew&bvm=bv.48705608,d.ZWU. (Consulta: 15/07/13).

[172] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CEMQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.infoisla.org%2Fmujer%2Finstituto_canario_mujer.htm&ei=3evjUf2SNYnjOvLegcAF&usg=AFQjCNFyDkxS8AI0a1mI0A6LnHrjIMIp4A&sig2=8TWTjXOIq6HUyhGN4fBMFw&bvm=bv.48705608,d.ZWU. (Consulta: 15/07/2013).

[173] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Finstitutoasturianodelamujer.com%2Fiam%2Fprogramas%2Ftiempo-propio%2F&ei=7-jjUdaJL4iJPa2OgbgF&usg=AFQjCNHE8ZTtHdOPDrN78qjf9kktSjOHvQ&sig2=dwnCOkHzuy9wXc1xO8nfWA&bvm=bv.48705608,d.ZWU&cad=rja. (Consulta: 15/07/2013).

> Dirigido a mujeres mayores de 50 años, Tiempo Propio ofrece un espacio de encuentro a través de actividades de intercambio y de talleres en materia de salud, cultura y nuevas tecnologías. Una experiencia que fomenta la participación social de las mujeres mayores de 50 años, ampliando y consolidando sus relaciones sociales a través del aprendizaje, la mejora de la salud y el disfrute del tiempo libre. Desde su puesta en marcha en 2002, Tiempo Propio ha ido creciendo desde los 3 municipios del programa piloto hasta los 34 que conforman la actual edición (Instituto Asturiano de la Mujer 2011, 13).

El diseño de este programa parte de una conceptualización de la salud no sanitarista, que está más relacionada con aspectos psicosociales, como disponer de proyectos vitales satisfactorios y el establecimiento de relaciones y vínculos significativos, tanto personales, como sociales y políticos.

Las políticas de igualdad en el ámbito local han sido objeto de escasa investigación hasta el momento[174], a pesar de que tienen una trayectoria de tres décadas y su incidencia en la promoción de la igualdad, la toma de conciencia y el empoderamiento de las mujeres ha sido fundamental. En el informe presentado por España a la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing 1995, se aludía a que «si bien muchas de las corporaciones locales del país disponen de un departamento de la mujer, no disponemos de información exacta al respecto, ni sobre la cuantía de su presupuesto» (Instituto de la Mujer 1994, 25). Asimismo, este informe también señalaba que «entre 1988 y 1992 se firmó un convenio marco con la Federación Española de Municipios y Provincias y 28 convenios con ayuntamientos y Diputaciones Provinciales» (Instituto de la Mujer 1994, 30) para la realización de políticas locales. En la investigación *Género, Políticas Locales e Intervención Social*, realizada por Elena Roldán, Teresa Zamanillo, Teresa García Giráldez y Aurora Castillo (Roldán 2004) en cinco comunidades autónomas representativas de las diversas regiones y culturas españolas (Andalucía, Canarias, Castilla-León, Cataluña y Navarra), se señala la importancia de las políticas locales:

[174] Entre los estudios realizados, algunos son de carácter global, como el de la Federación Española de Municipios y Provincias (Sampedro 1992) y el realizado por Paula Otero y Ramón Bouzas (2012); Celia Valiente realizó una investigación sobre los ayuntamientos en la Comunidad de Madrid (1998); Enmanuela Lombardo en los ayuntamientos de la provincia de Barcelona (2002); Eva Martínez, Ainhoa Novo y Arantxa Elizondo en Bilbao (Martínez et al. 2005) y Mónica Gelambí en los ayuntamientos catalanes (2015).

> Uno de los retos actuales de las políticas de igualdad se sitúa, sin duda, en el ámbito local (…). Para que las acciones fueran más efectivas y concretas, era necesario que los niveles políticos más cercanos a la ciudadanía asumieran y desarrollasen los compromisos globales. Hubo que entrelazar lo local y lo global. Por ello, los entes locales han tenido una responsabilidad clave en fomentar e impulsar las acciones de igualdad. Desde los municipios se llevaron a cabo importantes pasos en este sentido (Roldán 2004, 19).

Estas investigadoras resaltan que desde hace dos décadas se están comprobando los resultados de establecer estrategias locales. Se ha hecho necesario que, para que las acciones sean eficaces y concretas, los niveles políticos más cercanos a la ciudadanía hayan asumido y desarrollado los compromisos globales. Es así como los entes locales están teniendo una responsabilidad clave en fomentar e impulsar las acciones de igualdad (Roldán 2004, 3).

Desde los organismos municipales de igualdad se realizan numerosas actividades y se prestan servicios relacionados con la salud de las mujeres. Las concejalías de Mujer de los Ayuntamientos han jugado un importante papel en la promoción y atención a la salud de las mujeres, así como en la sensibilización y formación de profesionales del sistema sanitario.

Las políticas municipales de igualdad se iniciaron a partir de 1985, aunque la mayoría de las concejalías de Mujer se crearon en la década de los años noventa. Como señala Natalia Paleo:

> En el caso de los gobiernos municipales, esta entrada de la igualdad de género en la agenda política se concretó en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, la cual reguló la capacidad de actuación de los municipios en relación con estas políticas. Así, por un lado, esta ley estableció que los municipios podían realizar actividades complementarias de las propias, entre ellas la promoción de la mujer (art. 28) (2011, 94).

Esta mínima mención en el artículo 28, los ayuntamientos «podrán realizar actividades para la promoción de la mujer», abrió el camino a las políticas locales de igualdad, aunque desde la creación de los ayuntamientos democráticos en 1979 se fueron constituyendo algunos servicios municipales para mujeres, como centros de información y asesoramiento, adscritos a otros departamentos municipales. En 1995, la práctica totali-

dad de los ayuntamientos de más de 25.000 habitantes de la Comunidad de Madrid, presididos mayoritariamente por gobiernos progresistas, contaban con una concejalía de Mujer y habían puesto en marcha planes de igualdad, aunque no fue así en el Ayuntamiento de Madrid, que no la tuvo hasta el año 2000 (Riscos 2012).

Otro hito importante para las políticas de igualdad en los ayuntamientos fue la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, como manifiesta Natalia Paleo:

> Otro elemento que debemos tener en cuenta a la hora de explicar la entrada reciente de estas políticas en la agenda de algunos municipios es la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, la cual establece toda una serie de criterios generales de actuación de los poderes públicos en relación con la promoción de la igualdad de género (art. 14) y, además, obliga a los ayuntamientos a integrar el derecho a la igualdad en el ejercicio de sus competencias y a que colaboren, a este efecto, con el resto de administraciones públicas (art. 21). Sin duda, esta ley constituye un punto de inflexión en relación con la legislación previa en materia de género, especialmente en el caso de los ayuntamientos, puesto que por primera vez se regula su obligación de realizar políticas de género. Al mismo tiempo, ha de tenerse en cuenta también la aprobación en diversas comunidades autónomas de leyes específicas en materia de igualdad que inciden en el desarrollo de estas políticas y hacen referencia explícita a los ayuntamientos (2011, 96).

Las concejalías de Mujer han elaborado sus propios planes de igualdad, que incluyen también un área dedicada a la salud. Cándida Gago y Juana Rodríguez han estudiado los planes de igualdad municipales en la Comunidad de Madrid, encontrando que el área de salud y calidad de vida, entre otras, está ampliamente desarrollada:

> En cuanto a la estructura y contenido de los planes estudiados, el número de 'áreas generales' o 'metas' varía entre 4 y 11, desarrolladas en objetivos que impulsan las acciones necesarias para lograrlos. Para su comprensión se ha procedido a una clasificación temática, identificando ocho áreas comunes que han sido objeto de tratamiento en la mayoría de los planes. Como se desprende de esta información, de los 22 planes ana-

> lizados, hay dos áreas que constituyen un punto común en todos: la conciliación de la vida laboral y familiar y la erradicación de la violencia de género. Además, encontramos que el área de educación, cultura, deporte y medios de comunicación, seguida muy de cerca por las de transversalidad (introducción de la perspectiva de género en las políticas públicas) y salud y calidad de vida están ampliamente desarrolladas (Gago y Rodríguez 2014, 355).

Entre los programas de actividades dirigidos a las mujeres se realizan numerosos talleres que inciden en la promoción y el cuidado de la salud. Son talleres para el empoderamiento y toma de conciencia del impacto de la desigualdad y la subordinación en la vida de las mujeres, que buscan la mejora de la calidad de vida, el desarrollo de la autoestima personal y colectiva, la promoción del autocuidado y del equilibrio entre cuidar, cuidarse y ser cuidada. También se realizan talleres que abordan aspectos de la vida significativos para las mujeres, como los vínculos amorosos igualitarios y de buen trato, las relaciones madres-hijas, la sexualidad y el autoconocimiento, el desarrollo de proyectos vitales propios. Como destacan Cándida Gago y Juana Rodríguez en su investigación, una de las más recientes y detalladas sobre las políticas municipales, en la que utilizaron como fuentes las páginas web de las concejalías de Mujer:

> El tercer grupo de actividades identificadas según el número de municipios que las desarrollan son los talleres, tratándose de una práctica con mucha implantación (86,4%) pero muy heterogénea y de propósitos muy variados. Algunos talleres reproducen roles femeninos tradicionales, otros están dedicados a ocupar el tiempo de ocio (p.e. manualidades), mientras que algunos contemplan específicamente la formación en temas feministas y de género. En este sentido es importante señalar que aquellos relacionados con la psicología, destinados básicamente a trabajar los conceptos de autoestima, autoconocimiento, crecimiento y comunicación personal, relajación, autodefensa, etc., tienen implantación en un número alto de municipios; también destacan los talleres destinados a la formación en igualdad y género y en tercer lugar, aquellos en relación con la creatividad, de índole artística y literaria (2014, 358).

Estas investigadoras recogen en las conclusiones de su estudio los objetivos de los talleres que se realizan en las concejalías de igualdad:

> Con similares objetivos debe mencionarse que los talleres, muy presentes en las actividades municipales, han diversificado su oferta, pasando a identificarse algunos con un objetivo claro de empoderamiento de las mujeres: autoestima, conocimiento personal, pensamiento feminista y de género, cambio de roles de género, visibilización de las mujeres en la sociedad y la Historia, ente otros (Gago y Rodríguez 2014, 364).

Muchas mujeres se dirigen a estos espacios municipales en busca de apoyo y claves para sentirse mejor, salir de situaciones de depresión, ansiedad, baja autoestima, aislamiento, violencia, sobrecarga emocional, separaciones y conflictos vitales. Llevan el malestar que, en muchas ocasiones, no es escuchado en el sistema sanitario (Nogueiras 2010a). Reconocen que estos servicios dan respuesta a sus necesidades vitales y les ayudan a recuperar la salud. La cercanía y accesibilidad de las instituciones municipales, que además prestan servicios directos de atención y asesoramiento a la población de modo gratuito, contribuye a que sean utilizados con frecuencia.

En el estudio realizado por Elena Roldán, Teresa Zamanillo, Teresa García Giráldez y Aurora Castillo (Roldán 2004), se destaca en las conclusiones que el trabajo en grupos con un enfoque feminista hace posible que las mujeres se den cuenta de su poder y adquieran un mayor control sobre sus vidas. Sus palabras describen cómo en este trabajo se produce el mismo proceso que en los grupos de autoconciencia con los que se inició el feminismo radical:

> La intervención social de enfoque feminista, que aparece en pocos casos, considera que el trabajo en grupo es clave porque las mujeres dejan de experimentar sus problemas como fracasos individuales, para pasar a verlos como una consecuencia de tener que enfrentarse a circunstancias extremadamente difíciles. A través del proceso de grupo, las mujeres se dan cuenta del poder que tienen y comienzan a adquirir un mayor control sobre sus vidas (Roldán 2004, 177).

Asimismo, la mayoría de las concejalías de igualdad ofrecen servicios de atención psicológica, además de asesoría legal y el apoyo de trabajadoras sociales y orientadoras laborales, y han sido y son también recursos fundamentales de apoyo, asesoramiento, acompañamiento y recuperación para las mujeres en situaciones de violencia, servicios relacionados estrechamente con la salud (Nogueiras et al. 2005; Riscos et al. 2005).

Como recogen Cándida Gago y Juana Mª Rodríguez[175], en la Comunidad de Madrid se crearon los puntos municipales de atención a la violencia, situados en las concejalías de Mujer:

> En el caso de la Comunidad de Madrid se redactó posteriormente la Ley 5/2005 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género, destinada a combatir y prevenir esta lacra en el ámbito de la región; esta, en el Título II, hace referencia a la colaboración con los municipios para la creación de la Red de Puntos Municipales que, coordinados por la Dirección General de la Mujer, se definen como espacios de atención especializada, en el que se ofrecen servicios de carácter gratuito orientados tanto a atender a mujeres víctimas y a sus hijos e hijas, como a prevenir y sensibilizar sobre este tipo de violencia. Entre sus cometidos se encuentran ofrecer acompañamiento y atención integral en todo el proceso de protección de la mujer y de superación de las secuelas. Los PMORVG tienen una representación territorial extensa. Así, la Comunidad de Madrid tiene 50 Puntos distribuidos entre 34 ayuntamientos y 14 mancomunidades. Aquellos municipios de más de 10.000 habitantes cuentan con un centro para sí mismos, aquellos otros que tienen una población menor a 10.000 habitantes tienen un Punto en la sede de su Mancomunidad de Servicios Sociales. Los municipios que no se encuentran en alguno de los supuestos anteriores, disponen de más de un Punto, es el caso de Madrid (2014, 352).

Engracia de los Riscos, técnica de la concejalía de Mujer de Torrejón de Ardoz desde 1989 hasta 2008, menciona otra de las actividades de gran relevancia que han realizado las concejalías de igualdad y que tiene grandes repercusiones sobre el bienestar y la salud de las mujeres que viven relaciones de violencia:

> Otra experiencia importante estuvo relacionada con la creación de la Red de ciudades contra la violencia hacia las mujeres en el año 2000. Esta red se concibe con el objetivo de incorporar la perspectiva de género en la

[175] Este trabajo es el resultado parcial de investigaciones dentro del Grupo UCM, *Relaciones de Género en el Mundo Contemporáneo: Una perspectiva interdiciplinar desde la Historia, La Geografía y el Derecho. Proyectos:* «El género en las políticas locales», Programa de Creación y Consolidación de Grupos de Investigación de la Comunidad de Madrid 2009-2010, con la colaboración del BCSH; «El género en las políticas locales: análisis de casos en la Comunidad de Madrid», Programa de Creación y Consolidación de Grupos de Investigación de la Comunidad de Madrid, con la colaboración del BSCH (GR35/10-A), 2011. Directora de ambos proyectos: Dra. Gloria Nielfa Cristóbal.

> lucha contra la violencia de género. Tras un importante debate, supuso que las funciones de prevención, orientación, incluso la recuperación y la atención, de las mujeres víctimas de violencia recayeran en concejalías de Mujer en la mayoría de los municipios que la conformaban, aplicando el marco conceptual sobre la violencia de género como una violencia estructural que requiere una intervención integral y coordinada (Riscos 2012, 9).

Las concejalías de Mujer han impulsado la creación de mesas de coordinación municipales para la atención a las mujeres en situaciones de violencia. En ellas participan también representantes de los centros de salud y de hospitales del área. Desde estas concejalías se han realizado numerosas actividades de sensibilización y formación de profesionales de salud. A partir de esta coordinación, cada vez más profesionales derivan a las concejalías de Mujer a mujeres con diferentes tipos de malestares y problemáticas de salud (depresión, ansiedad, cansancio y agotamiento crónico, insomnio, dolores musculares), reconociendo, de este modo, los factores psicosociales y de género que determinan la salud, para los que es difícil dar respuesta desde el sistema sanitario debido al marco biomédico desde el que se trabaja o el tiempo limitado de las consultas sanitarias. Con este hecho, también están reconociendo que las concejalías de Mujer son espacios desde los que se presta una atención en salud que da respuesta a las necesidades de las mujeres, son un recurso para el cuidado, la recuperación y la promoción de salud de las mujeres (Esecé 2005; Nogueiras 2010b).

En este sentido, la concejalía de Mujer de Rivas Vaciamadrid (Madrid) realizó el estudio «El Aula de las Mujeres como espacio de salud» (Esecé 2005), que fue presentado en el Observatorio de Salud de las Mujeres con el objetivo de plantear una investigación que valorase las repercusiones en la salud de los programas realizados en las concejalías de Mujer de diferentes comunidades autónomas. En este estudio se visibilizó que la salud no solo se cuida desde el sistema sanitario y la importancia del «reconocimiento de otros saberes paralelos y externos a la práctica sanitaria oficial y formalizada» (Uría y Mosquera 2013, 306), señalando la necesidad de una estrecha interrelación entre los centros de salud y las instituciones de igualdad (Esecé 2005)[176].

[176] En 2007, a solicitud de La Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de la Mujer, la experiencia se expuso en la Escuela de Salud Pública de Verano en Mahón, en la que se venía organizando anualmente un encuentro sobre salud y género, en el marco del Convenio de colaboración entre el Instituto de la Mujer y el Instituto Carlos III-Escuela Nacional de Sanidad.

Podemos concluir, por tanto, que las concejalías de igualdad y los espacios municipales para las mujeres se han constituido en espacios de promoción, prevención y atención a la salud cuando sus programas y actividades se diseñan desde un marco feminista. En los últimos años, como se describirá en el apartado 4.3, también están desapareciendo los programas municipales dirigidos al empoderamiento de las mujeres debido a los recortes en igualdad y a las políticas conservadoras, quedando únicamente, y no en todos los casos, los servicios dirigidos a mujeres en situaciones de violencia. Sin embargo, desde las últimas elecciones municipales y autonómicas en España, con la llegada al poder de los nuevos partidos de izquierda, que cuentan con mujeres feministas en puestos de responsabilidad política y técnica, se están volviendo a implantar programas municipales para el empoderamiento de las mujeres.

4.2. La incorporación de políticas de igualdad en las instituciones sanitarias y el Sistema Nacional de Salud

> Las mujeres somos las principales consumidoras de toda clase de terapias. Somos, también la proporción más numerosa de estudiantes y profesionales que asisten a cualquier curso actividad de corte psicológico. Los servicios asistenciales cuentan, en sus plantillas de colaboradores, con un número siempre superior de mujeres con respecto al de hombres. No obstante este evidentísimo fenómeno (…), no somos las mujeres las protagonistas principales a la hora del planeamiento o de la confección de políticas asistenciales para los problemas que aquejan a las mujeres (Dio Bleichmar 2000, 3).

El proceso de incorporación de la perspectiva feminista y el análisis de género en el sistema sanitario, en las políticas públicas sanitarias y de investigación, no solo ha sido difícil y lento, sino que se ha encontrado con numerosas resistencias institucionales y profesionales. Modificar el carácter androcéntrico de las políticas públicas es siempre una tarea compleja y de gran calado:

> Implica promover una nueva forma de hacer para incorporar a nuevos actores y replantear las agendas políticas con unas prioridades más inclusivas (Lombardo 2005; Council of Europe 1998). Esto incluye formar y sensibilizar al personal político y técnico de las administraciones, generar herramientas analíticas e informativas, revisar los objetivos de las políticas, incorporar a expertos/as, movimiento feminista y sociedad civil, transformar

> las culturas organizativas, expresar el liderazgo y el compromiso público con la igualdad, y crear espacios de cooperación transversal que permitan superar un acercamiento sectorial al género, entre otras cuestiones. Se trata, por lo tanto, de una estrategia de transformación en profundidad de los valores y rutinas de las administraciones públicas que de una forma más o menos explícita cuestiona y reta los valores y prioridades hegemónicas (Alfama et al. 2014, 72).

Mari Luz Esteban señaló las dificultades específicas que supone la incorporación de un marco feminista por las y los profesionales sanitarios, debido, por una parte, a su formación biologicista, por otra, a que el feminismo interroga, no solo las prácticas asistenciales y el paradigma científico, sino la propia vida:

> Los y las profesionales de la medicina tienen una enculturación esencialista, biologicista y etnocéntrica del cuerpo y la salud. Por ello, los análisis feministas son percibidos como una amenaza por muchos profesionales, ya que interrogan sus modos de vida, sus actitudes y prácticas asistenciales, el paradigma científico (2006, 10).

Hasta los años noventa, el discurso profesional e institucional sanitario sobre la salud de las mujeres, con contadas excepciones, continuaba relacionando las necesidades y problemáticas de salud de las mujeres con sus capacidades reproductivas y con su biología. Desde el paradigma biomédico imperante, se incidía únicamente en la promoción de estilos de vida saludables y se utilizaba el modelo de estrés para explicar la sobrecarga de las mujeres, sin abordar las causas estructurales y las desigualdades de género en su malestar y enfermedad. En el mejor de los casos, el malestar de las mujeres se afrontaba bajo la categoría de «lo psicosomático», entendido como problemas psicológicos, individuales, no relacionados con factores socioculturales y de género. Este pensamiento, que Sara Velasco considera como una etapa pre-género (2009a, 95), todavía persiste y convive con los nuevos paradigmas que incorporan el análisis de género en los discursos y prácticas sanitarias.

El lenguaje sanitario ha sido y continúa siendo una clara manifestación del androcentrismo, el sexismo y la misoginia en las ciencias de la salud y en la atención sanitaria. Es interesante resaltar cómo se continúan nombrando las categorías profesionales en masculino y femenino (médicos, enfermeras), «invisibilizando la presencia de muchas profesionales médicas bajo el pre-

tendidamente neutro masculino» (Uría y Mosquera 2013, 306), y cómo las mujeres usuarias de los servicios sanitarios son categorizadas de forma despectiva y devaluadora como «hiperfrecuentadoras», «depresivas», «psicosomatizadoras», «masoquistas», «menopaúsicas», «histéricas», «anorgásmicas» o «frígidas».

Es en la década de los noventa, debido a la entrada de profesionales feministas en las instituciones sanitarias y a las políticas de sensibilización y formación realizadas fundamentalmente desde las instituciones de igualdad, cuando se empieza a incorporar el análisis de género en la comprensión de los procesos de salud-malestar-enfermedad de las mujeres y en la atención sanitaria en el sistema público de salud. Este proceso fue impulsado también por algunos colectivos de profesionales feministas, como la Secretaría de la Mujer de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública[177], que organizó dos cursos en 1989 y 1990 en Madrid sobre la salud de las mujeres en Atención Primaria, como exponen Consuelo Ruiz-Jarabo y Victoria Abril:

> Un grupo de mujeres profesionales hemos creído interesante que las trabajadoras y trabajadores sanitarios de atención primaria nos replanteemos nuestra actitud respecto a las mujeres como usuarias de los servicios sanitarios. Creemos que los/las profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de llevar a cabo un quehacer científico y asistencial que contemple a las mujeres desde una perspectiva integral y no solo como reproductoras. Ello significa trabajar no medicalizando, psicologizando ni psiquiatrizando determinados momentos de su ciclo vital como la menarquia, embarazo, parto, puerperio, climaterio y otras crisis de la vida cotidiana (1991, 11).

También la Asociación de Educación para la Salud, impulsada por la médica María Sanz, introdujo la formación en perspectiva de género y feminista en sus cursos y jornadas de formación[178]. Con la formación en perspectiva de

[177] Esta organización, promovida por Consuelo Ruiz-Jarabo, activista incansable por los derechos de las mujeres, realizará, años más tarde, formación del personal sanitario para la detección, prevención y atención a la violencia contra las mujeres, y publicará varios textos (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública 1991; Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid 2002; Ruiz-Jarabo y Blanco 2004).

[178] En su IV curso de formación en 1988, invitó a Celia Amorós a dar la conferencia inaugural (Asociación de Educación para la Salud 1988).

género, cada vez más profesionales comienzan a tener en cuenta los factores psicosociales relacionados con la desigualdad de género en la salud, a considerar el malestar como una consecuencia de la sobrecarga física y emocional que recae sobre las mujeres, y la violencia estructural, particularmente la de pareja, como causa de enfermedad y muerte. Algunas profesionales feministas del sistema sanitario público comienzan a publicar sus trabajos. Ellas, a su vez, serán posteriormente formadoras en perspectiva de género en las instituciones sanitarias.

Hasta la primera década del siglo XXI, la toma de conciencia de profesionales y su formación en perspectiva de género se produce sin el desarrollo de políticas sanitarias que lo impulsen. Así se afirma en el documento elaborado en el seminario sobre *Mainstreaming* de Género en las Políticas de Salud en Europa, promovido por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de la Mujer, que se realizó en Madrid en 2001 (Instituto de la Mujer 2002c). En la presentación del documento se señala que la perspectiva de género todavía no ha sido incorporada en el sistema nacional de salud:

> A pesar de contar con un marco político para implementar políticas de igualdad e incorporar el *mainstreaming* de género a las actuaciones, las personas responsables de las políticas y los y las profesionales de la sanidad no perciben la relación entre la perspectiva de género y su trabajo, de esta forma en los programas y prácticas concretas no se materializa este enfoque (Instituto de la Mujer 2002c, 9).

También en 2001, Mercé Fuentes, médica de atención primaria en Cataluña, realizó un análisis crítico a la atención que reciben las mujeres en el sistema sanitario. Señaló «la obstétrico-ginecologización de la salud de las mujeres (impropia, sin duda, en una sociedad con tan bajas tasas de natalidad como la nuestra)» (Fuentes i Pujol 2001b, 226) y afirmó que la violencia de género no está en absoluto presente en la etiología de las enfermedades mentales, afectivas o del comportamiento (Fuentes i Pujol 2001b, 228). Igualmente en 2001, Pilar Blanco, médica de atención primaria en la comunidad madrileña, manifestaba:

> La realidad es que el sistema sanitario hoy por hoy, no tiene previsto de forma normalizada qué hacer y cómo cuando acude una mujer maltratada a los servicios de salud (centros de salud, servicios de urgencia extra o

> intrahospitalarios). Es decir, no está protocolizada la intervención sanitaria más allá de la elaboración de un parte de lesiones en caso de lesiones físicas (2001, 121).

Otra muestra del lento proceso de incorporación de la violencia como un asunto de salud pública, es que hasta 2005 no se celebró el I Seminario Nacional sobre Investigación e Intervención en Prevención de la Violencia de Género desde el sistema sanitario, que tuvo lugar en Trujillo (Cáceres) (García Ortiz y Miranda 2005), y en 2009, en Santiago de Compostela, el Primer Congreso Nacional sobre Violencia de Género y Salud.

Como ya se señaló, los programas de formación en perspectiva de género comenzaron a realizarse en los años noventa, impulsados por el Instituto de la Mujer, y se dirigieron, en primer lugar, a profesionales del denominado Programa de la Mujer. Una de las consecuencias de la incorporación de la perspectiva de género en este ámbito fue el cambio de denominación del programa de salud materno-infantil y planificación familiar, que pasó a denominarse salud sexual y reproductiva. La atención a mujeres en situaciones de violencia ha sido uno de los aspectos en los que se han realizado la mayoría de las actuaciones: formación, elaboración de protocolos, coordinación con instituciones y profesionales de otros ámbitos. No ha sido así en otros aspectos fundamentales para la salud de las mujeres, como la atención al malestar derivado de su sobrecarga como cuidadoras. Aunque se han elaborado materiales y realizado formación, no existen protocolos y una política sanitaria que lo aborde como un factor clave en el deterioro de la salud de las mujeres. Es de resaltar la intervención de las trabajadoras sociales de atención primaria que trabajan desde un marco feminista, ya que abordan los aspectos psicosociales de la salud y tienen en cuenta las condiciones de vida de las mujeres como causa de su malestar y origen de sus múltiples problemáticas (Millán et al. 2006).

Se plantea la necesidad de cambios en los estereotipos de asistencia de los y las profesionales, tanto en el ámbito relacional con las usuarias como en el ámbito asistencial. Las palabras de Mercé Fuentes lo resumen así:

> Debemos desarrollar una consulta compartida, donde la mujer se sienta atendida y entendida, con una atención de calidad humana que incluya el enriquecimiento de las capacidades de las mujeres. Una consulta resolutiva y continente, en la que se establecen las bases de una relación asistencial de confianza para que pueda ser una consulta educativa para mejorar la

> salud. Esta visión de género contribuirá al proceso de reapropiación de la identidad personal y social de las mujeres y de su salud. Creo que esta participación de las mujeres hará disminuir la medicalización, impedirá la manipulación y será una valiosa estrategia para la promoción de la salud comunitaria (2001b, 233-234).

Desde que la Organización Mundial de la Salud identificó en el año 1996 la violencia contra las mujeres como un factor esencial en el deterioro de su salud y declaró la violencia una prioridad de salud pública en todo el mundo, las feministas han trabajado intensamente para que el sistema sanitario incorporase y tratase la violencia como un asunto de salud. Las mujeres maltratadas siempre han acudido al sistema sanitario, pero solamente en escasas ocasiones se las ha ayudado a relacionar el malestar y la enfermedad, en sus diversas manifestaciones, con las relaciones de violencia y sus condiciones de vida. El maltrato y otras formas de violencia eran invisibles para el sistema sanitario, aunque siempre ha habido profesionales de la medicina, la enfermería y el trabajo social que hace ya años han incorporado otra perspectiva de la salud y otra metodología de trabajo en los centros de atención primaria (Areitio 2007; Millán 2005; Ruiz-Jarabo y Blanco 2004).

El primer protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres se denominó Protocolo de actuación ante los malos tratos domésticos (Consejo Interterritorial 1999). Fue elaborado en el marco del Plan de acción contra la violencia doméstica 1998/2000 y se aprobó en 1999 por el Consejo Interterritorial, aunque no se difundió entre el personal sanitario y no se impartió formación, requisito imprescindible para que pudiera aplicarse. Como señaló Pilar Blanco, solamente se realizaron algunos cursos desde el Instituto de la Mujer, la Dirección General de la Mujer, la Escuela Nacional de Sanidad, ayuntamientos y ONG, de los que se habían beneficiado un número de profesionales puramente testimoniales (2001, 123). En el modelo de informe médico que se propone en este primer protocolo, se incluye la figura del cuerpo de un hombre para señalar las lesiones por malos tratos (Consejo Interterritorial 1999, 21). La evolución de los protocolos sanitarios para la atención a la violencia ha sido resaltada por Consuelo Miqueo, señalando que «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» (2008, 160).

La institucionalización de las políticas de igualdad en el ámbito de la salud se producirá fundamentalmente a partir de la creación del Observatorio de Salud de las Mujeres en 2004[179]. Como subrayó Judith Astelarra, el primer paso necesario en la institucionalización de las políticas públicas es la creación de un organismo responsable de implementar las políticas de género (2005, 71).

El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), adscrito en una primera etapa a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad y Consumo, posteriormente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se creó con la finalidad de disminuir las desigualdades en salud por razón de género. El desarrollo de sus actuaciones se planteó con una metodología participativa y colaborativa con instituciones de la administración sanitaria y profesionales de las comunidades autónomas con el objetivo de generar y difundir un conocimiento que promoviese la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud. Como señaló Consuelo Miqueo:

> Desde su creación en 2004, a las reuniones técnicas del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad han sido convocadas profesionales vinculadas al movimiento feminista. Por este motivo, podemos considerar esta agenda como el discurso político (científico-sanitario) representativo del feminismo en la comunidad médico-sanitaria española (2008, 163).

Como consecuencia de la incorporación del conocimiento en salud desde un marco feminista en el Observatorio de Salud de las Mujeres, se produce un cambio de paradigma, ya no se hablará de Salud y Mujer, sino de Salud y Género. Entre las tareas que se encomendaron al Observatorio de Salud de las Mujeres se encuentran:

- ✓ La introducción de la perspectiva de género en las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, el seguimiento y la evaluación de su implantación.
- ✓ La elaboración de la Estrategia de Salud y Género para ser incorporada en el Sistema Nacional de Salud.
- ✓ La elaboración de la Estrategia para la atención al parto normal.

[179] En su creación fue fundamental el convencimiento de su necesidad, así como el esfuerzo, entusiasmo y trabajo de su directora, Concha Colomer, pediatra valenciana y especialista en salud pública, que falleció en mayo de 2011.

- ✓ El seguimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la formación de profesionales para su actuación con perspectiva de género[180].
- ✓ Con carácter general, la divulgación de información, la investigación, la formación y comunicación entre profesionales de los sistemas sanitarios de las CCAA[181].

Por otra parte, la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, propone en su capítulo 3 medidas de obligado cumplimiento en el ámbito sanitario[182], varias de ellas encomendadas al Observatorio de Salud de las mujeres, como la elaboración de un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género[183], la formación de profesionales para la detección, prevención e intervención en situaciones

[180] El área de salud sexual y reproductiva está disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm. (Consulta: 15/07/2013).

[181] Los informes, investigaciones, estudios y estrategias elaboradas por El Observatorio de Salud de las Mujeres están disponibles en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm. (Consulta: 15/07/2013).

[182] Artículo 15. Sensibilización y formación.1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en este tipo de violencia. 2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley. 4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.
Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la violencia de género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia. La Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial.

[183] El primer protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género fue elaborado en 2007, disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun.htm. (Consulta: 15/07/2013).
El protocolo actualizado en 2012 está disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2012.htm. (Consulta: 15/07/2013).

de violencia de género[184] y la elaboración anual de un Informe sobre Violencia de género[185]. Asimismo, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, recoge en su artículo 27[186] la obligación de integrar el principio de igualdad en la política de salud[187], por lo que las tareas encomendadas al OMS dan cumplimiento a esta ley.

El OSM inició su andadura con una Estrategia de Acción 2004-2007. En el año 2005 elaboró el primer *Informe Salud y Género 2005*[188] (Observatorio de Salud de las Mujeres 2007). Este Informe aborda el género como un determi-

[184] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/criteriosFormacion.htm. (Consulta: 15/07/2013).

[185] Se han realizado Informes anuales sobre Violencia de Género desde el año 2005 al 2013, disponibles en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm(Consulta: 01/05/2016).

[186] Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. 2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros. 3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

a. La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.

b. El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.

c. La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.

d. La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

e. La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

f. La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

[187] La presencia de la feminista Soledad Murillo en el Gobierno como Secretaría de Estado de Igualdad también contribuyó al desarrollo de las políticas de igualdad en el ámbito de la salud.

[188] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf. (Consulta: 26/07/2013).

nante de la salud. Su objetivo es contribuir a la comprensión de las desigualdades de género en la salud y visibilizar la importancia del papel del Sistema Nacional de Salud respecto a ellas. Aunque este informe todavía se estructura de acuerdo con el modelo tradicional de patrones de comportamiento y enfermedades prevalentes del modelo biomédico, se introduce la salud afectivo sexual, las condiciones de vida y trabajo, contemplando las esferas productiva y reproductiva, el trabajo de los cuidados y su repercusión en la salud[189]. El Informe Salud y Género del año 2006 está dedicado a *Las edades centrales de la vida*[190] (Observatorio de Salud de las Mujeres 2008) y en él se abordan, desde el enfoque de género, los determinantes psicosociales y socioeconómicos que inciden en la salud de las mujeres, el papel de cuidadoras y la medicalización de las mujeres. En este informe se perciben claras huellas de las categorías y conceptos generados desde el feminismo para abordar la salud de las mujeres. Así, ya en el índice aparece en el apartado 4.1. «Consumo de fármacos y psicofármacos. La tranquilidad recetada», expresión tomada del título del libro del equipo de Mabel Burin (Burin et al. 1991).

El siguiente informe correspondiente a los años 2007-2008, se centra en *Las mujeres y los hombres en las profesiones sanitarias* (Observatorio de Salud de las Mujeres 2009)[191]. En él se recogen exhaustivamente datos sobre la posición de mujeres y hombres en el sistema sanitario, en las sociedades profesionales, en las revistas científicas y en el mundo académico, los estereotipos de género que continúan actuando sobre las profesionales y el proceso de incorporación de la formación en género y salud.

El OSM ha realizado anualmente un Foro sobre Salud y Género. El I Foro, *Construyendo el Observatorio de Salud de las Mujeres*, se celebró en 2004, en él se presentó la Estrategia del Observatorio y se reunieron a personas y or-

189 En este informe se recogen los resultados de diversos estudios sobre el malestar psíquico en las cuidadoras, que manifiestan ansiedad (de un 32 a un 80% de las cuidadoras), depresión (entre un 16 y un 60% de las personas entrevistadas) y niveles elevados de esfuerzo (del 11,6 al 60%, en función del estudio). Este malestar psíquico detectado se suele asociar al grado de incapacidad física de la persona enferma, al tiempo de dedicación, a la existencia de alguna enfermedad crónica en la propia cuidadora y a la falta de apoyo. Por otro lado, la presencia de ansiedad y depresión se correlacionan con la disponibilidad de ayuda, el grado de parentesco respecto de la persona enferma y la existencia de esfuerzo en la cuidadora. Además, la carga de los cuidados informales, se agrava en los hogares menos privilegiados (Observatorio de salud de las Mujeres 2007).

190 Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2006.pdf. (Consulta: 15/07/2013).

191 Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2007-2008/informeSaludGenero2007_2008.pdf. (Consulta: 15/07/2013).

ganizaciones para conocer experiencias semejantes en otros países. El II Foro, *Mujeres, Salud y Género*, se celebró en 2005 y sirvió para la elaboración del primer informe anual (Observatorio de Salud de las Mujeres 2007). En el III Foro, *Equidad y Calidad*, se abordó la salud reproductiva, la maternidad y la inclusión del enfoque de género en los presupuestos sanitarios y en las guías de práctica clínica. El IV Foro se dedicó a *La salud en las edades centrales de la vida*, que fue publicado posteriormente como informe anual. En 2008 se celebró el V Foro, *Mujeres, Salud y Género: Transversalidad de género en las políticas de salud*. En él participaron reconocidas teóricas feministas como Amelia Valcárcel, Mª Angeles Durán, Consuelo Miqueo y Gloria Bonder, entre otras. El VI Foro, en 2009, se dedicó a *Desigualdades de género en salud y medio ambiente*, ya que se estaba preparando un documento sobre un síndrome de nueva aparición, la sensibilidad química múltiple. Entre las participantes se encontraban Flora de Pablo y Carmen Valls. El VII Foro, *Salud Sexual y Reproductiva,* se celebró en 2010. Por primera vez fueron invitadas representantes de diversas organizaciones: El parto es nuestro; Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales; Federación Estatal de Planificación Familiar. En 2011 el VIII Foro se denominó *Encuentros y Alianzas*. Su objetivo era analizar los logros y retos de la transversalidad de género en las políticas de sanitarias. En él participaron, entre otras, Lucía Mazarrasa y Ana Mª Pérez del Campo, que abordó la violencia de género como un ejemplo de política integradora sectorial.

Asimismo, se realizaron otras jornadas técnicas centradas en la violencia contra las mujeres. En octubre de 2007 se realizó una jornada sobre Programas para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia de Género y en marzo de 2011 tuvo lugar la Jornada Técnica sobre el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, que fue aprobado en 2012[192].

Entre las herramientas elaboradas para promover la incorporación de la perspectiva de género en las actuaciones del personal sanitario se encuentra *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género* (Velasco 2009b), *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud* (Velasco 2008), *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013).

[192] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_JornadaVG.htm. (Consulta: 25/04/2016).

El Observatorio de Salud de las Mujeres, por tanto, ha estimulado y contribuido a la concienciación, sensibilización y formación de profesionales en perspectiva de género, ha impulsado la elaboración de materiales, estudios e investigaciones sobre la salud de las mujeres, ha facilitado la relación entre profesionales, sociedades científico-profesionales y organizaciones de mujeres, ha velado para que en las actuaciones de otras áreas del Ministerio se tuvieran en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en salud y se introdujese la perspectiva de género. En el año 2012, con el Partido Popular en el poder y como consecuencia de la política de recortes sociales y, especialmente, de los presupuestos destinados a las políticas de igualdad entre mujeres y hombres, su presupuesto se reduce drásticamente, el personal técnico, que tenía encomendadas tareas especializadas mediante una encomienda de gestión del Instituto de Salud Carlos III como personal laboral, es despedido y el observatorio ve reducidos sus contenidos y objetivos a la estrategia de atención al embarazo y parto. En septiembre de 2014 fue suprimido por Ley 15/2014, de Racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativa (BOE 17-9-2014). En 2015, un año después de la supresión del Observatorio de Salud de las Mujeres, se aprueba el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) (Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad 2015).

Otra de las instituciones estatales del ámbito sanitario que ha jugado un papel clave en la formación en perspectiva de género, tanto de profesionales como del personal de gestión sanitaria del sistema nacional de salud, ha sido la Escuela Nacional de Sanidad[193]. La violencia contra las mujeres, la salud mental, la investigación cualitativa, han sido sus líneas de trabajo durante muchos años[194]. Junto con el Observatorio de Salud de las Mujeres ha realizado diversas ediciones del Diploma de Especialización en Salud Pública y Género desde el año 2006 al 2012, el Diploma de Formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género del año 2006 al 2010 y el Diploma de Prevención y atención a la violencia de género para equipos de salud mental[195]. Introdujo en la Escuela de Salud Pública del Llat-

[193] El impulso de Lucía Mazarrasa, feminista, enfermera y activista en el movimiento feminista y en el movimiento de salud de las mujeres hasta la actualidad, ha sido fundamental en el programa formativo de la Escuela Nacional de Sanidad.

[194] Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-formacion/presentacion.shtml. (Consulta: 15/07/2013).

[195] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t02.htm. (Consulta: 15/07/2013).

zeret de Maó los encuentros de Salud y Género desde 1996 (Observatorio de Salud de las mujeres 2009, 61).

La Escuela Andaluza de Salud Pública también ha incorporado la perspectiva de género en sus líneas de formación y ha editado numerosos materiales de interés para profesionales, entre otros, la *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud* (García Calvente 2010)[196].

Por su parte, las instituciones de la administración sanitaria de las comunidades autónomas han contribuido también a la formación de profesionales y a la elaboración e incorporación de programas de atención en salud con perspectiva de género, impulsadas por la presencia de feministas en dichas instituciones. Asimismo, han elaborado protocolos autonómicos para la atención sanitaria ante la violencia de género, tanto para atención primaria como para atención especializada, basados en el protocolo común. Entre ellos, en la Comunidad de Madrid, la *Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*, la *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave* (González Aguado et al. 2010). Asimismo, han publicado numerosos materiales dirigidos a profesionales y a las mujeres[197]. El Servicio Canario de Salud, en colaboración con el Instituto Canario de la Mujer, elaboró material didáctico para la formación de formadoras y formadores, *La violencia de género y la salud: unidades didácticas para la sensibilización y la prevención* (Servicio Canario de Salud e Instituto Canario de la Mujer 2001)[198]. La Consejería de Salud de Andalucía publicó una guía para la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud (Amo 2008).

[196] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublicaes/content/la-escuela. (Consulta: 15/07/2013).

[197] Debido a la extensión que supondría reseñar en esta tesis la ingente cantidad de materiales publicados por las 17 comunidades autónomas relacionadas con la salud de las mujeres, a modo de ejemplo se citan algunos de los publicados por la Comunidad de Madrid, en la serie Documentos Técnicos de Salud Pública: nº 32, Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid; nº 41, La menopausia; nº 47, Representaciones sociales sobre la salud de los hombres; nº 51, Cáncer de mama; nº 85, Trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes; nº 86, La violencia contra las mujeres considerada como un problema de salud pública; nº 88, Necesidades y demandas en salud de las mujeres del medio rural; nº 89, Las concepciones de salud de las mujeres. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142455597758&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142507566488. (Consulta: 15/06/2016).

[198] Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a33029e7-f697-11dd-958f-c50709d677ea/Manual_Sensibilizacion.pdf. (Consulta: 15/07/2013).

Fruto del trabajo de sensibilización y formación, numerosas profesionales de diferentes disciplinas, médicas, trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, psiquiatras, han incorporado en su intervención en los centros de salud del sistema sanitario público los análisis feministas sobre el malestar y la enfermedad de las mujeres. Han introducido, tanto en la atención individual como en el trabajo grupal, las metodologías feministas para la promoción de la salud, la prevención de la violencia, el autocuidado y el empoderamiento.

El lento, costoso y progresivo proceso de incorporación de la perspectiva feminista al ámbito sanitario, que sin embargo parecía un proceso imparable, ha sido frenado, como veremos en el apartado siguiente, por las políticas conservadoras y neoliberales y por los recortes presupuestarios en sanidad, que han supuesto un drástico descenso en la formación de profesionales en perspectiva de género, en la elaboración de materiales, guías y protocolos o en la incorporación de la perspectiva de género a las estrategias de salud.

4.3. El impacto de las políticas neoliberales y la contrarreacción patriarcal a las políticas de igualdad en el ámbito de la salud

De este modo avanzaban las autoras de la *Declaración de Seneca Falls*, ya en 1848, las fuertes resistencias que encontrarían a sus planteamientos y demandas:

> Al emprender la gran tarea que tenemos ante nosotras, anticipamos que no escasearán los conceptos erróneos, las malas interpretaciones y las ridiculizaciones, empero, a pesar de ello, estamos dispuestas a conseguir nuestro objetivo, valiéndonos de todos los medios a nuestro alcance (Declaración de Seneca Falls 1848)[199].

En 1994, Katheleen Barry escribía el siguiente texto, en el que describía la reacción que se produjo en Estados Unidos a las conquistas conseguidas por las mujeres:

> Hemos sido sometidas a una poderosa 'reacción', tal y como la ha descrito Susan Faludi. Vimos cómo los logros obtenidos por las mujeres, como la acción afirmativa y el derecho al aborto desaparecían. Cómo los progra-

[199] Disponible en: http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2260. (Consulta: 03/03/2017).

> mas feministas para la crisis de la violación y los abusos maritales a las esposas se han convertido en meras extensiones de las agencias de servicios sociales (1994, 298).

Las palabras de Simone de Beauvoir también alertaron sobre el interés en desacreditar y ridiculizar a las feministas:

> La opresión de las mujeres es un hecho al que la sociedad está acostumbrada, que incluso muchos de los que la condenamos en su conjunto, invocando principios democráticos abstractos, disculpamos algunos de los aspectos cotidianos de esta opresión. Yo misma, por el hecho de haber jugado, en mayor o menor grado, el papel de *mujer-coartada*, me ha parecido durante mucho tiempo que determinados inconvenientes, inherentes a la condición femenina, debían sencillamente ser descuidados o superados y que no había necesidad de combatirlos. Lo que me hizo comprender a la nueva generación de mujeres rebeldes fue ver todo lo que había de complicidad en esa ligereza. En realidad, admitir la más mínima desigualdad entre los dos sexos supone admitir la Desigualdad. A menudo se considera pueril y mezquino el hecho de que las feministas critiquen el vocabulario y la gramática: por ejemplo, en la lengua francesa, para tres nombres femeninos y un nombre masculino, el adjetivo va en masculino. Desde luego que no es en este campo por donde hay que comenzar la lucha, pero pasar sin mirar significa arriesgarse a *tragar* muchas cosas. Alerta: esa debe ser una de nuestras consignas. En realidad, la mirada que las nuevas feministas ponen sobre el mundo es la mirada ingenua y exigente del niño. El niño es débil y lo escuchamos sonriéndonos. Las mujeres son y quieren ser cada vez más fuertes: comienzan a inquietar y es por eso que se trata de desacreditar su visión de las cosas, volverlas ridículas y llamarlas marimachos (1977, 11).

Sin embargo, subraya Barry, como consecuencia de esas fuertes reacciones patriarcales el movimiento feminista aumentó y revitalizó su conciencia:

> Con la 'reacción' (*backlash*) aprendimos más sobre el carácter que tiene la opresión de las mujeres y el poder colectivo e individual que las mantiene en su sitio. Si el movimiento impide su propia trivialización, el movimiento de las mujeres puede usar la reacción (*backlash*) para revitalizar su conciencia (1994, 301).

En España, desde 2011, se está viviendo un periodo social y político en el que se están produciendo numerosos retrocesos en los derechos sociales para la ciudadanía y en particular para las mujeres, así como contrarreacciones patriarcales muy fuertes a los avances de las mujeres, proceso que ya se inició en 2008. Como manifestó Rosa Cobo, «parece plausible contemplar con atención la hipótesis de que estamos ante un asedio patriarcal a los derechos conseguidos por las mujeres en los últimos cuarenta años» (2008, 21). Señaló, además, el empeño de los sistemas de dominación en despolitizar y desideologizar las conceptualizaciones que los desenmascaran, así como lo que esconden las resistencias de políticos e intelectuales:

> La resistencia técnica de los políticos e intelectuales que no desean cambios emancipadores en las vidas de las mujeres, pero que su adhesión a la ideología de la igualdad y a la corrección política les impide formularla explícitamente. Resistencias intencionadas y resistencias inconscientes de los varones que se encuentran espontáneamente y multiplican sus efectos reactivos a la hora de obstaculizar el avance y protagonismo de las mujeres (Cobo 2011, 151).

En la actualidad contamos con estudios e investigaciones que analizan las repercusiones que están teniendo en la salud de las mujeres la crisis económica y las políticas neoliberales, la reforma sanitaria y su progresiva privatización, los recortes económicos en la aplicación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, y en las políticas frente a la violencia machista. Entre esas repercusiones, tienen especial relevancia el incremento del trabajo doméstico y el cuidado de personas dependientes que realizan las mujeres, con la consiguiente sobrecarga física y emocional y el daño a su salud; las limitaciones de los derechos sexuales y reproductivos, como el acceso a anticonceptivos de última generación o a la interrupción voluntaria del embarazo; la disminución de los recursos para la atención a mujeres en situaciones de violencia, que inciden de un modo especial sobre las mujeres inmigrantes (Artazcoz 2011; Moreno y Ballesteros 2014; Puig-Barrachina et al. 2016; Uría 2012; Revista *MYS* 2013).

El impacto de la reforma sanitaria y del proceso de privatización de la sanidad pública sobre las mujeres ha sido estudiado por diversas investigadoras. Entre otras, por la médica de familia Cristina Cámara, que analizó las repercusiones sobre la salud de las mujeres de la contrarreforma sanitaria, realizada

mediante el Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Entre esas nuevas medidas, se encuentra la modificación de las vías de acceso a la atención sanitaria, excluyendo a las personas que no han cotizado nunca y a las personas extranjeras no regularizadas, lo que afecta de una forma especial a las mujeres que viven relaciones de violencia. Muchos de los casos de violencia de género son detectados por los servicios sanitarios de atención primaria, que podían activar los protocolos en este ámbito. La restricción de la cartera de servicios del sistema nacional de salud ha supuesto dificultades para el acceso a anticonceptivos de última generación, la prevención del cáncer ginecológico y la atención a mujeres en situaciones de violencia. En la Comunidad de Madrid ha disminuido el presupuesto para el programa de formación al personal sanitario sobre la prevención, detección y atención a las mujeres en situaciones de violencia en la pareja. El copago de medicamentos por personas pensionistas también repercute particularmente en las mujeres mayores, ya que presentan una incidencia elevada de patologías crónicas. Asimismo, el establecimiento de algunas prestaciones como accesorias, como los absorbentes para incontinencia, y otras prestaciones como suplementarias, como las prótesis y el transporte sanitario no urgente, están teniendo graves consecuencias en las mujeres (Cámara 2012).

En octubre de 2016 se publicó el informe *Deficiencias e Inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España* (García Yedra et al. 2016)[200], un completísimo documento elaborado por 13 organizaciones no gubernamentales, que analiza las consecuencias de los recortes en sanidad. En relación a la implementación de la Estrategia de Salud sexual y Reproductiva del sistema nacional de salud señalan:

> Aunque en 2010 y 2011 se implementaron, de modo desigual, algunas de las medidas comprometidas por ley, a partir de principios de 2012, con la entrada del nuevo gobierno conservador, se produjo una ralentización, cuando no incumplimiento de ellas. Lo más llamativo en el campo que nos ocupa es la paralización de la estrategia citada, como se constata al no existir ninguna medida aprobada por el correspondiente Consejo Interterritorial de 2011 para asegurar el debido cumplimiento por parte de las 17 comunidades autónomas allí representadas (García Yedra et al. 2016, 18).

[200] Disponible en: http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informe-salud-sexual-y-reproductiva.pdf. (Consulta: 19/01/2017).

La privatización de la sanidad significa también eliminar la atención a las dimensiones psicosociales de la salud, priorizando las intervenciones biomédicas. Como afirmó Carmen Valls, «la privatización incrementa la desigualdad, y además estimula la medicalización y la indefensión aprendida de las mujeres, que no tienen recursos para saber contestar a las ofertas de intervenciones múltiples sobre sus cuerpos» (2009, 30-31).

Las reformas sanitarias también han afectado a las profesionales, que desde hace años han ido experimentando la aplicación de políticas neoliberales en el sistema sanitario:

> Lo que pasa en la consulta (…), la falta de tiempo (reivindicamos 10 minutos por paciente); el desmantelamiento de los microequipos de Primaria de médico-enfermera, ahora que son mujeres la mayoría de los médicos generales (lo que era una fuente de reflexión del trabajo de cada día); o la presión de nuestras instituciones públicas al evaluar con criterio economicista y técnica cuantitativa la 'cualidad' asistencial (Miqueo y Murria 2004, 8).

Asimismo, la reacción patriarcal se ha manifestado de forma virulenta ante la creciente y masiva presencia femenina en todas las especialidades médicas, que supera al de médicos[201]. En el intento de frenar este avance profesional de las mujeres, el presidente de la Asociación Española de Pediatría, Serafín Málaga, realizó unas declaraciones en 2012 utilizando los argumentos más reaccionarios, afirmando que si no se toman medidas, esta mayoría femenina derivará en un creciente número de problemas en los servicios sanitarios, debido a la frecuencia de las bajas por maternidad o los permisos derivados de la conciliación de la vida familiar y profesional: «Es un hecho real que la mujer es la que pare», explicó, «y es indudable que ello tiene repercusión en el ámbito laboral»[202].

El Instituto de Investigaciones Feministas dedicó, en 2014, un número monográfico de la *Revista Investigaciones Feministas* a analizar el impacto de las políticas neoliberales en las políticas públicas de igualdad. Todos los

[201] De los 6.112 médicos que terminaron en 2012 el programa MIR de formación de facultativos, el 64,8% son mujeres. La presencia femenina es masiva en obstetricia y ginecología (85%), pediatría (84%) o hematología (79%), según un informe elaborado por el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. En las facultades, el 85% de los estudiantes son mujeres. Los datos son contundentes: la feminización de la medicina es un hecho.

[202] Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/13/actualidad/1342209708_807231.html. (Consulta: 18/07/2013).

artículos muestran que «no son solo los recortes los que están poniendo en peligro dichas políticas, sino que esto viene de la mano de un importante giro conservador y de un contexto político en el que la igualdad ha dejado de ser una prioridad en la agenda política» (Bustelo et al. 2014, 1-2).

En los últimos años han confluido dos hechos sociales relevantes: la crisis económica y la llegada al poder de partidos conservadores. En España, en diciembre de 2011, el Partido Popular llega al gobierno, en el que había estado el Partido Socialista desde 2004. Con el Partido Popular, la igualdad ha dejado de ser una prioridad en la agenda política (Bustelo et al. 2014, 2) y se han reducido el número de estructuras, programas y recursos dedicados a las políticas de igualdad. También se han introducido discursos neoconservadores que ensalzan la figura de las mujeres como madres y cuidadoras. Como señalan Enmanuela Lombardo y Margarita León, la coyuntura de la crisis ha producido el desplazamiento de ideologías más igualitarias en beneficio de otras de carácter más conservador, desde las que se reinterpretan los roles tradicionales de género:

> El retroceso en políticas de igualdad debido a las políticas de 'austeridad' y a la priorización de objetivos económicos frente a los sociales es patente en el nivel europeo. A partir de 2010, tanto las políticas de igualdad como sus organismos correspondientes, sufrirían de forma directa los efectos de las políticas de 'austeridad'. Las dos olas de medidas de 'austeridad' de 2010-2011 y de 2011-2013 han determinado una pérdida de rango institucional o incluso desmantelamiento en las instituciones de igualdad tanto en el Estado como en las comunidades autónomas (2014, 25-26).

En efecto, a partir de 2010, se producen bajadas de rango o supresión de los organismos de igualdad, aduciendo, como causa, un ahorro del gasto administrativo. Se suprime el Ministerio de Igualdad, y a nivel autonómico, el Servicio Galego de Igualdade y el Instituto de la Mujer de la región de Murcia. El Instituto de la Mujer disminuye de rango y su presupuesto reduce drásticamente. Los discursos sobre la austeridad señalan a las políticas de igualdad como algo costoso (Gálvez 2013), como políticas no prioritarias, de segundo orden, a implementar únicamente en épocas de bonanza económica (Diz y Lois 2014, 97). La austeridad, por tanto, se ha convertido en una excusa para implantar políticas antiigualitarias. Como afirman Natalia Paleo y Alba Alonso:

> Si bien algunos de los recortes sufridos por esta área competencial –como por ejemplo la eliminación de los organismos de igualdad– son presentados como medidas de reducción del gasto, en realidad el ahorro que suponen es tan insignificante que las motivaciones ideológicas han de ser también tenidas en cuenta (Ibídem). De hecho, existen estudios pioneros que ponen el foco de atención en el papel de los partidos conservadores como principales promotores de dichos recortes (Lang y Sauer 2012) (2014, 41).

En el mismo sentido, Lucas Platero, al analizar los recortes realizados en los derechos sexuales y reproductivos, incide en la idea de que, sustentándose en la necesidad de reformas económicas, se están realizando reformas ideológicas. Las políticas neoliberales, afirma, están contra los derechos sexuales. Platero se pregunta qué tiene que ver con la crisis la necesidad de recortar los derechos sexuales, concluyendo que son políticas contra la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, reformas ideológicas además de económicas (2014a).

Lina Gálvez, señala, además, otras graves consecuencias de estas políticas, como la supresión de puestos de trabajo en el área de servicios sociales y en los servicios de igualdad, lo que repercutirá triplemente sobre las mujeres. Como trabajadoras, al ser ámbitos laborales en los que mayoritariamente están empleadas las mujeres, como usuarias de estos servicios y como sustitutas de los mismos en el ámbito doméstico, ya que estos trabajos pasarán a recaer sobre las mujeres:

> Estos recortes suponen además una merma de la democracia y el de la administración con especial incidencia de género por cuanto afecta a las mujeres como empleadas, usuarias y sustitutas de servicios sociales, y también en sus procesos de empoderamiento y de control sobre su propio cuerpo y su propia vida, ya que en muchos municipios esta ley va a suponer la desaparición de los puestos de atención a las mujeres (Gálvez 2013, 89).

La nueva legislación de régimen local, la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad financiera de las Entidades Locales, tendrá también un fuerte impacto en los servicios y recursos para las mujeres en los ayuntamientos, ya que las competencias en este campo pasan a las comunidades autónomas: «La atención a las mujeres víctimas de violencia, sin

embargo, está amenazada por la reforma de la ley del régimen local adoptada por el gobierno de Rajoy en 2013 como parte del plan de contención del gasto público que elimina la competencia local en políticas de igualdad» (Lombardo y León 2014, 31).

En el estudio de Cándida Gago y Juana Rodríguez realizado en la Comunidad de Madrid, ya se mostraba la disminución de concejalías de Mujer en 2012, que pasaron a ser 6, de las 30 que había en 2011 (2014, 348). Algunas concejalías de Mujer fueron fusionadas con otras concejalías, como la de servicios sociales. Asimismo, señalan el descenso del presupuesto de la CAM para igualdad de género en más de 16 millones de euros, que estaba destinado fundamentalmente a convenios locales para servicios dirigidos a la promoción de igualdad.

La incidencia de las políticas conservadoras en las políticas municipales de igualdad también se refleja en el cambio en los contenidos de los programas dirigidos a las mujeres. En muchos casos, con los gobiernos del Partido Popular, las actividades que se ofertan son principalmente de ocio y entretenimiento, suprimiendo todas aquellas encaminadas al empoderamiento de las mujeres. Con algunos partidos de izquierda, disminuyen o desaparecen las actividades directas a las mujeres que implican gasto, así como la contratación de personal que realiza asesoramiento y atención especializada.

El gobierno autonómico de Castilla-La Mancha ha cerrado 85 centros de atención a las mujeres en 2012, trece casas de acogida y diversos centros de urgencias para mujeres (Beteta 2013, 45). También, como es el caso de la Comunidad de Madrid, se están cerrando muchos de los servicios específicos para las mujeres creados en las concejalías de Mujer de los ayuntamientos desde la década de los noventa, fruto del intenso trabajo de técnicas municipales feministas y de algunas concejalas de partidos de izquierda[203]. La importancia de estos espacios municipales es clave, ya que las concejalías son instituciones próximas y accesibles a la ciudadanía. Más todavía, si las actividades que se ofrecen se dirigen a la toma de conciencia de las mujeres de su situación de desigualdad y su empoderamiento. Sin embargo, como ya señalaron algunas técnicas de concejalías de Mujer ante la supresión de la concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Galapagar en 2009 y la privatización del Punto Municipal de Violencia, «las instituciones creadas para la atención a

[203] Sería de gran importancia para la historia del movimiento feminista que se realizasen investigaciones que recojan las actividades realizadas en las concejalías de Mujer desde su creación, la evolución de sus programas y servicios, así como las repercusiones de las políticas neoliberales y conservadoras sobre estos y su personal técnico.

las mujeres son todavía espacios prestados, sin consolidar, susceptibles de ser suprimidos en contextos políticos de derechas o en situaciones de dificultades económicas» (Álvarez-Piñer et al. 2009).

Es importante recordar que en las concejalías de Mujer también se han ubicado los equipos que prestan información y atención especializada a las mujeres que viven situaciones de violencia, compuestos por mujeres profesionales con una alta especialización, formación y orientación feministas (Riscos et al. 2005). En muchos casos, esta atención ha pasado o pasará en un futuro próximo, a ser competencia de los servicios sociales u ofertada a concurso público de empresas, con las consecuencias que tan bien señalaron las trabajadoras sociales Concha Méndez y Susana Álvarez-Buylla:

> Otro contrasentido en todo este supuesto movimiento político-social a favor de las mujeres tiene que ver con el nulo reconocimiento a las profesionales que se dejan la piel en el trabajo con las victimas de violencia de género. Cuando hay una convocatoria pública para la contratación de un servicio, hay demasiados elementos no deseados que intervienen en el proceso de selección. Sea cual fuere el recurso en cuestión: centros de tratamiento, residenciales, socioeducativos, etc., se valora más la baja económica que la calidad técnica del proyecto que se presenta y la experiencia profesional del equipo que lo va a desarrollar, repercutiendo, naturalmente, en las condiciones laborales: bajos salarios, alta movilidad laboral, *bornout*, etc. El trabajo con mujeres víctimas de violencia de género muestra una faceta más de la feminización de la pobreza. Se da por hecho que las profesionales que trabajan en este ámbito recibirán una parte de su retribución en forma de salario afectivo y que, educadas para el cuidado, las profesionales asumirán de forma natural esta cláusula contractual no escrita. La baja económica repercute directamente en los salarios de las profesionales (un 40% por debajo que la misma categoría profesional en la Administración Pública) y en la capacidad económica para gestionar el propio servicio, afectando a la calidad de vida de las víctimas que se acogen a él. De esta manera, nos encontramos con trabajadoras con un empleo mal remunerado y, en muchos casos, temporal, que trabajan con mujeres que, o no tienen trabajo, o es precario, temporal y mal remunerado (2007, 292-293).

En relación a las políticas dirigidas a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, Nuria Varela señala que el gobierno ha derogado

de facto la Ley Integral, ha eliminado la prevención y la sensibilización, ha recortado en un 28% el presupuesto contra la violencia, ha sacado hasta el término en su reforma del Código Penal y ha dejado sin asistencia a miles de mujeres al eliminar las competencias de los ayuntamientos (2014).

La contrarreacción y resistencia patriarcal a los avances en igualdad y a la implementación de políticas públicas en este sentido, se producen también de forma encubierta, pero muy eficaz, en la gestión en la administración pública. Pilar Sanz de Pablo menciona la importancia de tener en cuenta la agenda escondida de las Resistencias Burocráticas, en la que se describen las discriminaciones presentes en las instituciones públicas, identificando, al menos, diez estrategias de resistencia encubierta a la implantación de políticas de igualdad por parte de los aparatos administrativos. Entre ellas, la negación de la existencia de discriminación, sesgos o brechas de género; la inversión, al culpabilizar de la exclusión a las propias mujeres por no participar y no aprovechar las oportunidades que le ofrecen los servicios de igualdad; la selección de objetivos prioritarios, entre los que nunca se encuentra la igualdad de género, privilegiando los intereses masculinos. También la resistencia a las políticas de igualdad se produce mediante diversas estrategias administrativas, como el archivo de iniciativas, la retórica, la compartimentalización o la investigación, suspendiendo las acciones hasta que se tengan resultados que indiquen su adecuación (Sanz de Pablo 2005, 231-232).

Las organizaciones feministas también han denunciado el impacto de las políticas neoliberales en la etapa de crisis económica en los presupuestos para políticas de igualdad y en el retroceso en los derechos de las mujeres. El Informe Sombra 2008-2013 sobre la aplicación en España de la CEDAW, realizado por un grupo muy diverso de organizaciones de mujeres, organizaciones no gubernamentales de cooperación al desarrollo y otras organizaciones de la sociedad civil, unidas en la Plataforma CEDAW Sombra, expone, entre otras, las graves vulneraciones del derecho a la salud y las claras amenazas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como la disminución de los presupuestos en la políticas de igualdad en las comunidades autónomas (Plataforma CEDAW Sombra 2014). En palabras de Begoña San José:

> El Informe Sombra de las 277 ONG señala que el Estado central ha reducido de 2009 a 2013 un 49% su presupuesto para políticas de igualdad de género, ha bajado tres rangos su organismo para la igualdad, de Ministerio de Igualdad (2008-2011) a Dirección General en 2012, y ha estado más de la mitad de su mandato (de enero 2012 a marzo 2014) sin que el Gobierno

> apruebe el Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres al que le obligan el art. 17 de la Ley de Igualdad y la medida 203 de la Plataforma de Acción de Beijing. Pese a esta denuncia de las ONG y a la evidencia de que las políticas de igualdad se hacen con tres 'p': programas, personas y presupuestos, el recorte del 49% en el Presupuesto del Estado para igualdad (programa 232B) y del 23% en Violencia de Género (programa 232C), se asume acríticamente en los Informes oficiales de Impacto de Género de los Presupuestos del Estado de 2009 a 2014 (2014, 192).

La Plataforma CEDAW Sombra considera que los retrocesos en las políticas de igualdad no se deben a la crisis económica, sino a la ideología del partido político en el gobierno, tanto a nivel estatal como autonómico. Esta plataforma ha investigado los retrocesos en las políticas de igualdad estudiando el periodo 2002-2014, analizando tres dimensiones centrales de las políticas de género: legislación, presupuestos y organismos, concluyendo que los partidos de izquierda son una condición favorable para el desarrollo de medidas de igualdad de género.

Asimismo, las políticas de igualdad que se fueron implementando en las instituciones sanitarias, que supusieron la creación de organismos, estrategias e instrumentos propios, así como una agenda política específica, han sufrido también las consecuencias de estas políticas neoliberales y reaccionarias. En el Observatorio de Salud de las Mujeres se manifiestan con total claridad. En el año 2012, con el Partido Popular en el poder y como consecuencia de la política de recortes sociales, especialmente de los presupuestos destinados a las políticas de igualdad entre mujeres y hombres, el presupuesto del Observatorio de Salud de las Mujeres se redujo drásticamente. Asimismo, el personal técnico que tenía encomendadas tareas especializadas mediante una encomienda de gestión del Instituto de Salud Carlos III, es despedido y se producen cambios en la agenda política, centrándose en las mujeres como madres y cuidadoras. El Observatorio ve reducidos sus contenidos y objetivos a la Estrategia de Atención al Embarazo y Parto. La Estrategia de Salud y Género, ya elaborada y pendiente de aprobación por el Consejo Interterritorial de Salud, fue paralizada y no llegó a ponerse en marcha. En septiembre de 2014, el Observatorio de Salud de las Mujeres fue suprimido por Ley 15/2014, de Racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativa (BOE 17-9-2014).

Estas políticas, que tratan de volver a situar a las mujeres en los marcos y roles tradicionales, se manifiestan también en iniciativas legislativas autonó-

micas dirigidas a las mujeres en tanto madres, como analizan Natalia Paleo y Alba Alonso:

> La regulación de un nuevo y controvertido ámbito de actuación resulta también reseñable a este respecto. Así, desde el año 2008 se han aprobado en España hasta 6 normas relativas a la protección de la mujer embarazada en Castilla y León, Murcia, Galicia, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, La Rioja, mientras que dos nuevos textos han sido anunciados (Islas Baleares, Extremadura) (Alonso 2013). Con la excepción de la norma castellano manchega, todas ellas se corresponden con parlamentos de mayoría conservadora, en concreto del PP. Además, comparten el hecho de haber sido impulsadas por sendas Iniciativas Legislativas Populares auspiciadas por la Red Madre, una fundación centrada en apoyar a las mujeres gestantes con dificultades y evitar la interrupción del embarazo (Paleo y Alonso 2014, 54).

Asimismo, estas políticas conservadoras y neoliberales han tenido un impacto en las leyes de igualdad autonómicas, cuya aprobación ha sido paralizada, como manifiestan Paleo y Alonso:

> En los últimos años contamos con numerosos ejemplos de leyes de igualdad que se encontraban en proceso de tramitación y que debido a un cambio en la mayoría parlamentaria fueron finalmente rechazadas. El primer ejemplo de ello viene representado por la comunidad gallega, que celebró elecciones en el año 2009 y cuyo cambio de ejecutivo determinó no solo la eliminación de un organismo de igualdad, sino también la paralización de un borrador de ley que todavía estaba en una fase inicial. El cambio político en Cataluña, que tuvo lugar en el año 2010, significó la paralización del Proyecto de Ley para una nueva ciudadanía y para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres que no llegó a ser votado en el Parlamento autonómico debido a la disolución del mismo. Una situación similar tuvo lugar en Cantabria, que en 2011 también cambió el color de su ejecutivo con la entrada del Partido Popular (PP), paralizando la aprobación del que ya era el Proyecto de Ley de Cantabria para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres. En las Islas Baleares el Proyecto de Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres sí resultó votado por el Parlamento autonómico, aunque no obtuvo la mayoría necesaria. La presencia de un gobierno con minoría en la cámara, así como el voto en contra del PP, determinó el fracaso en la aprobación de una nueva ley balear en materia de igualdad. Finalmen-

> te, la derrota electoral del PSOE a nivel estatal en 2011 ha significado la paralización del Proyecto de Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No Discriminación, una norma que se centraba en desarrollar el derecho antidiscriminatorio en España (Paleo y Alonso 2014, 53-54).

Isabel Liz y Marta Lois, de la Universidad de Santiago de Compostela, exponen las políticas de igualdad en la comunidad gallega y señalan que se está produciendo un cambio en la agenda política hacia un proyecto con vocación claramente no feminista (2014, 124). Después de producirse un progreso continuo en las políticas públicas de igualdad desde los años noventa, observan que:

> En términos generales se puede concluir que el estado de madurez e institucionalización de las políticas de igualdad de género alcanzado en los últimos años y enmarcado en el denominado estado de bienestar ha comenzado a dar muestras de importantes retrocesos que están poniendo en peligro la propia institucionalización. La crisis económico-financiera y el color político del gobierno actual parecen estar detrás de este nuevo escenario (Liz y Lois 2014, 125).

Sin embargo, a partir de las elecciones municipales y autonómicas en 2014, se produce un nuevo escenario político, en el que los partidos políticos de izquierda nacidos del movimiento ciudadano 15-M, acceden, sobre todo, al poder municipal y mujeres feministas desempeñan puestos de responsabilidad técnica y política, se reinician las políticas de igualdad y se aprueban leyes de igualdad en los nuevos parlamentos autonómicos. Es el caso de Baleares, en el que se ha aprobado la Ley de Igualdad que quedó paralizada por el Partido Popular y en el que se ha iniciado desde la Dirección Insular de la Dona[204] la apertura de centros de atención a las mujeres en diversas poblaciones de la isla de Mallorca. También en el Ayuntamiento de Madrid se están abriendo nuevos Espacios de Igualdad en los distintos barrios, con programas dirigidos al empoderamiento de las mujeres[205].

[204] La incorporación de la feminista Nina Parrón, activista en la Asociación Balear de Dones per la Salud, como Directora Insular de la Dona ha impulsado estas políticas.

[205] Disponible en: http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Igualdad-entre-mujeres-y-hombres/Espacios-de-Igualdad?vgnextfmt=default&vgnextoid=c5571026200a5310VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnextchannel=c426c05098535510VgnVCM1000008a4a900aRCRD (Consulta: 10/10/2017).

De igual modo, y como se ha expuesto en el apartado 3.1 en relación a la salud, el movimiento feminista ha reaccionado con fuerza y numerosas movilizaciones frente a estas políticas conservadoras y neoliberales, exigiendo, entre otras muchas medidas, un pacto de estado frente a la violencia, que ha sido aprobado por en el Congreso de los Diputados. Por eso, como señala Rosa Cobo:

> La experiencia nos demuestra la necesidad de fortalecer el movimiento social feminista, pues las políticas institucionales de género pueden ser suprimidas de un plumazo por mandatos fácticos, pero las articulaciones sociales no se pueden suprimir por decreto. La fortaleza de las políticas públicas se sostiene en una red de grupos sociales que, articulados, pueden actuar como un sujeto político colectivo (2011, 195-196).

Conclusiones

La fundamentación de esta tesis es posible en razón del carácter interdisciplinar de los estudios feministas. Las aportaciones de la historiografía feminista han sido esenciales para conocer el proceso histórico de participación de las mujeres en el campo de la salud y sus intensas luchas discursivas y vindicativas, iniciadas ya por las sanadoras en la Edad Media. Asimismo, como si de la construcción de un puzle se tratara y en el que ninguna de las partes es prescindible, las investigaciones feministas realizadas no solo desde las ciencias de la salud sino también desde otras disciplinas no sanitarias como la sociología, la filosofía y la antropología, me han posibilitado elaborar una historia de la teoría feminista en el ámbito de la salud, que constituye una de las principales aportaciones de esta tesis.

El análisis de las obras históricas del feminismo y el estudio de los textos e investigaciones feministas me han conducido a dos conclusiones centrales. La primera es que los discursos y vindicaciones relacionados con la salud de las mujeres están presentes en cada etapa histórica del desarrollo del feminismo, siguiendo las mismas líneas discursivas y vindicativas que caracterizan cada periodo, como se ha expuesto en el capítulo 1. La segunda conclusión, estrechamente relacionada con la primera, es que, partiendo de este hallazgo, es posible elaborar una historia de la teoría feminista en el ámbito de la salud, cuyas raíces se encuentran en la Ilustración. La obra de Mary Wollstonecraft, *Vindicación de los Derechos de la Mujer*, considerada un texto fundacional que puso las bases intelectuales y políticas del feminismo, también puede y debe ser considerada un texto fundacional en la teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres. Con ella se inicia una trayectoria de pensamiento y vindicación en este campo que atravesará toda la historia del feminismo hasta la actualidad.

La tercera conclusión es que las investigaciones feministas desvelan que los intereses del patriarcado en el dominio, control, apropiación, subordinación y exclusión de las mujeres del ámbito público se manifiestan con total claridad, rotundidad y extrema violencia en el campo de la salud. Ya en la Edad Media, sirviéndose de las instituciones patriarcales, los hombres se

apropiaron de este campo profesional que hasta ese momento había sido exclusivamente femenino. Impidieron el acceso de las mujeres a la formación académica y limitaron su desempeño como sanadoras, permitiendo únicamente su ejercicio en tareas de cuidado y posiciones subordinadas a los varones. Todo ello con el objetivo de monopolizar un ámbito que les proporcionaría en exclusiva poder social y económico, prestigio y reconocimiento. Desde esa posición de poder, profesional y académica, articularon los discursos y prácticas sanitarias sin tener en cuenta el conocimiento, la experiencia, la palabra y las necesidades de las mujeres. Se sirvieron de esos discursos y sus aplicaciones clínicas para naturalizar la desigualdad y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres en su biología, para controlar su sexualidad y su capacidad reproductiva e imponer una normatividad basada en la mística de la feminidad y el ideal maternal, que garantizase su dedicación al cuidado de la familia y al ámbito doméstico, construyendo, de este modo, una verdadera política sanitaria patriarcal. Por tanto, el ámbito de la salud es un escenario clave y una cuestión crucial y de alta relevancia política para el feminismo. Para combatir el patriarcado en el campo de la salud, el feminismo ha intervenido desde diversos ámbitos, académico, profesional, activista y político, y ha desarrollado múltiples líneas discursivas y vindicativas, de acción política e investigación, de las que extraigo las conclusiones que siguen a continuación.

Así, la cuarta conclusión es que, desde la Ilustración, el feminismo mantiene dos líneas argumentativas fundamentales relacionadas con la salud y estrechamente vinculadas entre sí. La primera establece claras y profundas relaciones entre la salud de las mujeres y la desigualdad, entre las limitaciones que los hombres han impuesto en sus vidas mediante las instituciones y estructuras patriarcales, tanto materiales como simbólicas, y su malestar y enfermedad. La segunda línea argumentativa se ha dirigido a desactivar los discursos que atribuyen a las mujeres una debilidad natural derivada de su biología, en la que se ha fundamentado la labilidad de su salud. Sobre esta debilidad natural se ha articulado políticamente la inferioridad de las mujeres. El feminismo señala que esta construcción discursiva del patriarcado tiene la clara intención de controlar y excluir a las mujeres del ámbito público, del poder, el conocimiento y el desempeño profesional, para recluirlas en el ámbito doméstico, destinándolas al servicio y cuidado de los varones, su descendencia y su familia.

La quinta conclusión es que el patriarcado no solamente causa profundos daños en la salud de las mujeres, produciendo, de ese modo, un sufrimiento

añadido al que conlleva la vida. La enfermedad y el malestar de las mujeres no se muestran únicamente como un claro y distinto efecto del patriarcado. El debilitamiento físico, emocional e intelectual de las mujeres aparece como una potentísima y necesaria herramienta para su control, dominación y sometimiento. Las mujeres debilitadas, con escasa salud y baja autoestima, no tendrán energía para enfrentarse a los múltiples y diversos obstáculos, tanto políticos, como sociales, profesionales, económicos y relacionales que les impiden su desarrollo y crecimiento en un contexto de desigualdad. También tendrán numerosas dificultades para protegerse y defenderse frente a las diferentes formas de violencia que utilizarán los hombres y las instituciones patriarcales para su control y sometimiento. Por otra parte, este debilitamiento al que se ven abocadas, aunque producido intencionadamente, refuerza la idea de que la vulnerabilidad y labilidad de su salud es debida a su naturaleza, lo que les dificultará deconstruirla y desafiarla. Por tanto, debilitar a las mujeres individual y colectivamente, física, emocional e intelectualmente, privarlas de todo aquello que les posibilita tener poder sobre sus vidas y hacerlas dependientes y esclavas de sus cuerpos, se muestra como uno de los intereses primordiales del patriarcado. De ahí que el empoderamiento de las mujeres, corporal, emocional, intelectual y político, tanto personal como colectivo, sea uno de los objetivos centrales en la promoción y recuperación de la salud desde un marco feminista, ya propuesto en la Ilustración por Mary Wallstonecraft.

La sexta conclusión es que el desafío a los discursos científico-sanitarios patriarcales es una constante en la historia del feminismo, iniciado ya por las sanadoras en la Edad Media, que se encuentra también en las obras de ilustradas españolas. Asimismo, durante el sufragismo se desarrolló una potente argumentación para impugnar los discursos médicos en los que se apoyaba la exclusión de las mujeres del estudio y ejercicio de la medicina. Las primeras licenciadas universitarias en España y también las primeras que obtuvieron el grado de doctoras eran médicas y dedicaron sus tesis doctorales a desactivar estos discursos. A partir del último tercio del siglo XX, una vez conseguida la incorporación de las mujeres a las instituciones académicas y profesionales que producen conocimiento, las feministas aplicaron la crítica epistemológica al ámbito de la salud y realizaron investigaciones en las que desvelan la ideología y los intereses patriarcales en las teorías y prácticas sanitarias, mostrando los sesgos del conocimiento y de la ciencia misma, así como sus repercusiones en la atención sanitaria a las mujeres. Trabajarán intensamente para la incorporación de la perspectiva feminista en las instituciones y ciencias

sanitarias y estarán presentes en los congresos científicos y profesionales para poner de manifiesto no solo el androcentrismo científico, sino el sesgo sexista del conocimiento, aspectos que han sido desarrollados en el capítulo 2.

La séptima conclusión es que el feminismo ha producido un nuevo y crítico conocimiento sobre la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres que incorpora como marco explicativo el sistema estructural de dominación de los hombres sobre las mujeres, integrando los aspectos psicosociales derivados de su posición de subordinación. Psicólogas y psiquiatras feministas explicarán la íntima conexión entre los diversos síndromes de malestar de las mujeres y la sobrecarga física y emocional derivada del trabajo doméstico y del cuidado, de la doble jornada, de las múltiples violencias y exclusiones, de la falta de poder y la desigualdad, así como la influencia de la construcción patriarcal de la feminidad y de las políticas de control del cuerpo sobre trastornos como la anorexia y la bulimia, como se ha expuesto en el apartado 3.2. Asimismo, médicas feministas investigan la biología femenina, que había sido equiparada a la de los varones como consecuencia del androcentrismo, desvelando la forma diferente en que las mujeres manifiestan la sintomatología de algunas enfermedades, como es el caso de los infartos, y la influencia de los trastornos tiroideos y las anemias, consideradas subclínicas hasta el momento, en la fibromialgia, la fatiga crónica o la ansiedad, que están siendo diagnosticadas como trastornos psicosomáticos. Este nuevo conocimiento se ha generado, por una parte, desde el mismo corazón de las instituciones científicas y académicas, a las que las mujeres no solo consiguieron acceder, sino en las que, además, lograron fundar instituciones de carácter feminista; por otra, en el inicio del feminismo radical, desde el movimiento de salud de las mujeres, que a partir de la teorización colectiva de las propias experiencias y de la práctica grupal del autoconocimiento corporal, se convirtieron, de ese modo, en comunidad científica. Podemos afirmar que la teoría feminista en salud es un conocimiento enraizado en un movimiento político.

La octava conclusión es que los estudios crítico-feministas han puesto de manifiesto que la atención sanitaria que reciben las mujeres se realiza desde parámetros androcéntricos, sexistas, heterosexuales y centrados en los aspectos reproductivos, no teniendo en cuenta la diversidad de situaciones, contextos, sexualidades y estilos de vida de las mujeres y sus diferentes problemáticas y necesidades de salud. Asimismo los estudios feministas han visibilizado y denunciado como violencia institucional del patriarcado las prescripciones médicas y sanitarias para la recuperación de la salud de las mujeres, que han tomado distintas formas a lo largo de la historia: el aislamiento doméstico y el

reposo, alejándolas de actividades intelectuales y sociales; la cirugía e intervenciones en sus órganos sexuales y reproductivos, al atribuirles el origen de todo trastorno o enfermedad; el internamiento en instituciones psiquiátricas, la aplicación de *electroshocks* y la medicalización con psicofármacos para reconducir a aquellas mujeres que no se atenían a los roles y mandatos de género y a la sexualidad normativa; la categorización diagnóstica que individualiza, psicologiza y psiquiatriza las problemáticas de salud, enmascarando la sobreexplotación de las mujeres y los aspectos estructurales que las dañan, no investigando, además, las causas orgánicas que las llevan a enfermar; la sanitarización de sus procesos vitales para convertirlos en objeto de tratamiento médico y farmacológico.

La novena conclusión es que desde el marco feminista se ha creado un nuevo modelo de atención, metodologías para la promoción y recuperación de la salud de las mujeres, así como espacios y centros de salud, como se expone en el apartado 3.3. Ya durante el periodo sufragista, cuando las mujeres consiguieron acceder de nuevo a los estudios de medicina y ejercer como médicas, crearon sus propias consultas para proporcionar una atención cualificada y centrada en las necesidades de salud de las mujeres, especialmente de las más vulnerables, hecho que volverá a producirse durante el feminismo radical, con la creación de centros de salud feministas. En estos espacios feministas para la atención, recuperación y fortalecimiento de las mujeres, gestionados tanto por los colectivos y asociaciones feministas como promovidos por feministas en las instituciones públicas de igualdad, se trabaja con metodologías grupales desarrolladas a partir del feminismo radical. Los talleres o grupos de reflexión se han constituido en potentes herramientas para el empoderamiento y la toma de conciencia de las mujeres de la estrecha relación entre el malestar, la enfermedad y sus condiciones de vida, determinadas por el patriarcado, y para su transformación personal y social. Estas metodologías, aunque se han ido desarrollando y complejizando, mantienen los objetivos y propuestas que ya realizaron las feministas ilustradas: la necesidad de fortalecerse física, emocional, intelectual y políticamente; protegerse y cuidarse en un contexto social de desigualdad; tener proyectos propios al margen de la familia, formarse, cultivar la razón y la amistad. La experiencia de los últimos años muestra que las mujeres acuden a estos recursos especializados cuando perciben que son públicos, cercanos y accesibles, y les ofrecen atención a sus problemáticas de salud relacionadas con el malestar derivado de sus conflictos, situaciones vitales y relaciones de violencia, no reconociendo al sistema sanitario, excepto contadas excepciones, como un servicio que pueda

dar respuesta a estos aspectos. Saben, consciente o inconscientemente, que el sistema sanitario, mediante la categorización diagnóstica y el tratamiento con psicofármacos, las devolverá al lugar del que desean salir y no saben cómo o no tienen las herramientas para hacerlo, cronificando su malestar y las situaciones que las han conducido a la enfermedad. El hecho de que las mujeres reconozcan los servicios de las instituciones de igualdad, creados desde paradigmas no sanitarios, sino psicosociales y políticos, de igualdad y feministas, como espacios para el cuidado y recuperación de la salud pone de manifiesto que la salud se promueve, se cuida y se recupera desde espacios no estrictamente sanitarios y está estrechamente relacionada con dimensiones estructurales psicosociales, económicas y políticas.

La décima conclusión es que el feminismo se propone la transformación de las instituciones y las políticas patriarcales que debilitan y enferman a las mujeres, entre ellas las instituciones y políticas sanitarias, promoviendo cambios estructurales mediante la elaboración y aplicación de políticas públicas de igualdad. Como se ha expuesto en el capítulo 4, desde la creación del Instituto de la Mujer en 1983 se inicia una intensa trayectoria de políticas públicas en el ámbito de la salud, impulsadas casi exclusivamente por los organismos de igualdad hasta comienzos del siglo XXI. Todos los planes de igualdad, tanto estatales como autonómicos y locales, incorporan medidas de acción para la mejora de la salud de las mujeres y de la atención sanitaria que reciben. La legislación en materia de igualdad, promulgada en la primera década del siglo XXI, incluye también medidas dirigidas al ámbito sanitario. Se crean organismos y unidades específicas de igualdad y salud en el Ministerio de Sanidad y en las instituciones sanitarias autonómicas, se elaboran guías y protocolos sanitarios dirigidos a abordar las problemáticas de las mujeres en el sistema nacional de salud y se desarrollan programas para la formación de profesionales.

La undécima conclusión es que la reacción patriarcal al avance de las mujeres se ha producido y manifestado de una forma potente en el ámbito de la salud en diferentes etapas históricas. Las sanadoras, que habían adquirido reconocimiento como tales por las mujeres y las comunidades en las que vivían, fueron excluidas de la formación académica y del ejercicio de su profesión, para lo que se utilizaron numerosas formas de violencia, estructural y directa, incluida la tortura y el asesinato masivo; durante el sufragismo, las médicas fueron duramente descalificadas y desprestigiadas, después de arduas luchas para acceder al estudio y ejercicio de la medicina; el conocimiento sobre la salud desarrollado por las mujeres, sus obras y su autoría fue ocultado en la

historia de la ciencia. En la actualidad, la implantación de políticas de igualdad en la atención sanitaria se encuentra con numerosas resistencias institucionales y profesionales que enlentecen el proceso de su incorporación. Las políticas conservadoras y patriarcales de los últimos años han suprimido organismos para la igualdad en salud y disminuido drásticamente los recursos económicos para los programas que incorporaban la perspectiva de género en este ámbito y la formación de profesionales, aspecto desarrollado en el apartado 4.3. A pesar de ello, la transformación del sistema sanitario y del saber académico son objetivos en los que se continúa trabajando intensamente en la actualidad, en una red de profesionales, técnicas, activistas y académicas, dentro y fuera del sistema público y político.

La duodécima conclusión es que las vindicaciones de igualdad en el ámbito de la salud, como mujeres sujetos de derechos y como mujeres profesionales, han sido otra constante en la historia del feminismo. Las vindicaciones como profesionales fueron iniciadas por las sanadoras, se desarrollaron con fuerza durante el sufragismo en las demandas de acceso a los estudios de medicina y a su posterior ejercicio profesional y continuaron en el feminismo radical con la visibilización de las desigualdades de género en las estructuras de poder sanitarias y las luchas para salir de posiciones de subordinación en el desempeño profesional. Como se expone en el apartado 3.1, las vindicaciones de derechos relacionados con la salud fueron centrales en el inicio del feminismo radical en España. El derecho a la anticoncepción y al aborto en la sanidad pública aglutinó al movimiento feminista en esa etapa y, de nuevo, volvieron al centro de la agenda feminista en la actualidad, ante el anuncio del gobierno de la limitación del derecho al aborto. Esta línea de actuación vindicativa se lleva a cabo actualmente desde organizaciones feministas especializadas en salud, en las que participan numerosas profesionales sanitarias, como es el caso de la Red de médicas y profesionales de salud, a la que se dedica el apartado 3.1.1. En su agenda política mantienen la denuncia de las políticas sanitarias patriarcales, demandan derechos, especialmente para las mujeres que el sistema sanitario excluye de la atención sanitaria como las mujeres migrantes sin documentación, y velan para que no se produzca la pérdida de los ya conseguidos, realizando campañas, compartiendo información y organizando acciones que frenen la violencia sanitaria, la utilización de los cuerpos de las mujeres para el lucro económico o la restricción de prestaciones. Desenmascarar, denunciar e impedir el avance de la política sanitaria patriarcal sigue siendo uno de los objetivos del movimiento feminista en salud y también de las profesionales, académicas e investigadoras. En los

últimos años, el feminismo está desvelando las alianzas del patriarcado con el capitalismo neoliberal, la industria farmacéutica y los intereses económicos médicos, que utilizan la política sanitaria patriarcal para extraer ingentes beneficios a través de la medicalización de los procesos vitales de las mujeres, como la menopausia y la edad media de la vida, de la categorización de los malestares como enfermedades que pueden tratarse con fármacos, de las cirugías estéticas y las técnicas de reproducción asistida, de las consecuencias de la heterosexualidad normativa, como las enfermedades de transmisión sexual y la vacunación masiva de las adolescentes contra el virus del papiloma humano, de las campañas ante el cáncer de pecho, que responsabilizan a las mujeres de su desarrollo o prevención y ocultan los factores estructurales que lo causan.

Como décimo tercera conclusión, el feminismo incorpora al concepto de salud una dimensión fuertemente política, al desvelar que la salud se ve profundamente afectada por el patriarcado, un sistema de dominación estructural. El concepto de salud del feminismo es biopsicosociopolítico. La salud es una dimensión fundamental de la vida y el feminismo, desde sus orígenes, desvela que es un bien primordial y necesario para todos los seres humanos, mujeres y hombres, reivindicando la igualdad en la salud. La salud proporciona la energía necesaria para vivir una vida plena y consciente, satisfactoria y creativa, como muestran los mismos discursos de las mujeres sobre su salud. La salud tiene que ver con las posibilidades de desarrollo personal, emocional e intelectual, con la autoconfianza y la autoestima, con el establecimiento de relaciones y vínculos igualitarios y recíprocos, con la capacidad y el poder para decidir sobre la sexualidad, la maternidad y los proyectos vitales, con tener tiempo y espacio propios, con una vida libre de violencia, con la autonomía económica, con el acceso a los bienes y recursos, aspectos profundamente determinados por las estructuras patriarcales. Por tanto, cuidar, atender, recuperar, promover la salud, tiene que ver con múltiples dimensiones y factores sociales, políticos y económicos y no solamente con el sistema sanitario. Como consecuencia de la aplicación de las políticas de igualdad en el campo de la salud, el feminismo está contribuyendo, en gran medida, a la incorporación de un concepto de salud integral que incide en los aspectos psicosociales y políticos de la salud, frente al paradigma médico, biologicista, individualista y sanitarista, que está teniendo repercusiones en la mejora de la atención sanitaria a las mujeres y también a los hombres.

Referencias bibliográficas

Achtelik, Kirsten. 2010. «El movimiento feminista y su lucha por el derecho al aborto 1979-1986 y 2007-2008». En *Jornadas Feministas Estatales. Granada 30 años después, aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 515-520. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

Adán, Carme. 2006. *Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al ciborg*. A Coruña: Espiralia ensayo.

Aguilar, Virginia. 1989. *Defensa personal para mujeres*. Barcelona: Edición de la autora.

Agustín Puerta, Mercedes. 2003. *Feminismo: identidad personal y lucha colectiva. (Análisis del movimiento feminista español en los años 1975 a 1985)*. Granada: Universidad de Granada.

Alcalá, Paloma, Eulalia Pérez Sedeño y María Jesús Santesmases (coords.). 2007. *Mujer y Ciencia. La situación de las mujeres investigadoras en el sistema español de ciencia y tecnología*. Madrid: FECYT.

Alcalá, Paloma y Antonio Canales. 2009. «Paisaje después de la batalla». En *Ni tontas ni locas. Las intelectuales en el Madrid del primer tercio del siglo XX*, ed. por Paloma Alcalá Cortijo, Capi Corrales Rodrigáñez y Julia López Giráldez, 238-241. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.

Alcalá, Paloma, Capi Corrales Rodrigáñez y Julia López Giráldez. 2009. *Ni tontas ni locas. Las intelectuales en el Madrid del primer tercio del siglo XX*. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.

Alemany, Carme. 2011. «Quién nos cuidará? La Ley de Dependencia desde una mirada feminista». *MYS* 30, Dossier: 6-10.

Aleu, Dolores. 1882. «De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer». Tesis doctoral. Universidad Central de Madrid. http://www.tdx.cat/handle/10803/2257?show=full.

Alfama, Eva, Marta Cruells y María de la Fuente. 2014. «Qué ha cambiado con esta crisis? El mainstreaming de género en la encrucijada». *Investigaciones Feministas* 5: 69-95.

Alfonso, Paloma. 2001. «Voces disidentes, católicas por el derecho a decidir… y disentir». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones*, ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 311-315. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Alic, Margaret. 1991. *El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta fines del siglo XIX*. México: Siglo veintiuno.

Alonso Fernández de Avilés, Bakea. 2008. *No solo es pegar. Discursos de mujeres inmigrantes en torno a la violencia de género*. Madrid: Agrupación de Desarrollo Nexos.

Altable, Charo. 2009. «El eros perdido de la adolescencia». *MYS* 25: 43-44.

Álvarez Peláez, Raquel. 1991. «Medicina y moral sexual en la España de la Preguerra». En *Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, ed. por Francesc Bujosa, Consuelo Miqueo, Asunción Fernández y Alvar Martínez, 67-73. Zaragoza: Prensas Universitarias.

Álvarez Ricart, Carmen. 1988. *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos.

Álvarez-Buylla, Susana y Cruz González Ruiz. 2010. «Intervención grupal con mujeres traumatizadas». En *Violencia de género en la Pareja*, ed. por Ana García-Mina, 291-306. Madrid: Universidad de Comillas.

Álvarez-Piñer, Maite, Purificación Pliego y Belén Nogueiras. 2009. «Las instituciones como espacios prestados». *Singenerodedudas.com*.

Amar y Borbón, Josefa. 1790. *Discurso sobre la educación física y moral de las mujeres.* Madrid: Imprenta de D. Benito Cano.

Amigot, Patricia y Susana Andino. 2001. «Breve análisis de los discursos psicológicos sobre género/sexo». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 485-491. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.

Amo Alfonso, Mercedes. 2008. *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: Consejería de Salud.

Amorós, Celia. 1982. «Rasgos patriarcales del discurso filosófico: notas acerca del sexismo en filosofía». En *Liberación y Utopía*, ed. por Mª Ángeles Durán, 35-59. Madrid: Akal.

Amorós, Celia. 1985. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.

Amorós, Celia. 1988. «La mujer a través de la historia». En *IV Curso de Educación para la Salud. Mujer, Cultura y Sociedad*, ed. por Asociación de Educación para la Salud, 2-4. Madrid: Asociación de Educación para la Salud.

Amorós, Celia. 1990. «Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales». En *Violencia y sociedad patriarcal*, ed. por Virginia Maquieira y Cristina Sánchez, 39-53. Madrid: Pablo Iglesias.

Amorós, Celia (coord.). 1994. *Historia de la Teoría Feminista*. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer, Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.

Amorós, Celia. 2006. *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias… para las luchas de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Amorós, Celia. 2009a. «Debates ideológicos en el movimiento feminista durante la transición española». En *El movimiento feminista en España en los años 70,* ed. por Carmen Martínez Ten, Purificación Gutiérrez López y Pilar González Ruiz, 189-201. Madrid: Cátedra.

Amorós, Celia. 2009b. «Prólogo». En *Mujeres, salud y poder*, ed. por Carmen Valls Llobet, 9-14. Madrid: Cátedra.

Amorós, Celia. 2011. *Las mujeres como sujetos emergentes en la era de la globalización: nuevas modalidades de violencia y nuevas formas de ciudadanía*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Amorós, Celia, Lourdes Benería, Christine Delphy, Hilary Rose y Verena Stolcke. 1987. *Mujeres: Ciencia y práctica política*. Madrid: Debate.

Amorós, Celia y Rosa Cobo. 2007. «Feminismo e Ilustración». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*, ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 91-114. Madrid: Minerva Ediciones.

Amorós, Celia y Ana de Miguel. 2007. *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Madrid: Minerva Ediciones.

Anderson, Bonnie S. y Judith P. Zinsser. 1991. *Historia de las Mujeres. Una historia propia.* Barcelona: Crítica.

Antolín, Luisa. 1997. *Cooperación en salud con perspectiva de género.* Madrid: Federación de Planificación Familiar de España.

Aparicio García, Marta E. 2013. «Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género». En *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, ed. por Pilar Sánchez López, 125-140. Madrid: Síntesis.

Arenal, Concepción. 2000. *La mujer del porvenir*. Vigo: Ir Indo.

Aresti, Nerea. 2010. «Juegos de integración y resistencia. Discursos normativos y estrategias feministas (1860-1900)». *Historia Social*, 68: 25-46.

Aretio, Antonia. 2007. «Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres». *Gaceta Sanitaria* 21, nº 4: 273-277.

Aretio, Antonia. 2015. «Las supervivientes que salieron del infierno. Factores que ayudan a las mujeres a superar la violencia de género en la pareja heterosexual». Tesis doctoral. Universidad Pública de Navarra.

Argudo, Marta, Encarna Bodelón, Anna Drets, Marisa Fernández, Lucía Foisin, Mercé Molina, Bea Masip, Angels Prats, Engracia Querol y Mont Tur. 2001. «Espacio para los derechos de las mujeres de Ca la Dona». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones*, ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 329-331. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Ariño, Mª Dolores, Concepción Tomás, Mercedes Eguiluz, Mª Luisa Samitier, Teresa Oliveros, Teresa Yago, Gema Palacios y Rosa Magallón. 2011. «¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?». *Gaceta Sanitaria* 25, nº 2: 146-150.

Arnedo, Elena. 2009. «Mujer y Socialismo». En *El movimiento feminista en España en los años 70*, ed. por Carmen Martínez Ten, Purificación Gutiérrez López y Pilar González Ruiz, 219-245. Madrid: Cátedra.

Arranz, Fátima. 2000. *Las políticas públicas en favor de las mujeres.* Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense.

Arranz, Fátima. 2005. «La ciencia y el sexo de los ángeles: la perspectiva de género según las científicas españolas». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 597-621. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Artazcoz, Lucía. 1998. «Salud laboral para todas en el año 2000». *MYS* 2, Dossier: 1-8.

Artazcoz, Lucía. 2011. «El impacto de la crisis económica sobre la salud en clave de desigualdades. Mayor impacto sobre la salud de las mujeres». *MYS* 30, Dossier: 18-20.

Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena. 2001. *Jornadas Feministas Córdoba 2000. Feminismo. Es… y será.* Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Asociació Dones Inmigrants. 2001. «Mujeres inmigrantes: dificultad, diversidad y riqueza». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones*, ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 67-71. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Asociación de Educación para la Salud. 1988. *Mujer, Cultura y Sociedad*. Madrid: Asociación de Educación para la Salud.

Asociación de Mujeres para la Salud. 1987a. «El autoexamen». En *Cuaderno para la salud de las mujeres*, ed. por Asociación de Mujeres para la Salud, 1-5. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

Asociación de Mujeres para la Salud. 1987b. «Nuevas Tecnologías Reproductivas». En *Cuaderno para la salud de las Mujeres*, ed. por Asociación de Mujeres para la Salud, 2. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

Asociación de Mujeres para la Salud. 1989. *Encuentro Feminista Europeo en Salud*. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid. 2002. *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

Assemblea Jornades Feministas País Valenciá 2007. 2010. *Jornades 30 anys de feminisme al País Valenciá «Alló que fem, alló que volem» (1977-2007*). Valencia: Assemblea Jornades Feministas PV 2007.

Associació de Dones per a la Celebració dels 20 Anys de les Primeres Jornades Catalanes de la Dona. 1998. *20 anys de Feminisme a Cataluña*. Barcelona: Associació de Dones per a la Celebració dels 20 Anys de les Primeres Jornades Catalanes de la Dona.

Astelarra, Judith. 2005. *Veinte años de políticas de igualdad*. Madrid: Cátedra.

Babi i Rourera, Pilar. 2008. «La atención sanitaria a las mujeres en primera línea: cómo es y por qué». En *X Seminario de Autoformación*. Barcelona: Red CAPS. http://www.caps.cat/images/stories/X_Seminario_Redcaps_2008_Pilar_Babi.pdf.

Badinter, Elizabeth. 1991. *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.

Ballarín, Pilar. 1998. «Bertha Wilhelmi y su defensa de la aptitud de la mujer para todas las profesiones». *Arenal* 5, nº 1: 191-217.

Ballarín, Pilar, Isabel Martínez Benlloch y María Teresa Gallego. 1995. *Los estudios de las mujeres en las universidades españolas, 1975-1991: libro blanco*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Bannel, Suzel y Mabel Pérez-Serrano. 1999. «Mujer y Salud». En *Españolas en la transición. De excluidas a protagonistas (1973-1982),* ed. por Asociación Mujeres en la Transición Democrática, 303-324. Madrid: Biblioteca Nueva.

Barberá, Ester. 1996. «La psicología de género en las Universidades españolas: Análisis temático». *Revista de Historia de la Psicología* 17, nº 3-4: 102-112.

Barberá, Ester. 1998. *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.

Barberá, Ester y Mª Jesús Cala. 2008a. «Desarrollo Histórico en la investigación psicológica con enfoque de género». *Revista de Historia de la Psicología* 29, nº 3-4: 25-33.

Barberá, Ester y Mª Jesús Cala. 2008b. «Perspectiva de género en la Psicología académica española». *Psicothema* 20, nº 2: 236-242.

Barberá, Ester y Isabel Martínez Benlloch (coords.). 2004. *Psicología y Género*. Madrid: Pearson.

Barea, Consuelo. 2009. *El síndrome de Alienación Parental*. Bilbao: Descleé de Brouver.

Barral, María José. 2004. «Sesgos de género en la difusión de las funciones del cerebro humano: estudio crítico comparado de textos anatómicos y neuroanatómicos utilizados en las universidades españolas entre los años 70 a 90». En *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica,* ed. por José Martínez-Pérez, Mª Isabel Porras Galo, Pedro Samblás Tilve y Mercedes del Cura González, 103-114. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Barral, María José. 2010. «Análisis crítico del discurso biomédico sobre sexos y géneros». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 105-116.

Barral, María José y Teresa Fernández Turrado. 2008. «Salud y calidad de vida de las mujeres. Diferencias e igualdades: armas de doble filo». En *Estudios Iberoamericanos de Género en Ciencia, Tecnología y Salud*, ed. por Consuelo Miqueo, María José Barral y Carmen Magallón, 665-666. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Barral, María José, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez. 1999. *Interacciones ciencia y género*. Barcelona: Icaria.

Barranco, Enriqueta. 2001. «Miomas uterinos». *MYS* 8: 38-41.

Barranco, Enriqueta. 2005. «Coalescencia de los labios menores». *MYS* 15: 13-14.

Barranco, Enriqueta. 2007. «Infecciones de orina». *MYS* 21: 26-29.

Barranco, Enriqueta y África Caño (eds.). 1994. *Hacia el autoconomiento del cuerpo femenino. Fertilidad y métodos naturales.* Granada: Universidad de Granada.

Barry, Katheleen. 1994. «Teoría del feminismo radical: política de la explotación sexual». En *Historia de la Teoría feminista*, ed. por Celia Amorós, 295-309. Madrid: INSTIFEM y Dirección General de la Mujer de la CAM.

Barry, Jane y Jelena Djorjdevic. 2010. *Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar?* Madrid: Horas y Horas.

Basiá, Beatriu. 2015. «La importancia de recuperar el amor propio». *MYS* 38, Dossier: 33-35.

Bayo, Regina. 2001. «Salud mental de mujeres amas de casa. Grupos terapéuticos». En *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, ed. por Instituto de la Mujer, 83-87. Madrid: Instituto de la Mujer.

Bayo-Borrás, Regina, Calle, Soledad, Camps, Nuria, Casino, Anna, Cerdá, Emilia, Cueva, Gloria, Cruellas, Montserrat et al. 1999. *Mujer y salud mental. Reflexiones y experiencias (compilación).* Barcelona: Centre d´Higiene Mental de Cornellá i Collegi Oficial de Psicolegs de Catalunya.

Beauvoir, Simone. 1960. «Prólogo». En *La Grande Peur d'Aimer. Journal d'une femme médicien,* ed. por Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, 7-13. París: Julliard.

Beauvoir, Simone. 1977. «Introducción». En *La opresión de las mujeres. Les temps modernes. Selección e introducción Simone de Beauvoir*, ed. por Simone de Beauvoir, 9-11. Madrid: Taller de Sociología.

Beauvoir, Simone. 1983. *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

Beauvoir, Simone. 2015. *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.

Benjamín, Jessica. 1996. *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.

Bernárdez Rodal, Asunción. 2011. «¿Arte posmoderno, arte feminista? Cuerpo y representación en la sociedad de la información». En *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina,* ed. por Antonia Fernández Valencia y Marián López Fernández Cao*,* 123-150. Madrid: Fundamentos.

Bernis, Carmen y Cristina Cámara. 1982. «La mujer y la medicina». En *Liberación y Utopía*, ed. por Mª Ángeles Durán, 205-230. Madrid: Akal.

Bernis, Cristina, Violeta Demonte, Elisa Garrido, Teresa Calbet e Isabel de la Torre. 1991. *Los estudios sobre la mujer: de la investigación a la docencia. Actas de las VIII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria.* Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer.

Beteta Martín, Yolanda. 2013. «La feminización de la crisis financiera global. La regresión del estado de bienestar en España y su impacto en las políticas de igualdad y de erradicación de la violencia contra las mujeres. Nuevos retos». *Asparkía* 24: 36-52.

Bezemer, Willeke, Ingrid Foeken, Woet Gianotten, Annie Imbens-Fransen, Carla Van Lichtenburcht y Erika Stern. 1994. *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto.* Madrid: Horas y Horas.

Bianco, Gabriella. 2015. «La invisibilidad de la violencia obstétrica». *MYS* 38, Dossier: 36-39.

Biglia, Bárbara y Conchi San Martín (coords.). 2007. *Estado de Wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Virus editorial.

Birke, Linda y Katy Gardner. 1986. *Por qué sufrir? La regla y sus problemas*. Barcelona: La Sal.

Blanco Corujo, Oliva. 2007. «La ilustración deficiente. Aproximación a la polémica feminista en la España del siglo XVIII». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*, ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 145-173. Madrid: Minerva Ediciones.

Blanco Prieto, Pilar. 2001. «Abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios de atención primaria de salud». En *Propuestas de las Asociaciones de Mujeres para un Plan Integral contra la violencia hacia las*

mujeres, ed. por Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 117-139. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid.

Blasco Herranz, Inmaculada. 2014. «Definir y explicar el feminismo histórico. Debates y propuestas de análisis desde la historia». En *Feminismos. Contribuciones desde la historia*, ed. por Ángela Cenarro y Regine Illion, 267-289. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Blázquez Rodríguez, Maribel. 2010. «Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista». En *Antropología, género, salud y atención*, ed. por Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui, 209-231. Barcelona: Bellaterra.

Blázquez Rodríguez, Maribel y Mª Jesús Montes Muñoz. 2010. «Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres». *Ankulegi* 14: 81-92.

Blázquez, Norma y Javier Flores (eds.). 2005. *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Bolaños, Eva. 2009. «Claros y oscuros de la anticoncepción de emergencia». *MYS* 25: 37.

Bolaños, Eva. 2010. «Mujeres que abusan de sustancias psicoactivas: mirando sin ver». *MYS* 29: 35-38.

Bolufer, Mónica. 1998. *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII.* Valencia: Diputació de Valencia, Institució Alfons el Magnànim.

Bolufer, Mónica. 2000. «Ciencia de la salud y 'Ciencia de las costumbres': Higienismo y educación en el siglo XVIII». *Áreas, Revista internacional de ciencias sociales* 20: 25-50.

Bolufer, Mónica. 2007. «Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos». En *Medicina, ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI*), ed. por Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas*,* 635-645. Madrid: CSIC.

Bolufer, Mónica. 2008. *La vida y la escritura en el siglo XVIII. Inés Joyes. Apología de las Mujeres*. Valencia: Universidad de Valencia.

Bolufer, Mónica. 2011. «Inés Joyes, autora de *La Apología de las mujeres: en defensa de las mujeres en la Andalucía de la Ilustración*». *Andalucía en la Historia* 32: 80-83.

Bonilla, Amparo. 2010a. «Psicología, diferencias y desigualdades: límites y posibilidades de la perspectiva de género feminista». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 65-80.

Bonilla, Amparo. 2010b. «Psicología y género: La significación de las diferencias». *Dossiers Feministes*: *Mujeres, Ciencia y Tecnología* 14: 129-150.

Bonilla, Amparo. 2014. «Pertenencia, pertinencia y diferencia: discurrir por las fronteras del género». *Quaderns de Psicología* 16, nº 1: 17-34.

Borrel, Carme, Carmen Vives-Cases, Mª Felicitas Domínguez-Berjón y Carlos Álvarez-Dardet. 2015. «Las desigualdades de género en la ciencia: *Gaceta Sanitaria* da un paso adelante». *Gaceta Sanitaria* 29, nº 3: 161-163.

Bosch, Esperanza y Victoria Ferrer. 2003. «Mujeres en los primeros laboratorios de psicología venciendo las dificultades». *Revista de Historia de la Psicología* 24, nº 3-4: 695-702.

Bosch, Esperanza, Victoria Ferrer y Aina Alzamora. 2006. *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres.* Barcelona: Anthropos.

Bujosa, Francesc, Consuelo Miqueo, Asunción Fernández y Alvar Martínez. 1991. *Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina.* Zaragoza: Prensas Universitarias.

Burdiel, Isabel. 1994. «Introducción». En *Vindicación de los derechos de la mujer*, ed. por Mary Wollstonecraft, 7-96. Madrid: Cátedra.

Burin, Mabel. 1987. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Burin, Mabel. 2012. «Laberintos de cristal en la carrera laboral de las mujeres. Del rol de las mentoras». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*, Sevilla.

Burin, Mabel, Esther Moncaraz y Susana Velázquez. 1991. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.

Burman, Erica. 1998. *La deconstrucción de la psicología evolutiva*. Madrid: Visor.

Bustelo, María. 2001. «La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999». Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Bustelo, María. 2002. «Las políticas públicas de igualdad de género en España en los niveles central y autonómico». En *Género y Derechos Humanos*, ed. por Andrés García Inda y Enmanuela Lombardo, 35-60. Zaragoza: Mira Editores.

Bustelo, María y Enmanuela Lombardo. 2005. «Mainstreaming de género y análisis de los diferentes 'marcos interpretativos' de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ». *Aequalitas: Revista Jurídica de Igualdad entre Hombres y Mujeres* 17: 15-26.

Bustelo, María y Enmanuela Lombardo. 2007. *Políticas de igualdad en España y en Europa*. Madrid: Cátedra.

Bustelo, María, Eva Alfama y Julia Espinosa. 2014. «Presentación». *Investigaciones Feministas* 5: 1-12.

Ca la Dona. 2001. «Les Grans/Las Mayores». En *Jornadas Feministas Córdoba 2000. Feminismo. Es… y será*. Ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 223-226. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Cabré, Monserrat. 2005. «"Como una madre, como una hija": las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media». En *Historia de las mujeres en España y América Latina. Volumen I. De la prehistoria a la Edad Media*, ed. por Isabel Morant, 637-657. Madrid: Cátedra.

Cabré, Monserrat y Teresa Ortiz. 1999. «Mujeres y salud: prácticas y saberes». *Dynamis* 19: 17-400.

Cabré, Monserrat y Teresa Ortiz (eds.). 2001. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.

Cabré, Monserrat y Ortiz, Teresa. 2007. «Relaciones entre la historia de la medicina y la investigación en salud y género». En *Medicina*, *ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI),* ed. por Ricardo Campos, Luis Montiel y Huertas, Rafael, 627-634. Madrid: CSIC.

Cabré, Monserrat y Teresa Ortiz. 2008. «Significados científicos del cuerpo de mujer». *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* LX, nº 1: 9-18.

Cabré, Monserrat y Fernando Salmón. 2001. «Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicié (1322)». En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, Teresa, 55-75. Barcelona: Icaria.

Cabré, Monserrat y Fernando Salmón (eds.). 2013. *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. Santander: Ediciones Universidad Cantabria.

Cabruja, Teresa. 2007. «Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento». En *Estado de Wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género*, ed. por Bárbara Biglia y Conchi San Martín, 155-170. Barcelona: Virus editorial.

Cabruja, Teresa. 2008. « ¿Quién teme a la psicología feminista?». *Pro-posiçoes* 19, nº 2: 25-46.

Cabruja, Teresa y Concepción Fernández-Villanueva. 2011. «Psicologías feministas: perspectivas críticas, posmodernas y radicales». En *Psicología social crítica,* ed. por Anastasio Ovejero y Júpiter Ramos, 83-97. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cámara, Cristina. 2012. «Contrarreforma sanitaria: su impacto sobre la salud de las mujeres». En *Forum de Política Feminista: 25 años del fórum de política feminista y de feminismo 1987-2012. Las Asociaciones de Mujeres, ante el Empleo, la Violencia y la Participación*, ed. por Forum de Política Feminista, 21-24. Madrid: Forum de Política Feminista.

Cambronero-Saiz, Belén, Mª Teresa Ruiz Cantero, Carmen Vives-Cases y Mercedes Carrasco Portiño. 2009. «El aborto en la España democrática: la agenda política parlamentaria 1979-2004». *Temas de Salud Reproductiva* 5: 58-68. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Campos Rodríguez, José Miguel. 2008. «Da la casualidad de que hay más locas como yo. Una aproximación al fenómeno Ana y Mía de Internet». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagüe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 167-170. Granada: Universidad de Granada.

Campos, Ricardo, Ángel González de Pablo, Mª Isabel Porras y Luis Montiel. 2014. *Medicina y poder político*. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Campos, Ricardo, Luis Montiel y Rafael Huertas (coords.). 2007. *Medicina*, *ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI).* Madrid: CSIC.

Cánovas, Gemma. 2008. «La erotización forzada de las niñas». *MYS* 24: 10-11.

Cánovas, Gemma. 2010. *El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad*. Barcelona: Paidós.

Cánovas, Gemma. 2015. «Madres maltratadas: Violencia sobre violencia». *MYS* 38, Dossier: 30-32.

Cantalejo, Cristina. 2010. «Ser enfermera en un hospital». *MYS* 27-28: 27-31.

Capel, Rosa María. 2006. «El sagrado derecho de votar». En *Historia de las mujeres en España y América Latina*, *vol. IV: Del siglo XX a los umbrales del siglo XXI*, ed. por Isabel Morant, 77-100. Madrid: Cátedra.

CAPS. 2001. «La salud de las mujeres desde una perspectiva feminista: retos y contradicciones». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones,* ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 49-54. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Castaño-López, Esther, Juncal Plazaola-Castaño, Julia Bolívar-Muñoz y Isabel Ruiz-Pérez. 2006. «Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)». *Revista Española de Salud Pública* 80: 705-716.

Castaños, Mónica, Carmen Meneses, Mercedes Palop, Mercedes Rodríguez y Silvia Tubert. 2007. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Castellanos, Jesús, Isabel Jiménez, Mª José Ruiz y Pilar Gardeta. 1998. *La medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina.

Castro, Isabel, Mari Luz Esteban, Arantza Fernández de Garaialde, María Luisa Menéndez, Isabel Otxoa y Mari Carmen Saiz. 2008. «No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista». En IV Jornadas Feministas de Euskal Herria, Portugalete. https://www.dropbox.com/s/y9e9v03g8fsp9pg/IV%20Jornadas_feministas_EH_2008.pdf?dl=.

Castro Beiras, Alfonso. 2000. *Enfermedad cardiovascular en la mujer*. Barcelona: Masson.

Cea, Pastor y Marisela Montenegro-Martínez. 2014. «Más allá de la visibilización: problematizando discursos sobre violencia en la pareja contra mujeres inmigradas en España». *Quaderns de Psicología* 16: 167-180.

Centro Feminista de Estudios y Documentación. 1994. *La mujer y la ciencia*. Cuadernos para el Debate. Madrid: Centro Feminista de Estudios y Documentación.

Cervera Rodón, Monserrat. 2008. «Les associacions com a mecanismes de visualització i debat social per a una millor salut de les dones». En *10 Anys treballant x la salut de les dones*, ed. por Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya, 13-20. Barcelona: Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya.

Cervera Rodón, Monserrat. 2012. «Necesitamos mares de mareas violetas». *MYS* 32: 7.

Chesler, Philips. 1972. *Women and madness*. New York: Avon Books.

Chodorow, Nancy. 1978. *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Gedisa.

Cid Santos, Ana Paula. 2007. «Las casas de acogida para mujeres maltratadas como respuesta a un problema de salud pública». *Feminismo/s* 10: 69-77.

Cifrián, Concha. 1985. «Legalización de los anticonceptivos». En *Diez años de feminismo*, ed. por Liga Comunista Revolucionaria, 14. Madrid: Liga Comunista Revolucionaria.

Cifrián, Concha, Carmen Martínez Ten y Isabel Serrano. 1986. *La cuestión del aborto*. Barcelona: Icaria.

Cifrián, Concha, Carmen Martínez Ten y Isabel Serrano. 2014. *Manual sobre el aborto*. Madrid: Los libros de la Catarata.

Cigarini, Lía. 1995. *La política del deseo. La diferencia femenina se hace historia*. Barcelona: Icaria.

Claramunt, María Cecilia. 1999. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia.* San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Cobo, Rosa. 1995. *Fundamentos del patriarcado moderno*. Madrid: Cátedra.

Cobo, Rosa. 2006. «Prólogo». En *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*, ed. por Esperanza Bosch, Victoria Ferrer y Aina Alzamora*,* 11-20. Barcelona: Anthropos.

Cobo, Rosa. 2008. «La globalización de la violencia contra las mujeres». *Revista Centroamericana, Justicia Penal y Sociedad*, 28-29: 13-38.

Cobo, Rosa. 2011. *Hacia una nueva política sexual. Las mujeres ante la reacción patriarcal*. Madrid: Catarata.

Cobo, Rosa. 2014. *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. Lima, Perú: Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de las Mujeres-CLADEM.

Cobo, Rosa. 2015. «El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad». *Investigaciones Feministas* 6: 7-19.

Cobo, Rosa y Belén Nogueiras. 2014. «Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto». En *La Reforma del aborto en España. Perspectivas de un debate (re)emergente*, ed. por Marta León Alonso y María Candelaria Sgró Ruata, 41-66. Córdoba, Argentina: Católicas por el derecho a decidir.

Colectivo de Mujeres de Boston. 1981. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro por y para las mujeres.* The Boston Women's Health Book Collective.

Colectivo Ma Colére. 2007. *Mi cuerpo es un campo de batalla*. Madrid: Burbuja.

Conde, Fernando y Concha Gabriel. 2003. *Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2000*. Madrid: Documentos técnicos de Salud Pública, 89, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998. *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad Autónoma de Madrid.* Madrid: Documentos Técnicos de salud Pública, 32. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. 1999. *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas. 2010. *Granada 30 años después: aquí y ahora*. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

Coria, Clara. 1996. *Las negociaciones nuestras de cada día.* Buenos Aires: Paidós.

Coria, Clara, Anna Freixas y Susana Covas. 2005. *Los cambios en la vida de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Cornejo Valle, Mónica y Maribel Blázquez Rodríguez. 2013. «La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la

constitución del ambiente holístico». *Revista de Antropología Experimental* 13: 11-30.

Cortés, Carmen. 2012. *Simposio Mujeres y Ciencia. Historia, Retos y Perspectivas*. Málaga: Perséfone Ediciones electrónicas de la AEHM/UMA.

Creación Positiva. 2009. *Maletín de las señoritas crespis*. Barcelona: Creación Positiva.

Cruz, Marina y Luisa Ruiz (eds.). 1999. *Mujer y Ciencia*. Jaén: Universidad de Jaén.

Cueva, Pilar de la. 2011. «¡Que no te quiten el útero! Motivos para una histerectomía, razones y maneras de evitarla». *MYS* 30: 19-23.

Daly, Mary. 1978. *Gyn/Ecology. The methaetics of radical feminism*. Boston: Beacon.

Daskal, Ana María y Cristina Ravazzola (compl.). 1990. *El malestar silenciado. La otra salud mental*. Santiago de Chile: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, 14.

Davis, Kathy. 2013. «La política feminista del cuerpo en sus viajes por el mundo. Las traducciones de Nuestros cuerpos, nuestra vidas». En *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, ed. por Monserrat Cabré y Fernando Salmón, 253-282. Santander: Ediciones Universidad Cantabria.

Delgado Echevarría, Isabel. 2004. «Investigaciones biológicas españolas en torno a la determinación del sexo 1850-1936». En *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, ed. por José Martínez-Pérez, Mª Isabel Porras Galo, Pedro Samblás Tilve y Mercedes Del Cura González, Mercedes, 67-81. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Delgado, Ana. 2008. «Buscando las diferencias ¿mejoraremos la igualdad?». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud,* ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 689-692. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Delgado, Ana, Lorena Saletti-Cuesta, Luis Andrés López-Fernández. 2012. «Discursos de las médicas de familia jóvenes sobre el reconocimiento profesional». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Delicado, María Victoria. 2001. «Cuidadoras informales: una perspectiva feminista». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones*, ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 293-300. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Demonte, Violeta. 1982. «Lenguaje y sexo. Notas sobre lingüística, ideología y papeles sociales». En *Liberación y Utopía*, ed. por Mª Ángeles Durán, 61-79. Madrid: Akal.

Díaz Martínez, Capitolina y Sandra Dema Moreno. 2013. «Metodología no sexista en la investigación y producción del conocimiento». En *Sociología y género*, ed. por Capitolina Díaz Martínez y Sandra Dema Moreno, 65-86. Madrid: Tecnos.

Dio Bleichmar, Emilce. 1984. *El feminismo espontáneo de la histeria.* Madrid: Adotraf.

Dio Bleichmar, Emilce. 1999. *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.

Dio Bleichmar, Emilce. 2000. «Prólogo». En *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, ed. por Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, 3-5. Paidós: México.

Dio Bleichmar, Emilce. 2008. «¿Todas madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 37-50. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Dio Bleichmar, Emilce (Coord.). 2011. *Mujeres tratando a mujeres*. Barcelona: Octaedro.

Dirección General de la Mujer. 2009. *Los cuidados y la salud de las profesionales que trabajan en Violencia de Género*. Madrid: Dirección General de la Mujer.

Diz Otero, Isabel y Marta Lois González. 2014. «Las políticas de igualdad de género en tiempos de crisis. El caso gallego». *Investigaciones Feministas* 5: 96-128.

Dominelli, Lena y Eileen Macleod. 1999. *Trabajo Social Feminista*. Madrid: Cátedra.

Dona y Salut de Barcelona. 2001. «Un proyecto de grupos de mujeres para la salud: la red de mujeres por la salud». En *Jornadas «Feminismo. Es… y será». Ponencias, mesas redondas y exposiciones*, ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 325-328. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Doress, Paula B. y Diana L. Siegal. 1993. *Envejecer juntas: las mujeres y el paso del tiempo*. Barcelona: Paidós.

Döring, María Teresa. 2001. «La supuesta imparcialidad del psicoanálisis frente a la problemática de género». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 511-518. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Durán, María Ángeles. 1982. *Liberación y Utopía*. Madrid: Akal.

Durán, María Ángeles. 1983. *Desigualdad social y enfermedad*. Barcelona: Tecnos.

Durán, María Ángeles (dir.). 1987. *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Durán, Mª Ángeles. 2003. *Diario de batalla, mi lucha contra el cáncer*. Madrid: Aguilar.

Ehrenreich, Bárbara. 2010. «La propaganda de las masivas mamografías rutinarias». *MYS* 27-28, Dossier: 8-9.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 1988. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras. Dolencias y trastornos. Política Sexual de la enfermedad*. Madrid: Horas y Horas.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 2010. *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Madrid: Capitán Swing Libros, S.L.

Escario, Pilar. 2009. «Lo personal es político». En *El movimiento feminista en España en los años 70*, ed. por Carmen Martínez Ten, Purificación Gutiérrez López y Pilar González Ruiz, Pilar, 213-218. Madrid: Cátedra.

Escario, Pilar, Inés Alberdi y Ana Inés López-Accotto. 1996. *Lo personal es político. El Movimiento Feminista en la transición.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Esecé. 2005. *Informe: Influencia de las actividades del Aula de las Mujeres de la Concejalía de Rivas Vaciamadrid, en la prevención y promoción de la salud de las mujeres*. Madrid: Esecé.

Esteban, Mari Luz. 1994. *La atención específica a las mujeres. 15 años de centros de planificación familiar*. Koadernoak-OP. Cuadernos de Salud Pública, 15, Bilbao, OP-Asociación de Salud Pública del País Vasco.

Esteban, Mari Luz. 1996. «Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico». En: *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*, ed. por Teresa Ortiz y Gloria Becerra, 143-184. Granada: Universidad de Granada.

Esteban, Mari Luz. 2000. «El análisis y la intervención en relación a la salud». En *Las políticas públicas en favor de las mujeres,* ed. por Fática Arranz, 67-96. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas.

Esteban, Mari Luz. 2001. *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa S.L.

Esteban, Mari Luz. 2003a. «Feminismo y salud: balance de tres décadas». En Instituto de la Mujer: *Seminario Balance y perspectivas de los estudios de las mujeres y del género,* ed. por Instituto de la Mujer, 247-257. Madrid: Instituto de la Mujer.

Esteban, Mari Luz. 2003b. «El trabajo feminista en el ámbito de la salud». *MYS* 11-12: 10-12.

Esteban, Mari Luz. 2004. «Antropología encarnada, antropología desde una misma». *Papeles del CEIC*, nº 12. http://www.ehu.eus/ojs/index.php/papelesCEIC/article/view/12093/11015.

Esteban, Mari Luz. 2006. «El estudio de la Salud y el Género: las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista». *Salud Colectiva* 2, nº 1: 9-20.

Esteban, Mari Luz. 2007. «Desafíos teórico-metodológicos del cuerpo. Nuevas aproximaciones desde el feminismo». En *Medicina*, *ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI),* ed. por Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas, 669-678. Madrid: CSIC.

Esteban, Mari Luz. 2010. «Cuerpos y Políticas feministas». En: *Granada, treinta años después: aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 391-396. Madrid: Federación de Organizaciones Feministas.

Esteban, Mari Luz. 2011. *Crítica del Pensamiento Amoroso*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui (eds.). 2010. *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz y Ana Távora. 2008. «El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas». *Anuario de Psicología* 39, nº 1: 59-73.

Falcón, Lidia. 1994. *La razón feminista*. Madrid: Vindicación Feminista.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 1991. *La salud de las mujeres en atención primaria*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Federación de Mujeres Progresistas. 2007. *Salud, Género e Inmigración*. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas.

Federación de Organizaciones Feministas. 1994. *Juntas y a por todas*. Madrid: Federación de Organizaciones Feministas.

Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Fee, Elizabeth. 1983. *Women and Health: the politics of sex in medicine*. Farmingdale, New York: Baywood Publishing Company, Inc.

Fernández Buján, Inés. 2004. «Medicina y poder sobre los cuerpos». *Thémata. Revista de Filosofía* 33: 191-198.

Fernández Garrido, Sandra. 2010. «Lo trans no es de ell*s, el feminismo no es 'nuestro'. Apuntes para una agenda política TRANSfeminista en salud». En *Granada 30 años después: aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 457-459. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

Fernández Guerrero, Olaya. 2008. «Feminismo y biología. Una pareja conflictiva». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud,* ed. por Consuelo Miqueo, María José Barral y Carmen Magallón, 693-698. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Fernández Morales, Marta. 2008. «Francotiradoras culturales: el teatro y la performance como herramientas del movimiento por la salud de las mujeres en los Estados Unidos». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 159-162. Granada: Universidad de Granada.

Fernández Ruiz, Isabel. 1990. *Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa en un barrio de Granada.* Granada: Universidad de Granada.

Fernández Villanueva, Concepción. 1982. «La mujer y la psicología». En *Liberación y utopía: La mujer ante la ciencia*, ed. por Mª Ángeles Durán, 82-102. Madrid: Akal.

Ferreira, Graciela. 1992. *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Buenos Aires: Sudamericana.

Ferrer Arrendó, Carmen, Concha Germán Bes, Isabel del Cura y Juan García Antón. 2012. «¿Tienen las enfermeras anorexia de poder o sufren el síndrome de Estocolmo?». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Ferrer, Amparo y Esperanza Bosch. 2012. «El desgaste emocional en las relaciones de pareja como factor de mal pronóstico para la salud de las mujeres». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Firestone, Shulamith. 1976. *La dialéctica del sexo: en defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairós.

Flecha, Consuelo. 1996. *Las primeras universitarias en España*, *1872-1910*. Madrid: Narcea.

Flecha, Consuelo. 1999. «La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882». *Dynamis* 19: 241-278.

Flecha, Consuelo. 2001. «La Educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la Universidad Española, año 1882». En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, 217-238. Barcelona: Icaria.2

Folguera, Pilar (comp.). 2007. *El feminismo en España: dos siglos de historia*. Madrid: Pablo Iglesias.

Forcades, Teresa. 2006. *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Barcelona: Cristianisme i Justícia.

Forcades, Teresa. 2013. «Una reflexión y una propuesta». *MYS* 33: 24-26.

Forum de Política Feminista. 2012. *25 años del fórum de política feminista y de feminismo 1987-2012. Las Asociaciones de Mujeres, ante el Empleo, la Violencia y la Participación.* Madrid: Forum de Política Feminista.

Fox Keller, Evelyn. 1991. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim.

Franc, Isabel y Susanna Martín. 2010. *Alicia en un mundo real*. Norma Editorial: Barcelona.

Fraser, Nancy y Axel Honneth. 2006. *Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Morata.

Freixas, Anna. 2003. «Abuelas 4x4: la solidaridad en los linajes femeninos». *MYS* 11, Dossier: 16.

Freixas, Anna (ed.). 2005. *Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*. Barcelona: Icaria.

Freixas, Anna. 2006. «Gerontología feminista: comprender la compleja y sutil vida de las mujeres mayores». *MYS* 17: 16-17.

Freixas, Anna. 2007. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial.* Barcelona: Paidós.

Freixas, Anna. 2013. *Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.

Freixas, Ana, Bárbara Luque y Amalia Reina. 2010. «Las nuevas vidas de las mujeres mayores del siglo XXI». En *Granada 30 años después: aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 451-456. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

Friedan, Betty. 1994. *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.

Friedan, Betty. 2009. *La mística de la Feminidad*. Madrid: Cátedra.

Fuentes, María. 1998. «Maltrato a lo femenino. La salud, hermana cenicienta de la medicina». *MYS* 2: 6-8.

Fuentes i Pujol, Mercé. 2001a. «Mujeres maltratadas. Crítica a los protocolos de actuación sanitaria». *MYS* 7: 13.

Fuentes i pujol, Mercé. 2001b. «Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria». En *Perspectivas de género en salud*. *Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 223-235. Madrid: Minerva.

Gabarró, Rita y Leonor Taboada. 2008. «La entrevista. Faltan comadronas para humanizar el parto». *MYS* 23: 6-10.

Gago, Cándida y Juana Mª Rodríguez. 2014. «Presente de las políticas de igualdad en ámbito local de la Comunidad de Madrid». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* 66: 341-367.

Galdón, Carmen. 2012. «Movimiento 15M y Feminismo». Trabajo Fin de Máster. Universidad Rey Juan Carlos.

Gallego, Gloria, Andreu Bover, Margarita Miró, Antonia Martín, Conxa Zaforteza y Pilar Sánchez-Cuenca. 2006. «Las enfermeras y la enfermería. Disciplina y profesión. Condicionantes de género». En *Ciencia, Tecnología y género en Iberoamérica,* ed. por Eulalia Pérez Sedeño, Paloma Alcalá Cortijo, Marta González, Paloma Villota, Concha Roldán y Mª Jesús Santesmases, 45-54. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Gálvez, Lina. 2013. «Una lectura feminista del austericidio». *Revista de Economía Crítica* 15: 80-110.

Gandarias, Itziar. 2014. «Habitar las incomodidades en investigaciones feministas y activistas desde una práctica reflexiva». *Athenea Digital* 14, nº 4: 289-304.

García Calvente, Mª del Mar (ed.). 2010. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud.* Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.

García Colmenares, Carmen. 2011. *Las primeras psicólogas españolas. Itinerarios vitales y profesionales*. Granada: Universidad de Granada.

García Dauder, Silvia. 2003a. «Fertilizaciones cruzadas entre la psicología social de la ciencia y los estudios feministas de la ciencia». *Athenea Digital* 4: 109-150.

García Dauder, Silvia. 2003b. «Psicología y feminismo: una aproximación desde la psicología social de la ciencia y las epistemologías». Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

García Dauder, Silvia. 2005. *Psicología y Feminismo: Historia olvidada de las mujeres pioneras en psicología*. Madrid: Narcea.

García Dauder, Silvia. 2010a. «El olvido de las mujeres pioneras en la Historia de la Psicología». *Revista de Historia de la Psicología* 31, nº 4: 9-22.

García Dauder, Silvia. 2010b. «Las relaciones entre la Psicología y el Feminismo en tiempos de igualdad». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 47-64.

García Dauder, Silvia. 2011. «Tecnologías, cuerpos sexuados y diferencias». En *Ciencia, Tecnologia e Gênero: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho, 307-323. Curitiba (Brasil): UTFPR.

García Dauder, Silvia. 2014. «La regulación tecnológica del dualismo sexual y el diseño de cuerpos normativos». En *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega Arjonilla, 469-519. Madrid: Cátedra.

García Dauder, Silvia y Carmen Romero Bachiller. 2011. «Las políticas de los nombres: La controversia DSD versus intersexualidad». En *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho. Paraná, Brasil: UTFPR. http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/espanhol/index.html.

García Dauder, Dau y Eulalia Pérez Sedeño. 2017. *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres.* Madrid: Los libros de la Catarata.

García de León, María Antonia. 2011. *Cabeza moderna/Corazón patriarcal*. *Un diagnóstico social de género*. Barcelona: Anthropos.

García Ojeda, Patricia y Rosario Otegui. 2000. «A propósito de la salud de las mujeres y la complejidad social». En *Las políticas públicas en favor de las mujeres,* ed. por Fátima Arranz, 151-189. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas.

García Ortiz, Jesús Miguel y María Jesús Miranda Velasco. 2005. *Investigación e intervención en violencia de género desde el sistema sanitario*. Cáceres: Servicio Extremeño de Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo.

García-Mina, Ana (coord.). 2010. *Violencia de género en la Pareja.* Madrid: Universidad de Comillas.

García, Yedra, Eva Aguilera, Miguel Reyero, Sagrario Martín (coord.). 2016. *Deficiencias e Inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España.* http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informe-salud-sexual-y-reproductiva.pdf.

Gascón, Patricia y José Luis Cepeda. 2011. «Hacia la producción de transgéneros», en *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho. Paraná, Brasil: UTFPR. http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/espanhol/index.html.

Gelambí Torrell, Mónica. 2015. «La gestión trasversal de género en momentos de crisis. Análisis de los municipios catalanes». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. *Nueva época* 14: 42-54.

Germán, Concha. 2010. «Enfermeras sí, pero no así». *MYS* 27-28: 23-26.

Germán, Concha y Consuelo Miqueo. 2008. «Los estereotipos de género en los manuales de las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, ed. por Consuelo Miqueo, María José Barral y Carmen Magallón, 413-420. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Gérvas, Juan y Mercedes Pérez-Fernández. 2016. *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Barcelona: Los libros del lince.

Gil García, Eugenia. 2006. «Técnicas de investigación: Análisis del discurso de la ciencia y del enfermo». En *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, ed. por Concepción Tomás, Cruz Tejero, Consuelo Miqueo, Teresa Yago, Mª José Barral y Teresa Fernández, 27-38. Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.

Gil García, Eugenia. 2007. *Otra mirada a la anorexia*: *Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas.* Granada: Universidad de Granada.

Gil García, Eugenia y Teresa Ortiz Gómez. 2008. «La medicalización del malestar: el caso de la anorexia». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. *XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez Granada, 136-166. Granada: Universidad de Granada.

Gil, Silvia L. 2011. *Nuevos feminismos. Sentidos comunes en la dispersión. Una historia de trayectorias y rupturas en el Estado español*. Madrid: Traficantes de sueños.

Gil, Silvia L. 2013. «Feminismos contemporáneos en la crisis del sujeto. Hacia una política de lo común». En *Sociología y género*, ed. por Capitolina Díaz Martínez y Sandra Dema Moreno, 45-64. Madrid: Tecnos.

Gilligan, Carol. 1985. *La teoría psicológica del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.

Giménez, Mª Carmen. 2007. «Las mujeres en la historia de la psicología». *Revista de Historia de la Psicología* 28, nº 2/3: 281-290.

Gimeno, Beatriz. 2005. *Historia y análisis político del lesbianismo. La liberación de una generación*. Barcelona: Gedisa.

Gimeno, Macu. 2015. «Seguimos indignadas». *MYS* 38: 24-25.

Gomes de Carvalho, Marilia. 2011. *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*. Paraná, Brasil: UTFPR. http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/espanhol/index.html.

González Aguado, Francisco, Juan C. González Cases, Mª Luisa López Gironés, Cristina Polo Usaola y Margarita Rullas Trincado. 2010. *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud.

González Canalejo, Carmen. 2014. «Los procesos de profesionalización de la enfermería española desde el análisis de género». En *Medicina y poder político*, ed. por Ricardo Campos, Angel González de Pablo, Mª Isabel Porras y Luis Montiel, 47-51. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

González de Chávez, Asunción (comp.). 1993. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI.

González de Chávez, Asunción (comp.). 1998. *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y Orden Simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva.

González de Chávez, Asunción (comp.). 1999a. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género.* Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas.

González de Chávez, Asunción (comp.). 1999b. *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres.* Madrid: Siglo XXI.

González de Chávez, Asunción. 2002. «Estudio reumatológico y descriptivo sobre personalidad y factores psicosociales (síntesis)». *MYS* 10, Dossier: 19-21.

González García, Marta I. 2001. «Deberían los psicólogos estudiar las diferencias sexuales? Algunas reflexiones desde el debate sobre epistemología feminista». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 493-509. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

González García, Marta I. 2015. *La medicalización del sexo. El viagra femenino*. Madrid: Los libros de la Catarata.

González Suárez, Amalia. 2015. «De tumba a útero». *Investigaciones Feministas* 6: 39-59.

González Uriarte, Ana. 2012. «La medicalización del sufrimiento en la infancia». *MYS* 32: 8-11.

González Vázquez, Araceli. 2013. «Los conceptos de patriarcado y androcentrismo en el estudio sociológico y antropológico de las sociedades de mayoría musulmana». *Papers* 98, nº 3: 489-504.

Grau, Elisa. 2001. «Talleres de sexualidad-afectividad: una experiencia preventiva». En *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud,* ed. por Instituto de la Mujer, 89-90. Madrid: Instituto de la Mujer.

Green, Mónica. 2001. «En busca de una auténtica medicina de mujeres: los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen». En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, 27-54. Barcelona: Icaria.

Greer, Germaine. 1991. *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia*. Barcelona: Anagrama.

Greer, Germaine. 2000. *La mujer completa*. Barcelona: Kairós.

Greer, Germaine. 2001. *Sexo y destino*. Madrid: Plaza y Janés.

Greer, Germaine. 2004. *La mujer eunuco*. Barcelona: Kairós.

Grela, Cristina y Alejandra López. 2000. *Mujeres, Salud Mental y Género*. Montevideo: Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo.

Grupo Feminario. 1987. «Las mujeres y las estructuras patriarcales sanitarias, o hacia un concepto de sanidad más democrático». En *Primeras Jornadas Mujer y Salud*, ed. por Instituto de la Mujer, 31-37. Madrid: Instituto de la Mujer.

Haraway, Donna J. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Valencia: Ediciones Cátedra.

Harding, Sandra. 1995. «Después del eurocentrismo: desafíos para la investigación feminista en occidente». En *Feminismo, ciencia y transformación social*, ed. por Cándida Martínez López, 47-56. Granada: Universidad de Granada.

Harding, Sandra. 1996. *Ciencia y feminismo.* Madrid: Morata.

Hare-Mustin, Rachel T. y Jeanne Marecek (dirs.). 1994. *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos.* Barcelona: Herder.

Heinz, Inge Christine. 2008. «La princesa Luise von Preussen (1799-1882) como paciente de Samuel Hahnemann en los años 1829-1835». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagüe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Gómez Núñez, Antonio, 111-115. Granada: Universidad de Granada.

Hellwarth, Jennifer. 2001. «Lady Grace Mildmay, una sanadora inglesa del siglo XVI». En: *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, 93-114. Barcelona, Icaria.

Hernández, Aránzazu y Pilar Moreigne. 2014. «La felicidad de estar con otras mujeres. Conversación con Pilar Moreigne». En *Feminismos lesbianos y queer. Representación, visibilidad y políticas*, ed. por Beatriz Suárez Briones, 143-153. Madrid: Plaza y Valdés.

Hilb, Vera. 1999. «De la soledad al diálogo íntimo. Un grupo terapéutico con mujeres». En *Mujer y Salud Mental. Reflexiones y experiencias (compilación),* ed. por Centre d'Higiene Mental de Cornellá i Col.legi Oficial de Psicólegs de Catalunya, 193-200. Barcelona: Centre d'Higiene Mental de Cornellá i Col.legi Oficial de Psicólegs de Catalunya.

Hinke Schultze, Nina S. 2005. «Mujeres en las farmacias a principios del siglo XX». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 3-11. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hipatia. 2004. *Dos para saber, dos para curar.* Madrid: Horas y Horas.

Hourcade, Corina. 2010. «La salud de las mujeres inmigrantes. Consecuencias psicológicas y emocionales». *MYS* 29: 39-42.

Huertas Zarco, María. 1991. «Mujer y Salud Mental», en *La salud de las mujeres en atención primaria*, ed. por Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 163-192. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública.

Huertas Zarco, María. 1998. «Mujer y Salud Mental». En *Mujeres, Familia y Salud*, ed. por Universidad Jaume I, 39-64. Castellón: Portal Nieto.

Hyde, Janet Shibley. 1995. *Psicología de la Mujer. La otra mitad de la experiencia humana.* Madrid: Morata.

Iglesias Aparicio, Pilar. 2003. «Mujer y Salud: Las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo». Tesis doctoral. Universidad de Málaga.

Ignaciuk, Ágata. 2009. «Anticoncepción y aborto: Una propuesta de análisis desde los estudios de género». *Eä* 1, nº 2: 1-25.

Ignaciuk, Agatha. 2014. «Ella necesita un ovulistático perfecto: cuerpos de las mujeres en los anuncios de la píldora en España (1960-1970)». En *Medicina y poder político*, ed. por Ricardo Campos, Angel González de Pablo, Mª Isabel Porras y Luis Montiel, 231-236. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Imaz, Elixabete. 2010. «Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada». En *Antropología, género, salud y atención*, ed. por Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui, 173-189. Barcelona: Bellaterra.

Infante, Nina. 2012. «Introducción». En *25 años del fórum de política feminista y de feminismo 1987-2012. Las Asociaciones de Mujeres, ante el Empleo, la Violencia y la Participación,* ed. por Forum de Política Feminista Madrid, 5-7. Madrid: Forum de Política Feminista.

Instituto Andaluz de la Mujer. 2007. *Actas de las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, Mirando la Salud desde una perspectiva de género*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Instituto Asturiano de la Mujer. 2011. *Tiempo propio. Talleres para mujeres mayores de 50 años*.

Instituto de la Mujer. 1987. *Primeras Jornadas Mujer y Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 1988a. *Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental. Mayo 1985.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 1988b. *I Plan para la Igualdad de Oportunidades de las mujeres: 1988-1990*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 1993. *II Plan para la Igualdad de Oportunidades de las mujeres: 1993-1995*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 1994. *Las españolas en el umbral del siglo XXI. Informe presentado por España a la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 1997. *III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres: 1997-2000*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2000. *Salud Mental y Género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2002a. *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional. Murcia, 9 y 10 de mayo de 2002*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2002b. *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2002c. *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2003a. *IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres: 2003-2006*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2003b. *Seminario «Balance y perspectivas de los estudios de las mujeres y del género»*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2006a. *Hablamos de salud en masculino y en femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2006b. *Mujeres de hoy*. DVD. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2008. *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2008-2011*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2010. *Mujer y Salud 200*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer. 2014. *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres: 2014-2016*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Irigaray, Luce. 1985. *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza. Otro modo de sentir*. Barcelona: La Sal.

Irigaray, Luce. 1992. *Yo, tú, nosotras*. Madrid: Cátedra.

Izquierdo, María Jesús. 1998. *El malestar de la desigualdad*. Valencia: Cátedra.

Jagoe, Catherine. 1998. «Sexo y género en la medicina del siglo XIX». En *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*, ed. por Catherine Jagoe, Alda Blanco y Cristina Enríquez de Salamanca, 305-376. Barcelona: Icaria.

Jagoe, Catherine, Alda Blanco y Cristina Enríquez de Salamanca. 1998. *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*. Barcelona: Icaria.

Jeffreys, Sheila. 1996. *La herejía lesbiana. Una perspectiva feminista de la revolución sexual lesbiana*. Valencia: Cátedra.

Jiménez Lucena, Isabel y María José Ruiz Somavilla. 1999. «La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX». En *Interacciones ciencia y género*, ed. por María José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez, 185-206. Barcelona: Icaria.

Jiménez Lucena, Isabel, Dolores Sánchez y Celia García Díaz. 2008. «Regular, negociar, resistir: biopoder y lucha por la hegemonía sobre el cuerpo de las mujeres en la España contemporánea». En *La experiencia de enfermar en perspectiva*

histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 349-353. Granada: Universidad de Granada.

Jiménez Rodrigo, María Luisa. 2014. «Las políticas de salud vistas desde el género: Una aproximación a partir del examen de los planes de control del tabaquismo». *Investigaciones Feministas* 5: 289-316.

Johnson, Roberta y Maite Zubiaurre (eds.). 2012. *Antología del pensamiento feminista español (1726-2011)*. Valencia: Cátedra.

Juliano, Dolores. 2003. «El mito del instinto maternal». *MYS* 11, Dossier: 2-5.

Juliano, Dolores. 2009. «Oportunidades vitales del cambio frente a los estereotipos». En *XI Seminario de Autoformación*, ed. por Red CAPS. http://www.caps.cat/images/stories/XI_Seminario_Redcaps_2009_Dolores_Juliano.pdf.

Justo Suárez, Cristina. 2008. «Políticas de control y mutilación sobre los cuerpos de las mujeres». *Debats* 101: 68-78.

Kait, Laura. 2003. «Embarazo adolescente y adolescencia embarazada». *MYS* 11, Dossier: 13.

Klairmont-Lingo, Alison. 2001. «Las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI». En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, 77-91. Barcelona: Icaria.

Kochen, Silvia. 2008. «La situación de la mujer como sujeto y objeto de la investigación en salud». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 667-672. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Kollontai, Alejandra. 2016. *Mujer y Lucha de clases*. Vilassart de Dalt (Barcelona): El Viejo Topo.

Laffitte, María. 1964. *La mujer en España. Cien años de su historia 1860-1960*. Madrid: Aguilar.

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

Lagarde, Marcela. 2000. *Claves Feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Lagarde, Marcela. 2005. *Para mis socias de la vida*. Madrid: Horas y Horas.

Lagarde, Marcela. 2014. *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. Madrid: Horas y Horas.

Larumbe, Mª Ángeles. 2004. *Las que dijeron no. Palabra y acción del feminismo en la Transición*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza y Ayuntamiento de Zaragoza.

Librería de Mujeres de Milán. 1991. *No creas tener derechos. La generación de la libertad femenina en las ideas y vivencias de un grupo de mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Librería de Mujeres de Milán. 1996. *El final del patriarcado (Ha ocurrido y no por casualidad)*. Barcelona: La llibrería de les dones.

Liñán Maza, Mª del Carmen. 2001. «La imagen de la mujer en la España del siglo XIX: los tratados médico-higienistas». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 273-297. Madrid: Universidad Complutense.

Liz, Isabel y Marta Lois. 2014. «Las políticas de igualdad de género en tiempos de crisis. El caso gallego». *Investigaciones Feministas* 5: 96-128.

Llacer Gil de Ramales, Alicia y Lucía Mazarrasa Alvear. 2013. «Salud e inmigración desde una perspectiva de género». En *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, ed. por Pilar Sánchez López, 159-188. Madrid: Síntesis.

Llopis, María. 2015. *Maternidades subversivas*. Tafalla (Navarra): Txalaparta.

Lombardo, Enmanuela. 2002. «Políticas de Igualdad de género en los ayuntamientos de Barcelona: Origen, características y retos para el futuro». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 25: 79-93.

Lombardo, Enmanuela y Margarita León. 2014. «Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica». *Investigaciones Feministas* 5: 13-35.

López Carrillo, Margarita. 2001. «Los planes de la industria farmacéutica: ¿para o contra nosotras?». *MYS* 7: 18-19.

López Carrillo, Margarita. 2010. «La medicalización de la vida y la salud de las mujeres». En *Granada, treinta años después: aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 419-425. Madrid: Federación de Organizaciones Feministas.

López Carrillo, Margarita y Cervera, Montse. 1998. «Nos llamaron histéricas y neuróticas…». *MYS* 2: 3-4.

López Fernández Cao, Marián. 2011. «Crear para hacer brotar el cuerpo». En *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina,* ed. por Antonia Fernández Valencia y Marián López Fernández Cao, 207-321. Madrid: Fundamentos.

López Pardina, Teresa. 2007. «El feminismo existencialista de Simone de Beauvoir». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización,* ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 333-365. Madrid: Minerva Ediciones.

López Sánchez, Oliva. 2005. «Las representaciones técnico médicas del cuerpo femenino en el discurso de la gineco-obstetricia en el siglo XIX». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 367-376. Coyoacán (México): Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

López-Cordón Cortezo, Mª Victoria. 2005. *Condición femenina y razón ilustrada. Josefa Amar y Borbón*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

López-Cordón Cortezo, Mª Victoria. 2014. «Josefa Amar y Borbón (1749-1833): Los debates ilustrados sobre las mujeres». En *Feminismos. Contribuciones desde la historia,* ed. por Angela Cenarro y Régine Illion, 51-80. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

López-Dóriga, Begoña (coord.). 2005. *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Lorde, Audre. 2003. *La hermana, la extranjera.* Madrid: Horas y Horas.

Lorde, Audre. 2008. *Diarios del cáncer.* Rosario (Argentina): Hipólita.

Lueiro, Rebeca y Beatriz López. 2009. «Políticas públicas de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito local: una descripción de la estructura de los organismos de igualdad de género en la comunidad autónoma gallega». Comunicación presentada en el *IX Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración. Repensar la democracia: Inclusión y diversidad, Asociación Española de Ciencia Política y Administración*, Málaga. 23, 24 y 25 de septiembre. http://www.aecpa.es/congresos/congreso_09/.

Luna Freire, María Martha de. 2008. «Enseñando a las mujeres a ser madres: medicinas, maternalismo y prensa femenina en el Brasil (1910-1930)». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 445-449. Granada: Universidad de Granada.

Mackeith, Nancy. 1983. *Manual de salud de la mujer*. Barcelona: La Sal.

Maffía, Diana. 1998. «Género y metáfora en el lenguaje de la ciencia». Comunicación presentada en el *II Congreso Internacional Multidisciplinario Mujeres, Ciencia y Tecnología*, Buenos Aires, 17-19 de julio.

Maffía, Diana. 2001a. «Conocimiento y subjetividad». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 329-336. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Maffía, Diana. 2001b. «El sexo oculto de la ciencia». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 407-416. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Maffía, Diana. 2005. «Epistemología feminista: por otra inclusión de lo femenino en la ciencia». En *Ciencia, Tecnología y Género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 623-633. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Maffía, Diana. 2006. «El vínculo crítico entre género y ciencia». *Clepsydra* 5: 37-58.

Maffía, Diana. 2007. «Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia». *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer [online]* 12, nº 28: 63-98.

Maffía, Diana. 2008. «Luces y sombras sobre el escenario. Las mujeres en CyT+D+I. De las estadísticas a la autoridad perceptiva». En *Estudios Iberoamericanos de Género en Ciencia, Tecnología y Salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 25-36. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Maffía, Diana. 2011. «Tecnología y control social de los cuerpos sexuados». En *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho, 297-306. Paraná, Brasil: UTFPR.

Maffía, Diana. 2012. «Contrato moral, género y ciencia». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño, Juan Carlos Toscano, Consuelo Flecha, Ana Guil, Oscar Macías y Mª Encarnación Pinero. Sevilla. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Magallón, Carmen. 2001. «Del pasado al futuro: Anotaciones feministas para ciencia democrática». En *Las mujeres ante la ciencia del siglo XXI*, ed. por Viky Frías, 213-225. Madrid: Editorial Complutense.

Maldonado, Teresa. 2013. «Apuntes para una introducción a la teoría feminista». En *Sociología y género*, ed. por Capitolina Díaz y Sandra Dema, 19-44. Madrid: Tecnos.

Mancilla Villa, Martha Lilia. 2008. «Episodio de una interna en Ka Castaleda (Ciudad de México 1924)». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 117-120. Granada: Universidad de Granada.

Martín-Gamero, Amalia. 1975. *Antología del feminismo*. *Introducción y comentarios*. Madrid: Alianza Editorial.

Martínez Antonio, Francisco Javier. 2012. «La medicina y la sanidad en el protectorado español en Marruecos. Apuntes iconográficos». *AWRAQ*, 5-6: 135-156.

Martínez Benlloch, Isabel. 2003. «Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres». *Anuario de Psicología*, 34: 253-266.

Martínez Benlloch, Isabel. 2004. «Un análisis desde las políticas de igualdad de género». En *Psicología y Género*, ed. por Ester Barberá e Isabel Martínez Benlloch, 295-324. Madrid: Pearson.

Martínez López, Cándida (ed.). 1995. *Feminismo, ciencia y transformación social*. Granada: Universidad de Granada.

Martínez Rebolledo, Alba. 2013. «El movimiento self-help y el autoconocimiento como práctica de la pedagogía crítica. Análisis de una vertiente del movimiento feminista en el Estado español (1976-1985)». Trabajo Fin de Máster. Instituto de Estudios de la Mujer, Universidad de Granada.

Martínez, Eva, Ainhoa Novo y Arantxa Elizondo. 2005. «La integración de la perspectiva de género en la Administración Pública: un caso de estudio en el ámbito municipal», en *Igualdad de Oportunidades e igualdad de género: una relación a debate*, ed. por Mª Ángeles Barrere y Arantza Campos, 187-210. Madrid: Dykinson.

Martínez Redondo, Patricia. 2009. *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Horas y Horas.

Martínez-Pérez, José. 2004. «Diversidad humana y rendimiento laboral: sobre accidentes de trabajo, medicina y organización social de género en España (1922-1936)». En *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, ed. por José Martínez-Pérez, Mª Isabel Porras Galo, Pedro Samblás Tilve y Mercedes del Cura González, 83-102. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Martínez-Pérez, José, Mª Isabel Porras Galo, Pedro Samblás Tilve y Mercedes del Cura González (coords.). 2004. *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Martínez-Ten, Carmen y Cristina Buitrago. 1987. «Mujer y Salud». En *Primeras Jornadas Mujer y Salud*, ed. por Instituto de la Mujer, 7-17. Madrid: Instituto de la Mujer.

Martínez-Ten, Carmen, Purificación Gutiérrez López y Pilar Gónzalez Ruiz (eds.). 2009. *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid: Cátedra.

Marugán, Begoña. 2001. «Análisis de los discursos del movimiento feminista contra las agresiones a las mujeres. Una mirada autoreflexiva». En *Feminismo.es…y será,* ed. por Asamblea de Mujeres de Córdoba Yerbabuena, 369-376. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba.

Marugán, Begoña. 2012. «Domesticar la violencia contra las mujeres, una forma de desactivar el conflicto intergéneros». *Investigaciones Feministas* 3: 155-166.

Marugán, Begoña. 2014. «Trabajo de cuidados». *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad* 7: 215-223.

Marugán, Begoña y Cristina Vega. 2002. «Gobernar la violencia: apuntes para un análisis de la rearticulación del patriarcado». *Política y Sociedad* 39, nº 2: 415-435.

Más, Josefina y Amelia Tesoro Amate. 1993. *Mujer y salud mental*. *Mitos y Realidades*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Matamala, Isabel. 2005. «El cuidado de la salud, atención primaria y justicia de género». *MYS* 16: 4.

Mazarrasa, Lucía. 1999. «Rol de género en la relación entre el personal de enfermería y el personal médico». En *I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, ed. por Instituto de la Mujer, 33-36. Madrid: Instituto de la Mujer.

Mazarrasa*,* Lucía*.* 2001. *«*Estrategias de promoción de la salud». En *Perspectivas de género en salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 77-93. Madrid: Minerva.

Medina, Rosa María. 1999. «Ideas para perder la inocencia sobre los textos de ciencia». En *Interacciones ciencia y género*, ed. por María José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez, 103-127. Barcelona: Icaria.

Medina, Rosa María. 2008. «Leer contracorriente. Publicaciones psiquiátricas y consultorios amorosos del franquismo como fuente para conocer el padecimiento y el conocimiento emocional de las mujeres». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 227-228. Granada: Universidad de Granada.

Méndez Martínez, Concha y Susana Álvarez-Buylla Bustillo. 2007. «Reflexión crítica sobre la intervención con mujeres víctimas de violencia de género». *Cuadernos de Trabajo Social* 20: 289-296.

Menéndez Fuster, María. 2006. «La salud de las mujeres en el entorno laboral». *MYS* 17: 12-14.

Migallón, Pilar y Beatriz Gálvez. 1999. *Los grupos de Mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Migallón, Pilar y Andrea Voria. 2007. *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de Intervención en salud desde la perspectiva de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Miguel, Ana de. 1995. «Feminismos». En *10 palabras clave sobre mujer*, ed. por Celia Amorós, 217-255. Navarra: Verbo Divino.

Miguel, Ana de. 2007. «La articulación del feminismo y el socialismo: el conflicto clase-género». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización,* ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 295-332. Madrid: Minerva Ediciones.

Miguel, Ana de. 2015. «La revolución sexual de los setenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal». *Investigaciones Feministas* 6: 20-38.

Millán Susinos, Raquel. 2005. «Intervención social grupal. Integrando la perspectiva de género (promoción de relaciones saludables y de buen trato)». *Cuadernos de Trabajo Social* 18: 333-350.

Millán Susinos, Raquel, Juana Teresa Jiménez Pérez Muelas y Pilar Blanco Prieto. 2006. «Intervención grupal con mujeres: prevención de la violencia y promoción de su salud y autonomía. Experiencias grupales en centros de salud». En *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, ed. por Consuelo Ruiz-Jarabo y Pilar Blanco Prieto, 159-170. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Millett, Kate. 2010. *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

Mingote, Carlos y Begoña López-Dóriga (coords.). 2000. *La salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Mingote, Carlos y Begoña López-Dóriga (coords.). 2001. *II Jornadas de salud mental y género*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2007. *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Miqueo, Consuelo. 2004. «Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea». En *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, ed. por José Martínez-Pérez, Mª Isabel Porras Galo; Pedro Samblás Tilve y Mercedes del Cura González, 45-66. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Miqueo, Consuelo. 2005. «El valor epistemológico de la diferencia sexual en los tratados de Patología médica». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 377-404. México: UNAM-Plaza y Valdés.

Miqueo, Consuelo. 2007. «Cómo ser historiadora y descubrir el androcentrismo de la ciencia médica actual». En *Medicina, ideología e historia en España. Siglos XVI-*

XXI, ed. por Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas, 657-667. Madrid: CSIC.

Miqueo, Consuelo. 2008. «Feminismo en el mundo científico médico?». *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política* 38: 155-167.

Miqueo, Consuelo. 2011. «Leer y escribir en lengua materna: análisis del uso del español en la comunidad científica internacional». En *Ciência, Tecnologia e Gênero: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho, 115-147. Curitiba (Brasil): UTFPR.

Miqueo, Consuelo. 2015. «Seducidas por la ciencia. La integración de las mujeres en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza durante el siglo XX». En *La Residencia de Señoritas y otras redes culturales femeninas*, ed. por Josefina Cuesta, María José Turrión y Rosa María Merino, 361-403. Salamanca: Universidad de Salamanca, Fundación José Ortega y Gasset-Gregorio Marañón.

Miqueo, Consuelo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago. 2001. *Perspectivas de género en salud*. *Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.

Miqueo, Consuelo, Mª José Barral, Isabel Delgado, Teresa Fernández-Turrado y Carmen Magallón. 2003. «Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia». *Feminismo/s* 1: 195-216.

Miqueo, Consuelo y Mª Jesús Murria. 2006. «Una apuesta por la relación. Traducir *Dos para saber, dos para curar».* En *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, ed. por Concepción Tomás, Cruz Tejero, Consuelo Miqueo, Teresa Yago, Mª José Barral y Teresa Fernández, 53-67. Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.

Miqueo, Consuelo, Mª José Barral, Teresa Fernández, Cuca Tomás y Luis Pascual. 2006. «Progresividad del proyecto género en salud. Análisis bibliométrico de la literatura internacional: 1982-2002». En *Ciencia, Tecnología y Género en Iberoamérica,* ed. por Eulalia Pérez Sedeño, Paloma Alcalá Cortijo, Marta González, Paloma Villota, Concha Roldán y Mª Jesús Santesmases, 231-240. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Miqueo, Consuelo, María José Barral y Carmen Magallón. (eds.). 2008. *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud.* Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Miqueo, Consuelo y Asunción Fernández. 2011. «Perfil de las pioneras médicas: efectos de la Real Orden de 8 de marzo de 1910 para la igualdad de mujeres y hombres en el acceso a la universidad». En *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Mª Isabel Porras Gallo, Bertha Gutiérrez Rodilla, Mariano Ayarzagüena Sanz, Jaime de las Heras Salord, 555-556. Ciudad Real: UCLM.

Miqueo, Consuelo, Concha Germán, Teresa Fernández-Turrado y Mª José Barral. 2011. *Ellas también cuentan*. Zaragoza: Prensas Universitarias.

Mitchell, Juliet. 1976. *Psicoanálisis y feminismo. Freud, Reich, Laing y las mujeres*. Madrid: Anagrama.

Miyares, Alicia. 1999. «1848: 'El manifiesto de 'Seneca Falls'». *Revista Leviatán* 75: 135-158.

Molina Petit, Cristina. 2015. «La construcción del cuerpo femenino como victimizable y su necesaria reconstrucción frente a la violencia machista». *Investigaciones Feministas* 6: 69-84.

Moncó, Beatriz. 2009. «Maternidad Ritualizada. Un análisis desde la Antropología de Género». *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 4, nº 3: 357-384.

Montero, Justa. 2009. «Las aspiraciones del movimiento feminista y la transición política». En *El movimiento feminista en España en los años 70*, ed. por Carmen Martínez Ten, Purificación Gutiérrez López y Pilar González Ruiz, 275-303. Madrid: Cátedra.

Moraswski, Hill G. 1994. «Hacia lo no imaginado: feminismo y epistemología en psicología». En *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos,* ed. por Rachel T. Hare-Mustin y Jeanne Marecek, 181-218. Barcelona: Herder.

Moreno Beltrán, Anna y Ana Ballesteros Pena. 2014. «Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas». *Investigaciones Feministas* 5: 317-341.

Moreno Hernández, Amparo. 2009. *Las psicólogas hablan de Psicología*. Madrid: Catarata.

Moreno Rodríguez, Rosa M., Enriqueta Barranco Castillo, Fernando Girón Irueste y Mikel Astrain Gallart. 2011. «Bioética, ética médica y globalización. Una propuesta en torno a la vulnerabilidad y al género». En *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Mª Isabel Porras Gallo, Bertha Gutiérrez Rodilla, Mariano Ayarzagüena Sanz, Jaime de las Heras Salord, 113-117. Ciudad Real: UCLM.

Moreno Sardá, Amparo. 1986. *El arquetipo viril, protagonista de la historia*. Barcelona: La Sal.

Murillo, Soledad. 1996. *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

Murillo, Soledad. 2000a. «La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios». *Política y Sociedad* 35: 73-80.

Murillo, Soledad. 2000b. «Repartir el cuidado para no descuidarnos». *MYS* 6: 14.

Murillo, Soledad. 2001a. «Pacto social o conciliación entre géneros en el uso del tiempo laboral». En *Pacto social o conciliación entre géneros en el uso del tiempo*, ed. por Cristina Carrasco, 151-166. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Murillo, Soledad. 2001b. «La mirada vampira sobre el cuerpo de las mujeres». *MYS* 8: 12-15.

Murillo, Soledad. 2004. «Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres». En *Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado*. *Congreso Internacional SARE* 2003, ed. por Emakunde, 161-176. Vitoria: *Emakunde*.

Murillo, Soledad. 2011. «Violencia de género e igualdad». En *Perspectivas de la violencia de género*, ed. por Jesús Pérez Viejo y Ana Escobar, 11-29. Madrid: Grupo 5.

Murillo, Soledad y Rocío Rodríguez Prieto. 2003. *Ciudadanía activa. Asociacionismo de mujeres*. Madrid: Consejo de la Mujer de la CAM.

Muruaga López de Guereñu, Soledad y Pilar Pascual Pastor. 2013. *La salud mental de las mujeres: La psicoterapia de Equidad Feminista*. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

Nash, Mary. 1994. «Experiencia y aprendizaje: la formación histórica de los feminismos en España». *Historia Social* 20: 151-172.

Nash, Mary. 2004. *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*. Madrid: Alianza Editorial.

Nash, Mary. 2014. «Los feminismos históricos: revisiones y debates». En *Feminismos. Contribuciones desde la historia*, ed. por Ángela Cenarro y Regine Illion, 27-49. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Nash, Mary y Ana Isabel Álvarez González. 2002. *Seneca Falls. Un siglo y medio del Movimiento Internacional de Mujeres y la lucha por el sufragio femenino en España*. Oviedo: Instituto Asturiano de la Mujer.

Nelken, Margarita. 2012. *La condición social de la mujer en España*. Madrid: Horas y Horas.

Nieto Martínez, Isabel. 2011. «Aspectos controvertidos en la psicoterapia de mujeres víctimas de violencia de género». En *Mujeres tratando a mujeres,* ed. por Emilce Dio Bleichmar, 141-166. Octaedro: Barcelona.

Nissim, Rina. 1985. *Manual de Ginecología natural para mujeres*. Barcelona: Icaria.

Nogueiras, Belén. 1997. *La salud mental de las mujeres*. *Guía XV. Serie Salud*, Madrid: Instituto de la Mujer.

Nogueiras, Belén. 2001. «Módulo formativo sobre salud». En *Proyecto Elas. Contenidos formativos*, ed. por Servicio Galego de Igualdade, 151-156. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Igualdade.

Nogueiras, Belén. 2010a. «El lenguaje de la violencia contra las mujeres». En *Violencia contra las mujeres en la pareja*, ed. por Ana García-Mina, 361-373. Madrid: Universidad de Comillas.

Nogueiras, Belén. 2010b. *Presentación de una experiencia de trabajo comunitario con mujeres: El Aula de las Mujeres como espacio de salud.* Madrid: Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de la Mujer.

Nogueiras, Belén. 2011. «Feminismo y violencia contra las mujeres por razón de género». En *Perspectivas de la violencia de género*, ed. por Jesús Pérez Viejo y Ana Escobar, 31-45. Madrid: Grupo 5.

Nogueiras, Belén. 2013. «Retando al sistema». *MYS* 34-35: 53.

Nogueiras, Belén, Ana Mª García, Nirvana González, Teresa Gutiérrez, Pilar Mateo, Soledad Muruaga y Herminia Pérez. 1994. «Los abusos sexuales y el incesto: una cuestión pendiente para el feminismo». En *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto,* ed. por W. Bezemer, I. Foeken, W. Gianotten, A. Imbens-Fransen, C. Van Lichtenburcht y E. Stern, 11-33. Madrid: Horas y Horas.

Nogueiras, Belén, Ángeles Arrechederra y Luis Bonino. 2000. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Nogueiras, Belén, Pilar Blanco y Purificación Pliego. 2005. «Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una concejalía de Mujer». *Cuadernos de Trabajo Social* 18: 351-360.

Nussbaum, Marta. 2000. *Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder.

Observatorio de Salud de las Mujeres. 2007. *Informe Salud y género 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio de Salud de las Mujeres. 2008. *Informe Salud y género 2006. Las edades centrales de la vida*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio de Salud de las Mujeres. 2009. *Informe Salud y género 2007-2008. Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Offen, Karen. 1991. «Definir el feminismo: un análisis histórico comparativo». *Historia Social* 9: 103-135.

Ojuel, Julia. 2012a. «Yentl y nosotras». *MYS* 32: 6.

Ojuel, Julia. 2012b. «En 8 minutos hablando de sexo en la consulta de familia». *MYS* 33: 14-17.

Olivella, María y Ana Porroche. 2012. «Mujeres, placer sexual y empoderamiento: reflexiones desde el trabajo de campo». En *XIV Seminario de Autoformación*, ed. por Red Caps. Barcelona. http://www.caps.cat/images/stories/XIV_Seminario_Redcaps_2012_Ana_Porroche.pdf.

Olmo, Carolina del. 2013. *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Orbach, Susie. 1986. «Por qué las mujeres odian todavía sus cuerpos». *EL PAÍS*, 12 de abril de 1986.

Ortega Arjonilla, Esther, Carmen Romero Bachiller y Rebeca Ibañez Martín. 2014. «Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos». En *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología,* ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega Arjonilla, 521-772. Madrid: Cátedra.

Ortiz Gómez, Teresa. 1986. «La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía, 1898-1981». *Dinamys* 5-6: 343-366.

Ortiz Gómez, Teresa. 1988. «Asociacionismo médico femenino en España: La Asociación de Médicas Españolas (1928-36) y su fundadora, Elisa Soriano (1891-1964)». En Libro de Actas. *VIII Congreso Nacional de la Historia de la Medicina: Medicina en la España contemporánea*, ed. por Manuel Valera, Amparo Egea y Dolores Blázquez, 595-604. Murcia: Universidad de Murcia.

Ortiz Gómez, Teresa. 1992. «El método en medicina desde los estudios feministas». En *Teoría y Método de la Medicina*, ed. por María José Ruiz Somavilla, Isabel Jiménez Lucena, Pilar Gardeta Sabater y Jesús Castellanos Guerrero, 81-97. Málaga: Universidad de Málaga/Debates.

Ortiz Gómez, Teresa. 1997. «El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del s. XX». *Cuadernos de Temas grupales e Institucionales* 4: 107-132.

Ortiz Gómez, Teresa. 1999. «Género y ciencia». En *Mujer y Ciencia*, ed. por Marina Cruz y Luisa Ruiz, 79-93. Jaén: Universidad de Jaén.

Ortiz Gómez, Teresa. 2001. «El género organizador de profesiones sanitarias». En *Perspectivas de género en salud*. *Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 53-77. Madrid: Minerva.

Ortiz Gómez, Teresa. 2004a. «Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica*»*. *Diálogo Filosófico* 59: 229-244.

Ortiz Gómez, Teresa. 2004b. «Identidad e integración profesional. Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX». http://wpd.ugr.es/~tortiz/?page_id=136.

Ortiz Gómez, Teresa. 2005. «Los estudios de las mujeres en la Universidades Españolas a comienzo del siglo XXI». En *Democracia, feminismo y universidad en el siglo XXI. 25 Aniversario del IUEM. XV Jornadas de Investigación Interdisciplinaria*, ed. por Virginia Maquieira, Pilar Folguera, Mª Teresa Gallego, Motilia Romero, Margarita Ortega y Pilar Pérez Cantó, 41-62. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid.

Ortiz Gómez, Teresa. 2006. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.

Ortiz Gómez, Teresa. 2008. «Las redes y grupos interdisciplinares de estudios de las mujeres y de género en las universidades españolas». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud,* ed. por Consuelo Miqueo, María José Barral y Carmen Magallón, 639-642. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Ortiz Gómez, Teresa, Rosa Irene García Cabello, Raquel Martín, Angélica Fajardo, Elena Gámez, José Luis Martín y José Ángel Ruiz. 1992. *Mujer, Salud y Ciencia. Fondos bibliográficos sobre mujeres en la sección de Historia de la Medicina y de la Ciencia de la Universidad de Granada*. Granada: Universidad de Granada.

Ortiz Gómez, Teresa y Dolores Sánchez. 1995. «La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII». En *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas,* ed. por Pilar Ballarín y Cándida Martínez, 249-255. Granada: Universidad de Granada.

Ortiz Gómez, Teresa y Gloria Becerra. 1996. *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas.* Granada: Universidad de Granada.

Ortiz Gómez, Teresa, Guillermo Olagüe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Nuñez. 2008. *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Granada: Universidad de Granada.

Ortiz Gómez, Teresa, Angélica Fajardo, Eugenia Gil García, Agata Ignaciuk y Esteban Rodríguez. 2011. «Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España». En *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Mª Isabel Porras Gallo, Bertha Gutiérrez Rodilla, Mariano Ayarzagüena Sanz, Jaime de las Heras Salord, 141-145. Ciudad Real: UCLM.

Otero, Paula y Ramón Bouzas. 2012. «Estructura, recursos y desarrollo de las políticas de igualdad en el ámbito local». *Revista de Estudios Políticos* 158: 139-163.

Ovejero, Anastasio y Júpiter Ramos (coords.). 2011. *Psicología social crítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pacheco, Lourdes. 2005. «De una epistemología masculina (razón instrumental) a epistemologías femeninas (cuerpo sensible)». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 653-661. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Paleo Mosquera, Natalia. 2011. «Una aproximación al análisis de las políticas municipales de género en España». *Administración y Ciudadanía* 6, nº 1: 91-107.

Paleo Mosquera, Natalia y Alba Alonso. 2014. «¿Es solo una cuestión de austeridad? Crisis económica y políticas de género en España». *Investigaciones Feministas* 5: 36-68.

Pastor, Rosa, Isabel Martínez-Benlloch y Ester Barberá. 1989. «Acerca de la construcción histórica de las relaciones sexo/género». *Revista de Historia de la Psicología* 10: 357-362.

Pastor, Rosa, Isabel Martínez-Benlloch y Ester Barberá. 1990. *Perspectivas actuales en la investigación psicológica sobre el sistema de género*. Valencia: Nau Llibres.

Pérez Cavana, Mª Luisa. 2001. «¿Puede prescindir la epistemología feminista del psicoanálisis?». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 373-384. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Pérez del Campo, Ana Mª. 1995. *Una cuestión incomprendida. El maltrato a las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Pérez Viejo, Jesús y Ana Escobar (coords.). 2011. *Perspectivas de la violencia de género*. Madrid: Grupo 5.

Pérez Sedeño, Eulalia. 1998. «La dicotomía valores cognitivos/no cognitivos y las tecnologías de reproducción asistida». En *II Congreso Internacional Multidisciplinario Mujeres, Ciencia y Tecnología*. Buenos Aires: Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2001a. «La función de las oposiciones binarias en biología y medicina». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 473-484. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2001b. «Retóricas Sexo/Genero». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 417-434. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2005. «Objetividad y valores desde una perspectiva feminista». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 561-574. Coyoacán, México: Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2006. «Las lógicas que nunca nos contaron y las que nunca serán». *Clepsydra* 5: 19-36.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2011. «Cuerpos y diferencias». En *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho, 291-295. Paraná, Brasil: UTFPR.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2012a. «¡Una talla 100, por favor!». En *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño, Juan Carlos Toscano, Consuelo Flecha, Ana Guil, Óscar Macías y Mª Encarnación Pinero. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2012b. «Ciencias y tecnologías del cuerpo: la práctica de la tecnología de los implantes mamarios». En *Cuerpos y diferencias*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Rebeca Ibáñez Martín, 131-152. Madrid: Plaza y Valdés.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2014. «Feminismo, ética y cirugía estética». En *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología,* ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega Arjonilla, 91-132. Madrid: Cátedra.

Pérez Sedeño, Eulalia y Paloma Alcalá Cortijo (coords). 2001. *Ciencia y Género*. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense.

Pérez Sedeño, Eulalia, Paloma Alcalá Cortijo, Marta González, Paloma Villota, Concha Roldán y Mª Jesús Santesmases (coords). 2006. *Ciencia, Tecnología y género en Iberoamérica.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Pérez Sedeño, Eulalia, Juan Carlos Toscano, Consuelo Flecha, Ana Guil, Óscar Macías y Mª Encarnación Pinero. 2012. *Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género*. Sevilla. http://www.oei.es/congresoctg/memoria/.

Pérez-Orozco, Amaia y Silvia López Gil. 2011. *Desigualdades a flor de piel: Cadenas globales de cuidados.* ONU MUJERES.

Perkins, Charlote. 2002. *El papel de pared amarillo*. México: Siglo Veintiuno.

Petters Gregório, Vitoria Regina, María de Fátima Mota Zampieri, Maia Süsskind Borestein y Roberta Costa. 2008. «La historicidad de un grupo de gestantes o parejas embarazadas: una trayectoria histórica de educación y cuidado». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagúe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Maite y Antonio Gómez Núñez. 127-130. Granada: Universidad de Granada.

Pichardo, José Ignacio. 2006. «Mujeres lesbianas y derechos humanos». En *Mujeres, globalización y derechos humanos*, ed. por Virginia Maquieira, 345-397. Madrid: Cátedra.

Pineda, Empar. 2008. «Mi pequeña historia sobre el lesbianismo organizado en el movimiento feminista de nuestro país». En *Lesbianas. Discursos y representaciones*, ed. por Raquel Platero, 31-59. Melusina.

Pineda, Monserrat. 2004. «Peor para las mujeres. Género, violencias y VIH: la invisibilidad como sistema». *MYS* 13-14: 22-23.

Pintos, Margarita. 2016a. *Concepción Gimeno de Flaquer. Del sí de las niñas al yo de las mujeres*. Madrid: Plaza y Valdés.

Pintos, Margarita. 2016b. «Concepción Gimeno de Flaquer: feminista poliédrica». *Filanderas. Revista Interdisciplinar de Estudios Feministas* 1: 7-26.

Plataforma Cedaw Sombra. 2014. *Informe sombra 2008-2013 sobre la aplicación en España de la convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres.* http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/InformeSombra_Actualizado_23Sep__2014.pdf.

Plataforma de Mujeres ante el Congreso. 2012. *Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo*. *Septiembre 2012*. Madrid: Plataforma de Mujeres ante el Congreso. https://issuu.com/mujeresantecongreso/docs/guia-ive.

Platero, Raquel. 2008. «¿Queremos las lesbianas ser mujeres? Las lesbianas a los ojos del feminismo de Estado: representaciones y retos de las sexualidades no normativas». En *Lesbianas. Discursos y representaciones*, ed. por Raquel Platero, 173-190. Barcelona: Melusina.

Platero, Raquel (Lucas). 2014a. «Las políticas neoliberales contra los derechos sexuales». En *Anuario de movimientos sociales 2013*. Bilbao: Fundación Betiko. www.fundacionbetiko.org.

Platero, Raquel Lucas. 2014b. «Aplicaciones prácticas queer y feministas: maternidades lésbicas en resistencia». En *Feminismos lesbianos y queer. Representación, visibilidad y políticas*, ed. por Beatriz Suárez Briones, 105-113. Pozuelo de Alarcón: Plaza y Valdés.

Pomata, Gianna. 2001. «Entre el cielo y la tierra: las sanadoras de Bolinia en el siglo XVI». En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, ed. por Monserrat Cabré y Teresa Ortiz, 115-139. Barcelona: Icaria.

Pombo, María Gabriela. 2012. «La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género». *Margen*. *Revista de Trabajo Social* 66. https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf.

Porras Gallo, Mª Isabel, Bertha Gutiérrez Rodilla, Mariano Ayarzagüena Sanz y Jaime de las Heras Salord (eds.). 2011. *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Ciudad Real: UCLM.

Porroche-Escudero, Ana. 2015. «La violencia de la cultura rosa. Las campañas de concienciación de cáncer de mama». *MYS* 37: 32-35.

Porroche-Escudero, Ana. 2016. «Empoderamiento: el santo grial de las campañas del cáncer de mama». *Revista Internacional de Sociología* 74: 2. http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/619/738.

Posada Kubissa, Luisa. 2001. «Las hijas deben ser siempre sumisas (Rousseau). Discurso patriarcal y violencia contra las mujeres: reflexiones desde la teoría feminista». En *Violencia de género y sociedad: una cuestión de poder*, ed. por Asunción Bernárdez, 13-34. Madrid: Ayuntamiento de Madrid-Instituto de Investigaciones Feministas UCM, Madrid.

Posada Kubissa, Luisa. 2005a. «El pensamiento de la diferencia sexual: el feminismo italiano. Luisa Muraro y el orden simbólico de la madre». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización,* ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 289-317. Madrid: Minerva Ediciones.

Posada Kubissa, Luisa. 2005b. «La diferencia sexual como diferencia esencial: sobre Luce Irigaray». En *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización,* ed. por Celia Amorós y Ana de Miguel, 253-288. Madrid: Minerva Ediciones.

Posada Kubissa, Luisa. 2008. «Otro género de violencia. Reflexiones desde la teoría feminista como teoría critica». *Asparkia. Investigación Feminista* 19: 57-71.

Posada Kubissa, Luisa. 2010. «Igualdad, epistemología y género desde un horizonte ético-político». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 81-91.

Posada Kubissa, Luisa. 2012. *Sexo, vindicación y pensamiento*. Madrid: Huerga y Fierro.

Posada Kubissa, Luisa. 2015. *Filosofía, crítica y (re)flexiones feministas*. Madrid: Fundamentos.

Puga, Mónica. 2009. «El diafragma, antiguo método, que no anticuado». *MYS*, 25: 32-33.

Puig-Barrachina, Vanesa, Marisol Ruiz, Mireia Juliá, Enmanuel Calderón, Kaila Smith, Andrés Peralta y Juan Benach. 2016. «Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino». *Boletín ECOS* 34. https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/34/neoliberalismo-genero-y-salud_V_PUIG-et-al.pdf.

Pujal i Llombart, Margot y Silvia García-Dauder. 2010. «Desigualdades de género en 'tiempos de igualdad'. Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s. Presentación». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 7-20.

Puleo, Alicia. 1994. «El feminismo radical de los setenta: Kate Millet». En *Historia de la Teoría Feminista*, ed. por Celia Amorós, 139-150. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer, Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.

Puleo, Alicia. 2005. «El patriarcado ¿una organización social superada?». *Temas para el debate* 133: 39-42.

Ramos, Mª Dolores. 2003. «Historia de las mujeres, saber de las mujeres: la interpretación de las fuentes». *Feminismo/os* 1: 19-32.

Ramos, Mónica. 2006. «Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades». En *Mujeres, globalización y derechos humanos*, ed. Virginia Maquieira, 191-244. Madrid: Cátedra.

Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnología. 1998. *II Congreso Internacional Multidisciplinario Mujeres, Ciencia y Tecnología.* Buenos Aires: Eudeba.

Reich, Susi. 1988. «Impacto del discurso médico-científico en la mujer madura. Hacia un modelo de partnership». En *II Congreso Internacional Multidisciplinario Mujeres, Ciencia y Tecnología*, 84-85. Buenos Aires: Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Revista *Anuario de Psicología*. 2008. *Mujeres, ciclos vitales y bienestar.* Dossier monográfico. *Anuario de Psicología* 39, nº 1. https://dialnet.unirioja.es/revista/2015/A/2008.

Revista *Athenea Digital*. 2014. *Experiencias de investigación feminista: propuestas y reflexiones metodológicas.* Dossier monográfico. *Athenea digital* 14, nº 4. http://atheneadigital.net/issue/view/v14-n4.
Revista *Estudios de Psicología*. 1987. *Sexo y género*. Dossier monográfico. *Estudios de Psicología* 32. https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/7059.
Revista *Gaceta Sanitaria*. 2004. *Género y Salud*. Dossier monográfico. *Gaceta Sanitaria* 18, número extraordinario 2.
Revista *MYS*. 1996. *Nace una revista, se afianza un congreso. MYS* 0.
Revista *MYS.* 1997. *Nuestra mirada. Mujeres y hombres: haciendo visibles las diferencias.* Dossier monográfico. *MYS* 1.
Revista *MYS.* 1998. *De plomo y plumas. Salud laboral para todas en el año 2000.* Dossier monográfico. *MYS* 2.
Revista *MYS.* 1999a. *Hermosamente maduras. Vivir más, vivir mejor.* Dossier monográfico. *MYS* 3.
Revista *MYS.* 1999b. *Mujeres en la adolescencia. Identidad, subjetividad y presión social.* Dossier monográfico. *MYS* 4.
Revista *MYS.* 2000a. *Las fotos que no vimos. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida*. Dossier monográfico. *MYS* 5.
Revista *MYS.* 2000b. *Violencia de género.* Dossier monográfico. *MYS* 6.
Revista *MYS.* 2001a. *Dossier sobre plaguicidas y sus riesgos*. Dossier monográfico. *MYS* 7.
Revista *MYS.* 2001b. *Otro mundo es posible*. Dossier monográfico. *MYS* 8.
Revista *MYS.* 2002a. *Por un puñado de óvulos*. Dossier monográfico. *MYS* 9.
Revista *MYS.* 2002b. *Fibromialgia, el dolor y malestar de las mujeres*. Dossier monográfico. *MYS* 10.
Revista *MYS.* 2003. *La maternidad ¿era esto?* Dossier*: A vueltas con la maternidad. MYS* 11-12.
Revista *MYS.* 2004. *La salud de las mujeres en tiempos de guerra*. Dossier monográfico. *MYS* 13-14.
Revista *MYS.* 2005a. *Medicalización. Ser mujer no es una enfermedad.* Dossier monográfico. *MYS* 15.
Revista *MYS.* 2005b. *Cómo tratar bien el malestar de las mujeres*. Dossier monográfico. *MYS* 16.
Revista *MYS.* 2006a. *La mala salud laboral de las mujeres*. Dossier monográfico. *MYS* 17.
Revista *MYS.* 2006b. *Cáncer de Mama*. Dossier monográfico. *MYS* 18.
Revista *MYS.* 2006c. *Para hablar de sexualidad no necesitamos expertas*. Dossier monográfico. *MYS* 19.
Revista *MYS.* 2006d. *Veinte números mejorando la salud de las mujeres*. Dossier monográfico. *MYS* 20.
Revista *MYS.* 2007a. *Ellas no tienen la regla pero las mujeres siiii…* Dossier monográfico. *MYS* 21.
Revista *MYS.* 2007b. *Vacuna papiloma: ¿Protección de las niñas o de la industria?* Dossier monográfico. *MYS* 22.

Revista *MYS*. 2008a. *Que viva el corazón!!* Dossier monográfico. *MYS* 23.
Revista *MYS*. 2008b. *Tu cuerpo: personal e intransferible*. Dossier monográfico. *MYS* 24.
Revista *MYS*. 2009a. *Anticoncepción: Tú decides*. Dossier monográfico. *MYS* 25.
Revista *MYS*. 2009b. *Rebeldes con causa. La inquietud de las médicas*. Dossier monográfico. *MYS* 26.
Revista *MYS*. 2010a. *¿Para quién el beneficio?* Dossier monográfico. *MYS* 27-28.
Revista *MYS*. 2010b. *Salud mental, el trasfondo del malestar*. Dossier monográfico. *MYS* 29.
Revista *MYS*. 2011a. *La crisis de los cuidados*. Dossier monográfico. *MYS* 30.
Revista *MYS*. 2011b. *La tiranía de la belleza*. Dossier monográfico. *MYS* 31.
Revista *MYS*. 2012. *Los riesgos del mal ambiente*. Dossier monográfico. *MYS* 32.
Revista *MYS*. 2013. *Salvemos la sanidad pública.* Dossier monográfico. *MYS* 33.
Revista *MYS*. 2014a. *Viaje al fondo de ti misma*. Dossier monográfico. *MYS* 34-35.
Revista *MYS*. 2014b. *Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización.* Dossier monográfico. *MYS* 36.
Revista *MYS*. 2015a. *Movimiento de mujeres: ¡la receta que no falla!* Dossier monográfico. *MYS* 37.
Revista *MYS*. 2015b. *Hacia el fin de las violencias machistas*. Dossier monográfico. *MYS* 38.
Revista *Papeles del Psicólogo*. 2000. *Género y Psicología*. Dossier monográfico. *Papeles del Psicólogo* 75. http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1075.
Revista *Papeles del Psicólogo*. 2004. *Intervenciones psicológicas en violencia de género*. Dossier monográfico. *Papeles del Psicólogo* 88. http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1088.
Revista *Psicología Social*. 2002. *Psicología y género*. Dossier monográfico. *Psicología Social* 17, nº 2. https://dialnet.unirioja.es/revista/1208/A/2002.
Revista *Quaderns de Psicología*. 2010. *Desigualdades de género en tiempos de igualdad. Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s*. Dossier monográfico. *Quaderns de Psicología* 12, nº 2. http://www.quadernsdepsicologia.cat/issue/view/74.
Revista *Quaderns de Psicología*. 2014. *Género, nuevos retos teórico-metodológicos.* Dossier monográfico. *Quaderns de Psicología* 16, nº 1. http://www.quadernsdepsicologia.cat/issue/view/vol16-n1.
Rich, Adrienne. 1983. *Sobre mentiras, secretos y silencios*. Barcelona: Icaria.
Rich, Adrienne. 2001. *Sangre, pan y poesía. Prosa escogida 1969-1985.* Barcelona: Icaria.
Rich, Adrienne. 2010. *Sobre mentiras, secretos y silencios*. Madrid: Horas y Horas.
RIFS (Red Internacional de Mujeres y Salud). 2012. *Actas del 11º Encuentro Internacional Mujeres y Salud 2011*. Bélgica (Bruselas): Red Internacional de Mujeres y Salud.
Ríos Sandoval, Mariana y Edna Suárez. 2005. «De la casa al hospital. Algunas notas sobre la historia del parto». En *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, ed. por Norma Blázquez y Javier Flores, 47-59. Coyoacán, México: Centro de

Investigaciones en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.
Riscos Angulo, Engracia de los. 2012. «La igualdad en tiempo de crisis». En *FEPAIO: II Seminario permanente de agentes de igualdad*, 1-13. Murcia: FEPAIO.
Riscos Angulo, Engracia de los, Pilar Blanco Alfaro y Dara Guillén Salguero. 2005. «Propuesta de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres». *Cuadernos de Trabajo Social* 18: 297-315.
Rivera Carretas, María-Milagros. 1996. «La querella de las mujeres: una interpretación desde la diferencia sexual». *Política y Cultura* 6: 25-39.
Rivera Carretas, María-Milagros. 1997. *El fraude de la igualdad. Los grandes desafíos del feminismo hoy*. Barcelona: Planeta.
Rivera Carretas, María-Milagros. 2001. *Mujeres en relación. Feminismo 1970-2000*. Barcelona: Icaria.
Rivera, Carretas, María-Milagros. 2011. «El cuerpo, el género, lo queer». En *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina,* ed. por Antonia Fernández Valencia y Marián López Fernández Cao, 58-69. Madrid: Fundamentos.
Robles Sanjuan, Victoria. 1995. *Mujeres y Psicología. Fondos bibliográficos sobre mujeres en la biblioteca de Psicología y de la Universidad de Granada*. Granada: Universidad de Granada.
Rodrigo, Antonina. 2002. *Amparo Poch y Gascón. Textos de una médica libertaria.* Zaragoza: Diputación de Zaragoza/Aclaraban.
Rodríguez, Mar. 2002. «Incontinencia urinaria». *MYS* 10: 10-11.
Rodríguez Pacios, Adelina (coord.). 2010. «Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género». *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia* 5.
Rojo, Genoveva. 1980. «Trabajo doméstico, trabajo peligroso». *Transición* 17: 37-39.
Roldán, Elena. 2004. *Género, políticas locales e intervención social. Un análisis de los servicios de bienestar social municipal para la población femenina*. Madrid: Editorial Complutense.
Romero Pérez, Rosalía. 2015. «Desobediencia civil, feminismo y cuerpo». *Investigaciones Feministas* 6: 153-171.
Romero, Inmaculada. 2011. «Desvelando la violencia de género». En *Mujeres tratando a mujeres,* ed. por Emilce Dio Bleichmar, 167-187. Octaedro: Barcelona.
Romero, Inmaculada (coord.). 2015. *Guía de intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver*. Madrid: Síntesis.
Romo, Nuria y Eugenia Gil-García. 2008. «Los discursos de las mujeres en relación al consumo de psicofármacos: estrategias y causas de la medicalización». En *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. por Teresa Ortiz Gómez, Guillermo Olagüe de Ros, Esteban Rodríguez Ocaña, Alfredo Menéndez Navarro, Eugenia Gil García, Marco Luna Maldonado, Maite Sevilla Olmedo y Antonio Gómez Núñez, 121-125. Granada: Universidad de Granada.
Ron Fernandez, Elena. 2011. «Violencia de género y prostitución». En *Perspectivas de la violencia de género*, ed. por Jesús Pérez Viejo y Ana Escobar, 145-167. Madrid: Grupo 5.

Rubio, Esther. 2007. «Reconstrucción y transmisión de genealogías de mujeres en la ciencia y la medicina». En *Medicina*, *ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI),* ed. por Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas, 646-655. Madrid: CSIC.

Ruiz Cantero, Teresa. 2001. «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*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 163-178. Madrid: Minerva.

Ruiz Cantero, Teresa. 2008. «La perspectiva de género aplicada a la investigación y la asistencia sanitaria». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 653-664. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Ruiz Cantero, Teresa. 2009. *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ruiz Cantero, María Teresa (coord.). 2011. *Salud Pública desde la perspectiva de género: Hitos e innovación*. *Revista Feminismos*, 18. Alicante: Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante.

Ruiz Cantero, María Teresa y Natalia Papi Gálvez. 2007. *Guía de Estadísticas de salud con enfoque de género*. Alicante: Universidad de Alicante.

Ruiz-Jarabo, Consuelo y Vicky Abril. 1991. «Presentación». En *La salud de las mujeres en atención primaria*, ed. por Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 11-12. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública.

Ruiz-Jarabo, Consuelo y Pilar Blanco Prieto (eds.). 2004. *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Ruiz Pérez, Isabel, Antonio Orly Labry, Julia Bolívar, Esther Castaño y Juncal Plazaola. 2006. «¿Qué se investiga en salud y género en España?». En *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, ed. por Concepción Tomás, Cruz Tejero, Consuelo Miqueo, Teresa Yago, Mª José Barral y Teresa Fernández, 13-26. Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.

Ruiz Somavilla, María José, Isabel Jiménez Lucena, Pilar Gardeta Sabater y Jesús Castellanos Guerrero (eds.). 1992. *Teoría y Método de la Medicina*. Málaga: Universidad de Málaga/Debates.

Ruiz Somavilla, María José y Isabel Jiménez Lucena. 2003. «Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica». *FRENIA* 3, nº 1: 7-29.

Sáez Buenaventura, Carmen. 1979. *Mujer, Locura y Feminismo.* Barcelona: Dédalo.

Sáez Buenavenura, Carmen. 1988. *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal.

Sáez Buenaventura, Carmen. 1992. «Normativa vigente y realidad social en la salud mental de las mujeres. Reflexiones ante la próxima ley de salud laboral». En *Mujer, trabajo, salud*, ed. por Margarita Barañano, 80-90. Madrid: Trotta.

Sáez Buenaventura, Carmen. 1993. *¿La liberación era esto? Mujeres, vidas y crisis*. Madrid: Temas de Hoy.

Sáez Buenaventura, Carmen. 1999. «El hecho maternal: la mística, el mito y la realidad». En *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres,* ed. por Asunción González de Chávez, 1-22. Madrid: Siglo XXI.

Sáiz Martínez, Mónica. 2013. *Amor romántico, amor patriarcal y violencia machista. Una aproximación crítica al pensamiento amoroso hegemónico de occidente*, Trabajo Fin de Máster. Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.

Sampedro, Mª Rosa. 1992. *Administración Local y Políticas de Igualdad de la Mujer*. Madrid: FEMP.

San José, Begoña. 2014. «Igualdad versus austeridad: Resistencia, protestas y propuestas del movimiento feminista». *Investigaciones Feministas* 5: 185-206.

Sánchez, Dolores. 1999. «Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso». En *Interacciones ciencia y género*, ed. por María José Barral, Carmen Magallón, Consuelo Miqueo y Dolores Sánchez, 161-184. Barcelona: Icaria.

Sánchez, Dolores. 2003. *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la mujer*. Granada: Universidad de Granada.

Sánchez, Dolores. 2008. «El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea». *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 60, nº 1: 63-82.

Sánchez López, Pilar (coord.). 2013. *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis.

Sánchez Muñoz, Cristina. 2001. «Genealogía de la vindicación». En *Feminismos: Debates Teóricos Contemporáneos*, ed. por María Elena Beltrán y Virginia Maquieira, 17-74. Madrid: Alianza Editorial.

Santesmases, María Jesús. 2001. «¿Ciencias femeninas o carreras feministas? Hechos sin retórica en la participación de las científicas en la comunidad española de ciencias biomédicas desde los años 50». En *Ciencia y Género*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Paloma Alcalá Cortijo, 313-328. Madrid: Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.

Sanz, Fina. 1991. *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairós.

Sanz, Fina. 1995. *Los vínculos amorosos*. Barcelona: Kairós.

Sanz, Fina. 2002. *Los laberintos de la vida cotidiana. La enfermedad como autoconocimiento, cambio y transformación.* Barcelona: Kairós.

Sanz, Fina. 2010. «El transfondo del malestar». *MYS* 29: 3.

Sanz de Pablo, Pilar. 2005. «La figura profesional de "agente de igualdad": análisis de género y propuestas de adecuación». En *Igualdad de Oportunidades e igualdad de género: una relación a debate*, ed. por Mª Ángeles Barrere y Arantza Campos, 211-233. Madrid: Dykinson.

Sastre, Henar. 2007. «Valoración y atribución subjetiva del malestar percibido por las mujeres». Trabajo final. Diploma de Especialización de Salud Pública y Género, Instituto de Salud Carlos III.

Sau, Victoria. 1976. *Mujer: Matrimonio y esclavitud*. Madrid: Ediciones Júcar.
Sau, Victoria. 1979. *Mujeres Lesbianas*. Barcelona: Icaria.
Sau, Victoria. 1988. «Perspectiva psicológica de los paradigmas científicos del ciclo menstrual de la mujer». En *Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental. Mayo 1985,* ed. por Instituto de la Mujer*,* 35-42. Madrid: Instituto de la Mujer.
Sau, Victoria. 1997. «Nuestra mirada». *MYS* 1: 1.
Sau, Victoria. 1999. «El vacío de la maternidad». En *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres,* ed. por Asunción González de Chávez, 23-31. Madrid: Siglo XXI.
Sau, Victoria. 2000. *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.
Sau, Victoria. 2003. «Repercusiones psicológicas de la exclusión». *Anuario de Psicología* 34, nº 2: 177-189.
Sau, Victoria. 2004. «Psicología y feminismo(s)». En *Psicología y género*, ed. por Ester Barberá e Isabel Martínez Benlloch, 107-118. Madrid: Pearson Educación.
Scanlon, Geraldine. 1986. *La polémica feminista en la España contemporánea, 1868-1974.* Madrid: Akal.
Sebastián, Julia. 2001. «Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama». En *II Jornadas de Salud Mental y Género*, ed. por Instituto de la Mujer, 103-116. Madrid: Instituto de la Mujer.
Sebastián, Julia, Mª José Bueno y Nuria Mateos de la Calle. 2003. *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en el cáncer de mama*. Madrid: Instituto de la Mujer.
Segura, Cristina. 1982. «La incidencia de la mujer en la ciencia histórica». En *Liberación y Utopía*, ed. por María Ángeles Durán, 103-118. Madrid: Akal.
Servicio Canario de Salud e Instituto Canario de la Mujer. 2001. *La violencia de género y la salud: manual para la sensibilización y la prevención*. Servicio Canario de Salud e Instituto Canario de la Mujer. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a33029e7-f697-11dd-958f-c50709d677ea/Manual_Sensibilizacion.pdf.
Servicio Madrileño de Salud. 2008. *Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud.
Silvestre, María, Raquel Royo y Ester Escudero (eds.). 2014. *El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social*. Bilbao: Deusto Digital, Universidad de Deusto.
Soley-Beltran, Patricia. 2011. «¡Poséeme! Violencia simbólica y sexualización en la publicidad». En *VII Jornadas violencia machista y VIH. Tejiendo derechos*, ed. por Creación Positiva. Toledo: Creación Positiva.
Stolke, Verena. 1999. «De Louis Brown, la niña probeta, a Dolly, la oveja clónica». *MYS* 3. http://matriz.net/mys03/03_16.htm.
Stolke, Verena. 2010. «Antropología médica: biología y/o cultura?». En *Antropología, género, salud y atención,* ed. por Mari Luz Esteban, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui, 9-22. Barcelona: Bellaterra.
Suárez Briones, Beatriz. 2013. «Cuando las lesbianas éramos mujeres». En *Las lesbianas (no) somos mujeres. En torno a Monique Wittig*, ed. por Beatriz Suárez Briones, 15-50. Barcelona: Icaria.

Suess, Astrid. 2010. «La despatologización trans desde una perspectiva de derechos humanos». En *Granada 30 años después: aquí y ahora*, ed. por Coordinadora Feminista, 461-462. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.
Taboada, Leonor. 1978. *Cuaderno Feminista: introducción al self-help.* Barcelona: Fontanella.
Taboada, Leonor. 1986. *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro.* Barcelona: Icaria.
Taboada, Leonor. 1997. «Entrevista. Judy Norsigian. "Nuestro trabajo hace ahora más falta que nunca"». *MYS* 1. http://matriz.net/mys01/01_2.htm.
Taboada, Leonor. 2000a. «Entrevista. Rina Nisim». *MYS* 5, Dossier: 8-9.
Taboada, Leonor. 2000b. «De feministas y espéculos». *MYS* 5, Dossier: 1-3.
Taboada, Leonor. 2000c. «Entrevista. Gena Corea». *MYS* 6: 4-6.
Taboada, Leonor. 2001. «Entrevista. María Isabel Matamala». *MYS* 7: 4-7.
Taboada, Leonor. 2002. «Entrevista. Carmen Valls». *MYS* 10: 4-8.
Taboada, Leonor. 2003. «Entrevista. Esperanza Cerón». *MYS* 11-12: 5-7.
Taboada, Leonor. 2006. «Turismo reproductivo». *MYS* 17: 3.
Taboada, Leonor. 2009. «La entrevista. Teresa Forcades». *MYS* 25: 6-9.
Taboada, Leonor. 2010. «La entrevista. Malen Cicerol». *MYS* 27-28: 6-9.
Taboada, Leonor. 2016a. «MYS 40: Misión cumplida». *MYS* 40: 3.
Taboada, Leonor. 2016b. «Vulva Sapiens y Gynepunks. Dos maneras de descolonizar el cuerpo femenino». *MYS* 40: 24-27.
Távora, Ana. 2001. «El género y los esquemas de referencia en salud mental». En *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 199-221. Madrid: Minerva.
Távora, Ana. 2003. «Ser feminista, ser psicoterapeuta». *Cuadernos de Salud Pública* 21: 42-45.
Távora, Ana. 2014. «Nuevas miradas terapéuticas para tiempos mejores». En *Creación Positiva: X Jornadas Violencias de Género y VIH VIHOLENTADAS*, ed. por Creación Positiva. Barcelona: Creación Positiva.
Taylor Mill, Harriet. 2000. «La emancipación de la mujer». En *Ensayos sobre la igualdad de los sexos,* ed. por John Stuart Mill y Harriet Taylor Mill, 113-145. Madrid: Antonio Machado.
Tomás, Concepción, Cruz Tejero, Consuelo Miqueo, Teresa Yago, Mª José Barral y Teresa Fernández. 2006. *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*. Zaragoza: Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.
Tubert, Silvia. 1988. *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero.
Tubert, Silvia. 1991. *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
Tubert, Silvia. 2001a. *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Síntesis.

Tubert, Silvia. 2001b. «Desórdenes del cuerpo. El retorno de lo excluido». En *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina,* ed. por Antonia Fernández Valencia y Marián López Fernández Cao, 15-42. Madrid: Fundamentos.

Tubert, Silvia. 2011a. «El deseo de hijo como pasión». *MYS* 30: 27-30.

Tubert, Silvia. 2011b. «La tiranía de la belleza. Cirugía del aspecto, sacrificio del cuerpo». *MYS* 31: 15-19.

Tubert, Silvia. 2012. «Reproducción asistida: la medicalización de la maternidad». En *Cuerpos y diferencias*, ed. por Eulalia Pérez Sedeño y Rebeca Ibáñez Martin, 79-102. Madrid: Plaza y Valdés.

Unger, Rodha. 2010. «Lo que buscamos es lo que encontramos». *Quaderns de Psicología* 12, nº 2: 21-33.

Uría, Marián. 2007. «Promoción de la enfermedad. El papel de la industria farmacéutica, el papel de la mentalidad médica». *MYS* 21: 33-36.

Uría, Marián. 2012. «Los efectos de los recortes sociales y sanitarios en la salud y calidad de vida de las mujeres». En *XIV Seminario de Autoformación RED-CAPS*, ed. por Red CAPS. Barcelona. http://www.caps.cat/images/stories/XIV_Seminario_Red-Caps_2012_Marian_Uria.pdf.

Uría, Marián y Carmen Mosquera. 2013. «Las mujeres en la historia de los cuidados de la salud y la enfermedad». En *Sociología y género*, ed. por Capitolina Díaz y Sandra Dema, 301-324. Madrid: Tecnos.

Valcárcel, Amelia. 1995. «Feminismo y poder político». En *Feminismo, ciencia y transformación social*, ed. por Cándida Martínez López, 47-56. Granada: Universidad de Granada.

Valcárcel, Amelia. 1997. *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Valcárcel, Amelia. 2009. «Presentación». En Friedan, Betty: *La mística de la Feminidad*, ed. por Betty Friedan, 9-16. Madrid: Cátedra.

Valcárcel, Amelia. 2017. «La agenda sobrevenida del feminismo», *EL PAIS*, 13 de junio de 2017. http://elpais.com/elpais/2017/05/25/opinion/1495703140_313473.html.

Valera, Manuel, Amparo Egea y Dolores Blázquez. 1988. *VIII Congreso Nacional de la Historia de la Medicina: Medicina en la España contemporánea*. Murcia: Universidad de Murcia.

Valiente, Celia. 1994. *El feminismo de estado en España: El Instituto de la Mujer, 1983-1994*. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.

Valiente, Celia. 1998. «Feminismo de Estado en los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 13-14: 173-189.

Valiente, Celia. 2006. *El feminismo de Estado en España: El Instituto de la Mujer (1983-2003)*. Valencia: Institut Universitari d'Estudis de la Dona, Universidad de Valencia.

Valle, Teresa del. 1995. «Identidad, memoria y juegos de poder». *Deva* 2: 14-21.

Valls Llobet, Carme. 1990. «Aspectos de morbilidad femenina diferencial. Informe de Situación». En *Symposium Internacional «Mujer y Calidad de Vida»,* ed. por CAPS, 80. Barcelona: CAPS.

Valls Llobet, Carme. 1998. «Cáncer de mama, xenostrógenos, leche materna». *MYS* 2: 5.
Valls Llobet, Carme. 1999. «Autoridades sanitarias, ¿para qué?». *MYS* 4: 7.
Valls Llobet, Carme. 2000. «Entrevista. Rosa María Lidón». *MYS* 5: 5-6.
Valls Llobet, Carme. 2001. «El estado de la investigación en salud y género». En *Perspectivas de género en salud*. *Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, ed. por Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, Mª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, 179-195. Madrid: Minerva.
Valls Llobet, Carme. 2004. «Médicas en riesgo». *MYS* 13-14: 9.
Valls Llobet, Carme. 2006. *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Mondadori Debolsillo.
Valls Llobet, Carme. 2008. «Invisibilidad de las mujeres para la medicina». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*, ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral y Carmen Magallón, 677-683. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
Valls Llobet, Carme. 2009. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
Valls Llobet, Carme. 2011. «Hipotiroidismo, un asunto de mujeres». *MYS* 31: 4-7.
Valls Llobet, Carme. 2013. «La deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria: retos de investigación e intervención». *Quaderns de Psicologia* 15, nº 1: 33-43.
Valls Llobet, Carme. 2014. «Cosmética en el punto de mira. Los parabenes». *MYS* 34-35: 37-38.
Varela, Nuria. 2014. «Europa: en un año 4 millones de mujeres violadas, 13 millones golpeadas y 9 millones acosadas. Y ahora, ¿qué?». *La Marea*, 10 de marzo de 2014.
Vargas, Ana. 2016. *La querella de las mujeres. Tratados hispánicos en defensa de las mujeres (siglo XV)*. Madrid: Fundamentos.
Velasco, Sara. 2002. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la Mujer.
Velasco, Sara. 2005. «Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria». *MYS* 16, Dossier: 11-15.
Velasco, Sara. 2006a. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.
Velasco, Sara. 2006b. *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
Velasco, Sara. 2008. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud.* Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres.
Velasco, Sara. 2009a. *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva.
Velasco, Sara. 2009b. *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres.
Verdugo, Vicenta. 2010. «Desmontando el patriarcado: prácticas políticas y lemas del movimiento feminista español en la transición democrática». *Feminismo/s* 16: 259-279.
Villalba, Pilar. 2008. «¿Techo de cristal o armarios de doble fondo? Análisis de discurso sobre el lesbianismo y la homosexualidad desde una perspectiva de

género». En *Lesbianas. Discursos y representaciones,* ed. por Raquel Platero, 139-171. Barcelona: Melusina.

Villavicencio, Patricia. 2001. «Barreras que impiden la ruptura de una situación de maltrato». En *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*, ed. por Raquel Osborne, 35-51. Madrid: UNED.

Villavicencio, Patricia y Julia Sebastián. 1999. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Villela, Esther, Ana Guil y Ana María Lara. 2011. «Género, Poder/Saber: Una cuestión de fondo en la profesión de enfermería». En *Ciencia, tecnología e género: abordagens iberoamericanas*, ed. por Marilia Gomes de Carvalho. Paraná, Brasil: UTFPR. http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/espanhol/index.html.

Villota Gil-Escoín, Paloma de. 2011. «Aplicación de la Teoría de las Capacidades al análisis de impacto de género en los presupuestos». *Presupuesto y Gasto Público*, 64: 81-98.

Wallace, Jane. 1986. *Masturbación*. Barcelona: La Sal.

Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. 1996. «Hacia un enfoque feminista del cáncer de mama». En *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, ed. por Sue Wilkinson y Celia Kitzinger, 138-154. Barcelona: Paidós.

Wittig, Monique. 2006. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

Wolf, Naomi. 1991. *El mito de la belleza*. Barcelona: Salamandra.

Wollstonecraft, Mary. 1994. *Vindicación de los derechos de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Woolf, Virginia. 2014. *De la enfermedad*. Palma: José J. de Olañeta, editor.

Xarxa Feminista de Catalunya. 2007. *Sabem fer i fem saber*. Barcelona: Xarxa Feminista de Catalunya,

Yago, Teresa. 2001. «Pensando sobre el cuerpo, en grupo». En *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos*, ed. por Marta Azpeitia, María José Barral, Lidia Díaz, Teresa González, Esther Moreno y Teresa Yago, 141-157. Barcelona: Icaria.

Yago, Teresa. 2008. «Incorporación de las perspectivas psicosocial y de género en la práctica profesional». En *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud,* ed. por Consuelo Miqueo, Mª José Barral, y Carmen Magallón, 685-688. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Yagüe, Concepción, Patricia Caballero, Demelsa Cabeza, Carmen Durán, Vanessa Joly, Begoña López, Pilar Marbán *et al*. 2010. *Programa de prevención de violencia de género para las mujeres en centros penitenciarios*. Madrid: Documentos Penitenciarios 9, Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

Zetkin, Clara. 1976. *La cuestión femenina y la lucha contra el reformismo*. Barcelona: Anagrama.

Este libro muestra la trayectoria histórica del feminismo en el campo de la salud de las mujeres, con el objetivo de dar visibilidad y reconocimiento a la genealogía y la memoria histórica feminista en este ámbito.

En la primera parte se exponen los discursos, prácticas y vindicaciones en los diferentes periodos del desarrollo de la teoría feminista. En la segunda, los estudios crítico-feministas de las ciencias de la salud, que ponen de manifiesto su perspectiva profundamente androcéntrica y fundamentan la necesidad y la urgencia de que la teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres sea incorporada en los estudios y las disciplinas sanitarias y en las prácticas profesionales y clínicas.

Por último, se sistematizan las aportaciones teóricas, las prácticas y metodologías que se han desarrollado en España desde 1975, etapa en que la salud se constituyó en objeto central de reivindicaciones y luchas activistas, de teorización e investigación, de aplicación de políticas públicas y creación de metodologías para la atención y recuperación de la salud de las mujeres.

El ámbito de la salud ha sido históricamente una herramienta para el sometimiento de las mujeres y, justamente por eso, es también un aspecto clave para su emancipación.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

978-84-669-3784-9